

Р. О. Моїсеєнко,

к. мед. н., Перший заступник міністра охорони здоров'я України

В. Д. Долот,

к. держ. упр., докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,

Національна академія державного управління при Президентіві України

М. І. Яцюк,

к. т. н., заступник головного лікаря Київської міської клінічної лікарні № 1

Л. А. Ляховченко,

аспірант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,

Національна академія державного управління при Президентіві України

Я. Ф. Радиш,

д. держ. упр., професор, професор кафедри управління охороною суспільного здоров'я,

Національна академія державного управління при Президентіві України

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ВАРТОСТІ ЛІКУВАННЯ В СТАЦІОНАРІ

У статті здійснено аналіз основних методів визначення вартості лікування в стаціонарі, обґрунтовано основні їх переваги та недоліки, а також запропоновано власний варіант визначення вартості лікування пацієнта в стаціонарі.

In this paper we analyzed the main methods of determining the cost of treatment in hospital, to substantiate their main advantages and disadvantages, and also offered his own version of the definition cost of treating a patient in hospital.

Ключові слова: система охорони здоров'я, вартість лікування в стаціонарі, ліжко-день, нозологія.
Key words: health care, cost of treatment in hospital, bed-day, nosology.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Аналіз ситуації, що склалась сьогодні в системі охорони здоров'я України, свідчить про те, що принципи діяльності цієї галузі не відповідають сучасним економічним умовам держави [7].

За словами Т.Д. Бахтєєвої, в Україні надзвичайно велика кількість стаціонарних лікарняних ліжок, на утримання яких витрачаються великі фінансові ресурси [4]. Так, понад 30 % медичних закладів у країні становлять невеликі сільські та районні лікарні. Якість надання медичної допомоги у них надзвичайно низька, але при цьому середня собівартість лікування одного пацієнта дуже висока та практично не відрізняється від собівартості лікування в обласній лікарні, де надають високоспеціалізовану, тобто третину медичну допомогу. Крім того, слід відмітити, що кожний другий пацієнт в Україні госпіталізується в медичні стаціонари абсолютно безпідставно. Адекватна медична допомога цим госпіталізованим пацієнтам цілком може бути надана на первинному рівні. При цьому необхідно розуміти й економічну складову надання пацієнтам медичної допомоги в стаціонарах, що спонукає нас дослідити вартість такої форми лікування.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Системний аналіз основних нормативно-правових документів та урядових рішень, серед яких викремлено Указ Президента України "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення" від 6 грудня 2005 р. № 1694/2005 [2], Програму економічних реформ Президента України на 2010—2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава" [3], Закон України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві" від 7 липня 2011 року № 3612-VI [1], дає підстави вважати, що стратегією державного управління здравоохранною галуззю є подолання гострих структурних диспропорцій в охороні здоров'я й використання внутрішньо системних джерел економії з метою забезпечення відповідного рівня соціальних гарантій для населення. З огляду на обмежені економічні умови в державі можливим напрямом внутрішньої перебудови національної системи охорони здоров'я для забезпечення успішної реалізації державної політики в галузі є формування єдиного медичного простору.

Обґрунтування технологій розрахунку собівартості лікування в стаціонарі розглянуто в працях вітчизняних авторів, зокрема Т.Д.Бахтєєвої [4], Р.И.Василишина [5], Ю.В.Вороненка [6], В.Д.Долота [7], А.С.Кутузи [8], В.В.Загороднього [9], Н.Д.Солоненко [10] та інших.

Метою статті є аналіз основних методів визначення вартості лікування в стаціонарі, обґрунтування основних їх переваг та недоліків, а також розробка власного варіанту визначення вартості лікування пацієнта в стаціонарі.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Як відомо, стаціонарна медична допомога надається здебільшого при найбільш важких захворюваннях, які потребують комплексного підходу до діагностики і лікування, при яких застосовують найбільш складні методи обстеження і лікування з використанням новітніх медичних технологій, проте дорогі варіанти. В умовах стаціонару, як правило, відбуваються операційні втручання та забезпечується постійне лікарське спостереження.

Здійснений нами аналіз літературних джерел свідчить, що впродовж багатьох років розвиток національної системи охорони здоров'я відзначався екстенсивним характером, який полягав у постійному збільшенні кількості стаціонарних ліжок і лікарів. Незважаючи на те, що 80% хворих розпочинали й закінчували лікування в амбулаторно-поліклінічних закладах, пріоритетами у фінансуванні, кадровому й матеріально-технічному забезпеченні користувалися стаціонари, на діяльність яких витрачалося 80% коштів, що виділялися на охорону здоров'я. Подальший досвід показав недостатню економічну та організаційну обґрунтованість і стратегічну неспроможність такого напрямку політики у сфері охорони здоров'я [7].

Суттєвим чинником нераціонального використання досить потужної матеріально-технічної бази системи забезпечення населення України стаціонарною медичною допомогою стала відсутність науково обґрунтованого управління нею. По-перше, система охорони здоров'я взагалі та її невід'ємна складова — стаціонарна допомога — були позбавлені відповідної нормативно-правової бази. По-друге, ще однією причиною поступового занепаду колись дуже міцної системи забезпечення населення стаціонарною допомогою стало формування залишкового принципу фінансування галузі.

Позитивною тенденцією державного управління системою стаціонарної медичної допомоги в Україні на сьогоднішній день є скорочення загальних обсягів госпіталізації населення в лікарняні заклади різного типу, пов'язане з раціоналізацією технологій надання медичної допомоги, оптимізацією використання дороговартісного ліжкового фонду, в тому числі спеціалізованого й високоспеціалізованого, широким застосуванням стаціонарозамінюючих форм медичної допомоги.

Основні обсяги стаціонарної допомоги госпіталізованим хворим надаються на базі міських і центральних районних лікарень, решта хворих отримує стаціонарну допомогу в умовах обласних лікарень, диспансерів різного профілю, у пологових будинках та спеціалізованих лікарнях.

Аналіз літературних джерел свідчить, що сьогодні в більшості країн світу існують різні системи розрахунку оплати наданої стаціонарної медичної допомоги, які розділяються на три основні види [10]:

- 1) оплата за кількістю днів, протягом яких хворий перебував у стаціонарі;
- 2) оплата за нозологіями;
- 3) сумарна оплата вартості проведених лікувально-діагностичних заходів, в тому числі й хірургічних втручань.

Дана методика дає можливість здійснити розрахунок вартості лікування за всіма вищезазначеними видами оплати стаціонарної медичної допомоги і, в разі необхідності, провести порівняння першого і другого видів оплати до третього — найбільш точного.

Відомо, що лікування в стаціонарі є комплексною медичною послугою, яка складається з багатьох простих медичних послуг, що виконуються в певній послідовності згідно медичної технології. Особливість визначення вартості лікування в стаціонарі полягає в неможливості у багатьох випадках розрахувати її заздалегідь до проведення обстеження хворого, адже обсяг діагностичного обстеження та лікування визначається лише під час перебування пацієнта в стаціонарному відділенні. Тому вартість лікування в стаціонарі має дорівнювати сумі вартості окремих простих послуг, що складають медичну технологію (лабораторних досліджень, функціональних обстежень, лікувального процесу, харчування, готельних послуг тощо). При цьому точність розрахунків залежить від урахування особливостей лікувально-діагностичного процесу для кожного окремого хворого [6].

Таким чином, основою для розрахунку вартості лікування в стаціонарі ЛПЗ є розрахунок собівартості медичної процедури, тобто медична процедура є основою одиницею калькулювання. Собівартість медичної процедури складається з поточних витрат закладу, згрупованих за статтями калькулювання. Поточні витрати включають витрати основного структурного (лікувального) підрозділу, а також витрати параклінічних і допоміжних служб, пов'язаних з виконанням цієї процедури.

До структурних підрозділів лікувально-профілактичних закладів відносяться підрозділи, тобто відділення і кабінети, в яких здійснюється технологічний процес виконання медичної процедури (аналізи, дослідження, маніпуляції, операції тощо), а також служби, що створюють умови для належного лікувального процесу (адміністративні, господарські тощо).

За функціональною роллю в лікувальному процесі всі структурні підрозділи розділено на дві групи [6]:

- 1) основні — лікувальні або стаціонарні;
- 2) параклінічні — призначені для здійснення додаткових медичних процедур, пов'язаних із діагностикою і лікуванням.

Як правило, при розподілі змінних накладних витрат¹ у якості критеріїв використовують фактичні значення показників бази розподілу, а при розподілі постійних накладних витрат² — планові або нормативні значення критеріїв розподілу.

У результаті розподілу накладних витрат отримуємо коефіцієнти, які дозволяють визначити побічні (на-

¹ Накладні витрати не можна точно розподілити між конкретною продукцією, оскільки вони поширюються на всю виробничу продукцію.

Змінні накладні витрати — це такі непрямі витрати на виробництво, які змінюються прямо- або майже прямопропорційно обсягу виробництва. До них відносять:

- витрати на непрямі матеріали;
- непрямі витрати на оплату праці тощо.

² Постійні накладні витрати — це ті непрямі витрати на виробництво, які залишаються відносно незмінними, незалежно від обсягів виробництва, а саме:

- витрати на утримання основних засобів;
- витрати на управління виробничим процесом;
- амортизація тощо.

кладні) витрати конкретного підрозділу. Так, при розрахунку таких коефіцієнтів враховується базова характеристика конкретного підрозділу та додатково розраховується частина цієї характеристики допоміжних підрозділів. Розглянемо існуючу практику розподілу коефіцієнтів перерозподілу накладних витрат за чисельністю штатних одиниць, заробітної плати, наявністю медичного обладнання, кількісною характеристикою, нормою білизни, площею, тільки на стаціонарні підрозділи.

Що ж стосується визначення коефіцієнта перерозподілу за "чисельністю штатних одиниць", то він визначається за формулою [5]:

$$KRKR = \frac{KOLR + \frac{KOLR}{KOLRST} * KOLRVSSST + \frac{KOLR}{KOLRST + KOLRAM} * KOLRVSOO}{KOLRAO} \quad (1),$$

де KRKR — коефіцієнт розподілу за "чисельністю штатних одиниць";

KOLR — кількість штатних одиниць даного основного підрозділу;

KOLRST — загальна кількість штатних одиниць стаціонарних підрозділів;

KOLRVSSST — загальна кількість штатних одиниць допоміжних підрозділів що обслуговують стаціонари;

KOLRAM — загальна кількість штатних одиниць амбулаторних підрозділів;

KOLRVSOO — загальна кількість штатних одиниць допоміжних підрозділів, що обслуговують всі основні відділення;

KOLRAO — загальна кількість штатних одиниць клініки.

У той же час коефіцієнт перерозподілу за "заробітною платою" розраховують наступним чином [5]:

$$KRZR = \frac{ZPOTD + \frac{PKKD}{SPKKD} * ZPVSST + KRKR * ZPVSST}{ZPKLIN} \quad (2),$$

де KRKR — коефіцієнт розподілу за "заробітною платою";

ZPOTD — заробітна плата даного основного підрозділу;

PKKD — кількість ліжко-днів за місяць для даного основного підрозділу;

SPKKD — кількість ліжко-днів за місяць для всієї клініки;

ZPVSST — загальна заробітна плата допоміжних підрозділів, що обслуговують стаціонари;

KRKR — коефіцієнт розподілу за "чисельністю штатних одиниць + планова кількість хворих";

ZPVSST — загальна заробітна плата допоміжних підрозділів, що обслуговують основні підрозділи;

ZPKLIN — загальна заробітна плата клініки.

Аналіз літературних джерел дає можливість нам визначити коефіцієнт перерозподілу за "наявністю обладнання" [5]:

$$KRNO = \frac{IZNOBP + \frac{PKKD}{SPKKD} * IZOVSSST + KRKR * IZOVSSO}{IZOBKLIN} \quad (3),$$

де KRNO — коефіцієнт розподілу за "наявністю обладнання";

IZNOBP — річний знос обладнання даного основного підрозділу;

PKKD — кількість ліжко-днів за місяць для даного основного підрозділу;

SPKKD — кількість ліжко-днів за місяць для всієї клініки;

IZOVSSST — знос обладнання допоміжних підрозділів, що обслуговують стаціонари;

KRKR — коефіцієнт розподілу за "чисельністю штатних одиниць + планова кількість хворих";

IZOVSSO — знос обладнання допоміжних підрозділів, що обслуговують основні підрозділи;

IZOBKLIN — знос обладнання клініки.

У той же час коефіцієнт перерозподілу за "кількісною характеристикою" визначають наступним чином [5]:

$$KRKHAR = \frac{KOLHAR + \frac{KOLR}{KOLRST} * KHARVSST + \frac{KOLR}{KOLRST + KOLRAM} * KHARVSOO}{KHARKLIN} \quad (4),$$

де KRKHAR — коефіцієнт розподілу за "кількісною характеристикою";

KOLHAR — величина кількісної характеристики даного основного підрозділу;

KOLR — кількість штатних одиниць даного основного підрозділу;

KOLRST — загальна кількість штатних одиниць стаціонарних підрозділів;

KHARVSST — величина кількісної характеристики допоміжних підрозділів, що обслуговують стаціонари;

KOLRAM — загальна кількість штатних одиниць амбулаторних підрозділів;

KHARVSOO — величина кількісної характеристики допоміжних підрозділів, що обслуговують всі основні відділення;

KHARKLIN — величина кількісної характеристики в клініці.

Що ж стосується визначення коефіцієнта перерозподілу за "нормою білизни", то його розраховують наступним чином [5]:

$$KRNOB = \frac{NORBEL}{NORBELKL} \quad (5),$$

де KRNOB — коефіцієнт розподілу за "білизною";

NORBEL — норма білизни для прання в даному основному підрозділі;

NORBELKL — норма білизни для прання в клініці.

У формулі (6) відображено розрахунок коефіцієнту перерозподілу "тільки на стаціонари" [5]:

$$KRST = \frac{PKKD}{SPKKD} \quad (6),$$

де KRST — коефіцієнт перерозподілу "тільки на стаціонари";

PKKD — планова кількість ліжко-днів за місяць в даному основному підрозділі;

SPKKD — планова кількість ліжко-днів за місяць клініки.

Ми повністю поділяємо думку тих дослідників, які стверджують, що на сьогоднішній день доцільно користуватися трьома варіантами розрахунку вартості медичних послуг, отриманих в стаціонарі [8]:

— визначення вартості лікування хворого на основі середньої вартості одного ліжко-дня та тривалості перебування на ліжку;

— визначення вартості лікування в стаціонарі за нозологічними одиницям згідно медичних стандартів якості;

— визначення вартості лікування в стаціонарі шляхом сумарної оплати вартості проведених лікувально-діагностичних заходів, в тому числі й хірургічних втручань.

На переконання авторів, розрахунок вартості лікування хворого на основі середньої вартості одного ліжко-дня та тривалості перебування на ліжку є найбільш поширеним та найбільш простим і не потребує додаткових розрахунків на кожного хворого. При цьому оплата включає всі послуги та витрати на 1 день лікування пацієнта.

Основним недоліком даного методу є відсутність індивідуальних оцінок витрат на пацієнта, з однієї сторони, а з іншої — фінансова зацікавленість лікувально-профілактичного закладу в подовженні термінів перебування хворих у стаціонарі та існує незацікавленість в інтенсифікації діяльності стаціонару, а також в пошуку ресурсозберігаючих технологій.

Оплата вартості лікування хворого в стаціонарі на основі середньої вартості одного ліжко-дня має яскраво виражений витратний характер. Збільшення терміну госпіталізації призводить до невиправданого подорожчання стаціонарного лікування та створює стимули для медичних закладів збільшувати тривалість госпіталізації та кількість госпіталізованих і призводить до зниження турботи про пацієнта.

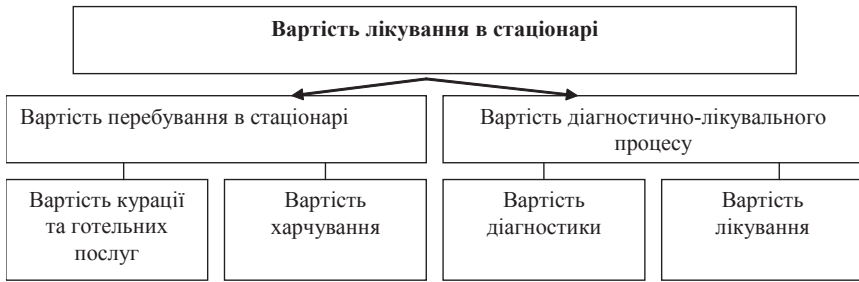


Рис. 1. Структура ціни лікування в стаціонарі

При застосуванні методу визначення вартості лікування пацієнта в стаціонарі на основі середньої вартості одного ліжко-дня та тривалості перебування на ліжку спочатку визначають вартість лікування хворого у відділеннях стаціонару [6]:

$$P_{\text{л.д}} = P_{\text{л.д}} \times L \quad (7)$$

де $P_{\text{л.д}}$ — вартість лікування хворого у відділеннях стаціонару;

$P_{\text{л.д}}$ — вартість одного ліжко-дня у відділенні стаціонару;

L — тривалість лікування хворого у відділенні стаціонару.

При цьому вартість ліжко-дня визначається як частка від ділення загальних витрат по відділенню за певний проміжок часу (як правило, рік) на кількість виконаних ліжко-днів за цей же період:

$$P_{\text{л.д}} = P_{\text{заг.}} / I, \quad (8)$$

де $P_{\text{л.д}}$ — вартість одного ліжко-дня у відділенні стаціонару;

$P_{\text{заг.}}$ — загальні витрати відділення за рік;

I — кількість запланованих ліжко-днів.

Загальна сума витрат відділення за кодами бюджетної класифікації становитиме собівартість медичної послуги (9):

$$\text{Собівартість медичної послуги} = \text{сума всіх видатків стаціонарного відділення} \quad (9)$$

До видатків стаціонарного відділення для визначення собівартості медичної послуги відносять [9]:

— річний фонд заробітної плати медичних працівників відділення;

— нарахування на заробітну плату єдиного соціального внеску та сплата його медичним закладом;

— придбання предметів, матеріалів, утримання медичних установ (обладнання та інвентар, медикаменти та перев'язувальні матеріали, видатки на продукти харчування, м'який інвентар та одяг, оплата транспортних послуг та утримання транспортних засобів, оренда, поточний ремонт обладнання, інвентарю, будівель, споруд, приміщення, а також видатки, пов'язані з технічним обслуговуванням комп'ютерної та розмножувальної техніки, послуги зв'язку тощо);

— видатки на відрядження;

— придбання матеріалів, інвентарю, будівництво, капітальний ремонт та заходи спеціального призначення;

— амортизація приміщення відділення;

— оплата комунальних послуг та енергоносіїв (теплопостачання, водопостачання і водовідведення, енергоносії, природний газ, інші комунальні послуги).

За формулою (8), поділивши загальну суму всіх видатків відділення на заплановану кількість ліжко-днів, одержимо собівартість одного ліжко-дня.

Грунтуючись на вищезазначених розрахунках, групою науковців розроблено варіант розрахунку вартості лікування пацієнта, в основу якого покладено кількість ліжко-днів, проведених у тому чи іншому медичному відділенні:

$$SLI_{n,i} = CLI_{n,i} * (1 + R) \quad (10)$$

де $SLI_{n,i}$ — вартість (ціна) лікування пацієнта за i -ту кількість ліжко-днів в n -му підрозділі;

$CLI_{n,i}$ — собівартість лікування пацієнта за i -ту кількість ліжко-днів в n -му підрозділі;

R — рентабельність.

У свою чергу, собівартість лікування пацієнта за i -ту кількість ліжко-днів в n -му підрозділі визначається за формулою:

$$CLI_{n,i} = CLDI_n * KLD_i \quad (11)$$

де $CLDI_n$ — собівартість одного ліжко-дня знаходження та лікування пацієнта в n -тому підрозділі, яка включає собівартість готельних послуг, харчування, всіх медичних процедур, операції та вартість медикаментів, тобто повну собівартість лікування одного ліжко-дня в даному підрозділі;

KLD_i — кількість ліжко-днів лікування пацієнта в тому підрозділі.

При визначенні вартості лікування хворого на основі середньої вартості одного ліжко-дня та тривалості перебування на ліжку, слід враховувати той факт, що вартість лікування пацієнта для кожного лікувального підрозділу залежить тільки від кількості ліжко-днів і досить часто може не відповідати реальній вартості медичних послуг, які були надані йому в АПЗ. Дана система вважається досить простою для розрахунку з адміністративної точки зору як для платника, так і для надавача медичних послуг. Але в такому випадку для АПЗ створюється мотивація для тривалого перебування хворого у стаціонарі, що може призводити до повної зайнятості ліжок та перенавантаження додаткової лікарняної інфраструктури.

Що ж стосується другого варіанта визначення вартості лікування в стаціонарі за нозологічними одиницями згідно медичних стандартів якості, то у даному випадку у вартість лікування включається перелік діагностичних та лікувальних послуг, який повинен виконуватися згідно стандартів якості для кожної нозологічної форми³ та ступеня захворювання. Даний метод, у першу чергу, орієнтується на середню вартість лікування хворого певної нозології, базується на преїскуранті затверджених цін і не враховує витрат, пов'язаних з індивідуальними особливостями діагностики та лікування.

Накладні (побічні) витрати можуть бути розподілені трьома методами: прямим, кроковим і за допомогою системи лімітних рівнянь. Перший і другий методи менш точні, ніж третій.

Нарахування оплати за нозологіями, яка ще має назву системи оплати за принципом діагностично споріднених груп, базується на певних положеннях. Так, в кожному стаціонарі, їх мережі на адміністративному (місцевому) рівні або на загальнодержавному рівні розраховується приблизна середня вартість лікування пацієнтів з тими чи іншими захворюваннями, які розглядаються як можлива профільююча патологія. Відповідно до цього за кожною нозологією "закріплюється" відповідний перелік та вартість лікувально-діагностичних процедур.

Вартість лікування ускладнень чи супутньої патології може бути розрахована у кожному випадку окремо чи передбачена та калькульована раніше.

³ Нозологічні форми — це конкретні хвороби з типовим для них поєднанням симптомів і функціонально-морфологічних змін, а також певної етіології й патогенезу.

Нами виявлено, що система оплати за нозологіями є пріоритетною в багатьох розвинених країнах світу. Для неї характерні: зацікавленість працівників ЛПЗ у зниженні собівартості лікування в кожному окремому випадку без зниження якості медичних послуг шляхом скорочення середнього терміну перебування у стаціонарі, "звуженні" набору діагностичних та терапевтичних процедур, підвищенні інтенсивності лікування, спеціалізації клініки, більш активний пошук вигідних пропозицій для закупівлі лікарських засобів, медичного та лабораторного обладнання, реактивів тощо. Паралельно ЛПЗ будуть зацікавлені у збільшенні кількості госпіталізацій. Це може відобразитись як у поступовому зниженні "тарифів" на лікування та покращенні якості медичних послуг, так і необґрунтованих та повторних госпіталізацій.

Слід зазначити, що основою для розрахунків є стандарт якості, що містить: назву нозологічної форми та стадію захворювання, обсяг обов'язкового обстеження (включаючи обстеження лікарем відділення, консультації спеціалістів, лабораторні та функціональні дослідження), обсяг стандартного лікування та харчування за певною дієтою, середню тривалість лікування. Структура ціни схематично представлена на рис. 1 [6].

Вартість курації⁴ та готельних послуг визначається на основі вартості курації та готельних послуг за один день перебування хворого в стаціонарі та тривалості лікування [6]:

$$P_k = P_1 \times L \quad (12),$$

де P_k — вартість курації та готельних послуг;
 P_1 — вартість одного дня курації та готельних послуг;

L — тривалість лікування згідно стандартів якості.

Вартість одного дня курації та готельних послуг обчислюється аналогічно обчисленню вартості одного ліжка-дня за умови виключення статей на обстеження хворого параклінічними відділеннями та консультантами, витрат на медикаменти та харчування тощо.

Що ж стосується вартості харчування пацієнта за кожною нозологічною одиницею, то вона розраховується як середня величина за кожний день перебування хворого в стаціонарі. В свою чергу, вартість діагностичного обстеження та лікування розраховується як сума вартості діагностичних та лікувальних процедур, які необхідно виконати для даної категорії хворих згідно з стандартами якості.

Враховуючи вітчизняний досвід визначення вартості лікування за нозологічними одиницями, нами було розроблено власний варіант розрахунку, який, на думку авторів, є більш спрощеним.

Ціна лікування за i -ту кількість ліжок-днів в n -тому підрозділі першої групи розраховується за формулою:

$$SL3_{n,k} = CL3_{n,k} * (1 + R) \quad (13),$$

де $SL3_{n,k}$ — ціна лікування за i -ту кількість ліжок-днів в n -тому підрозділі першої групи;

$CL3_{n,k}$ — собівартість лікування пацієнта k -тої нозології в n -тому підрозділі першої групи

R — рентабельність.

Собівартість лікування пацієнта k -тої нозології в n -тому підрозділі першої групи визначаємо за формулою:

$$CL3_{n,k} = CLD_{2n} * KLD_k + CLX_1 * KLD_k + \sum_{i=1}^{N1} CMP_i + CO1 * T_k + MD_{3k} + KLDIT_k * (CIT_1 - CLD_{2n}) \quad (14),$$

Таблиця 1. Переваги та недоліки визначення вартості лікування в стаціонарі шляхом сумарної оплати вартості проведення лікувально-діагностичних заходів

Умови для досягнення успіху	Висока якість методу групування. Автономія управління лікарнею. Можливість контролю якості обслуговування з використанням клінічних рекомендацій. Контроль за відповідальністю госпіталізації.
Переваги	Зацікавленість у збільшенні кількості пролікованих хворих. Орієнтація на скорочення термінів госпіталізації. Прагнення до обмеження собівартості випадку стаціонарного обслуговування. Нагромадження емпіричних даних. Спонування керівництва лікарень постійно аналізувати і контролювати обслуговування.
Недоліки	Імовірність маніпулювання (зацікавленість у віднесенні випадків до групи з більш високими ставками відшкодування). Відсутність чіткого зв'язку між витратами і кінцевими результатами.
Висновки для управління (для лікарні)	Необхідні: - якісна система інформації про пацієнтів; - постійний контроль за якістю; - медичне та фінансове управління випадками.

де $CL3_{n,k}$ — собівартість лікування пацієнта k -тої нозології в n -тому підрозділі першої групи;

CLD_{2n} — собівартість одного ліжка-дня знаходження та лікування пацієнта в n -тому підрозділі першої групи, яка включає собівартість готельних послуг і всіх лікувальних процедур, які надаються співробітниками даного підрозділу;

CLX_1 — собівартість лікувального харчування на один ліжок-день, розраховується за формулою:

$$CLX_1 = C1_{кухня} / KLD, \quad (15),$$

$C1_{кухня}$ — собівартість підрозділу кухня після першого перерозподілу собівартості;

KLD — загальна кількість ліжок-днів всіх підрозділів першої групи і всього по ЛПЗ, розраховується за формулою:

$$KLD = \sum_{n=1}^{N1} KLD1_{n,1} \quad (16),$$

де $N1$ — кількість підрозділів першої групи.

CMP_i — собівартість i -тої медичної процедури підрозділу другої групи (параклінічні підрозділи), яка входить в стандарт лікування k -тої нозології;

KLD_k — кількість ліжок-днів лікування по стандарту k -тої нозології n -того підрозділу першої групи;

I — кількість медичних процедур на курс лікування по стандарту k -тої нозології;

CO_1 — собівартість однієї години роботи операційної, яка розраховується за формулою:

$$CO1 = C1_{операційне} / (\sum_{n=1}^{N1} \sum_{k=1}^{K} On,k * Tn,k) \quad (17),$$

де $C1_{операційне}$ — собівартість підрозділу операційне відділення після першого перерозподілу собівартості;

$N1$ — кількість підрозділів першої групи;

Kn — кількість операцій проведених n -тим підрозділом.

T_k — тривалість операції в годинах згідно стандарту лікування k -тої нозології;

MD_{3k} — вартість медикаментів по стандарту лікування k -тої нозології;

$KLDIT_k$ — кількість ліжок-днів лікування пацієнта в підрозділі анестезіології та інтенсивної терапії по стандарту лікування k -тої нозології;

CIT_1 — собівартість одного ліжка-дня знаходження хворого в підрозділі анестезіології та інтенсивної терапії.

Аналізуючи третій варіант розрахунку вартості лікування в стаціонарі шляхом сумарної оплати вартості

⁴ Курація — це сукупність дій лікаря з діагностики захворювання та лікування хворого, а також оформлення медичної документації.

Таблиця 2. Порівняльна характеристика різних методів визначення вартості лікування

№	Метод розрахунку	Характеристика методу
1	Визначення ціни лікування на основі середньої вартості ліжко-дня.	Ціна лікування не залежить від характеру захворювання, обсягу проведених діагностичних та лікувальних процедур, а визначається середньою вартістю ліжко-дня та тривалістю лікування хворого. Розрахунок ціни для кожного хворого є найбільш простим.
2	Визначення ціни лікування згідно з стандартами якості.	Ціна лікування залежить від характеру захворювання та тривалості лікування. Для визначення ціни необхідні попередні розрахунки вартості лікування хворих по різних нозологіях. Розрахунок ціни для кожного хворого є простим.
3	Визначення ціни лікування з урахуванням фактично проведених процедур.	Ціна лікування визначається тривалістю лікування та фактичним обсягом виконаних лікувальних та діагностичних процедур. Визначення вартості лікування потребує значних індивідуальних розрахунків для кожного хворого.

проведених лікувально-діагностичних заходів, в тому числі й хірургічних втручань, слід зазначити, що система нарахувань оплати, яка ґрунтується на вартості кожної лікувально-діагностичної процедури, є досить складною як з адміністративної, так і з практичної точки зору, але водночас вона є більш точною та "справедливою", оскільки базується на розрахунку вартості лікування в кожному конкретному випадку.

Результати, отримані у процесі виконання даного дослідження, свідчать про те, що будь-який метод оплати стаціонарного лікування має свої переваги та недоліки. Не є винятком і метод визначення вартості лікування з урахуванням вартості проведених лікувально-діагностичних заходів (табл. 1) [10].

Розглядаючи методику визначення вартості лікування в стаціонарі на основі проведених діагностичних обстежень та лікувальних процедур, нами розроблено авторський варіант розрахунку:

$$SL_{2n,i} = CL_{2n,i} * (1 + R) \quad (18),$$

де $SL_{2n,i}$ — ціна лікування за i -ту кількість ліжко-днів в n -тому підрозділі першої групи розраховується;
 $CL_{2n,i}$ — собівартість лікування пацієнта за i -ту кількість ліжко-днів в n -тому підрозділі першої групи;
 R — рентабельність.

У той же час собівартість лікування пацієнта за i -ту кількість ліжко-днів в n -тому підрозділі першої групи визначаємо за наступною формулою:

$$CL_{2n,i} = CLD_{2n} * KLD_i + CLX_{1i} * KLD_i + \sum_{i=1}^{n,i} SMP_{n,i} + CO_{1i} * T + MD + KLDIT_i * (CIT_1 - CLD_{2n}) \quad (19),$$

де $CL_{2n,i}$ — собівартість лікування пацієнта за i -ту кількість ліжко-днів в n -тому підрозділі першої групи;

CLD_{2n} — собівартість одного ліжко-дня знаходження та лікування пацієнта в n -тому підрозділі першої групи, яка включає собівартість готельних послуг і всіх лікувальних процедур, які надаються співробітниками даного підрозділу;

KLD_i — кількість ліжко-днів лікування пацієнта n -того підрозділу першої групи;

CLX_{1i} — собівартість лікувального харчування на один ліжко-день;

$SMP_{n,i}$ — собівартість i -тої медичної процедури n -того підрозділу другої групи (параклінічні підрозділи);

I — кількість медичних процедур проведених за весь курс лікування;

CO_{1i} — собівартість однієї години роботи операційної;

T — тривалість операції в годинах;

MD — вартість (ціна) медикаментів, використаних за весь курс лікування;

$KLDIT_i$ — кількість ліжко-днів лікування пацієнта в підрозділі анестезіології та інтенсивної терапії;

CIT_1 — собівартість одного ліжко-дня знаходження хворого в підрозділі анестезіології та інтенсивної терапії.

набагато простіше платити лікарням єдину добову ставку, ніж класифікувати пацієнтів за 300—400 різними категоріями хвороб, а потім платити за різними ставками за кожного пацієнта в кожній категорії.

3. У процесі дослідження здійснено порівняння різних методів визначення вартості лікування в стаціонарі, та виявлено їх основні переваги і недоліки (табл. 2).

4. Запропоновано авторські методики розрахунку вартості надання медичної допомоги в умовах стаціонарного лікування, сутність яких полягає у визначенні найбільш точної собівартості медичних послуг шляхом найменшої кількості медичних розрахунків.

Література:

- Закон України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві" від 7 липня 2011 року № 3612-VI.
- Указ Президента України "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення" від 6 грудня 2005 р. № 1694/2005.
- Програма економічних реформ Президента України на 2010—2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава".
- Бахтєєва Т.Д. Кто ответит за здоровье нации? / Т.Д.Бахтеева // Публичные люди. — 2011. — Август-сентябрь. — С. 10—17.
- Василишин Р.Й. Технології розвитку собівартості і цін медичних процедур та нозологічної одиниці. Алгоритми визначення коефіцієнтів перерозподілу накладних витрат у закладах охорони здоров'я — основа для створення медико-економічних стандартів / Р.Й. Василишин // Український медичний часопис. — 2006. — № 6 (56). — С. 28—34.
- Вороненко Ю.В., Пашенко В.М. Фінансовий менеджмент з основами економіки охорони здоров'я: навчально-методичний посібник / Ю.В. Вороненко, В.М. Пашенко. — К.: Міжрегіональний видавничий центр "Медінформ", 2011. — 499 с.
- Долот В.Д. Державне управління стаціонарною медичною допомогою в Україні: Стан і тенденції розвитку: автореф. дис. канд. наук з державного управління. — Київ, 2006. — 20 с.
- Економіка військової системи охорони здоров'я: навчальний посібник / За редакцією А.С.Кутузи. — К.: УВМА, 2010. — 396 с.
- Загородній В.В., Яструбинський В.І., Васько Л.А. Методика розвитку цін на медичні послуги в медичних закладах, санаторно-курортних підприємствах, страхових компаніях та інших медичних структурах / В.В. Загородній, В.І. Яструбинський, Л.А. Васько. — Київ. — 1998. — 43 с.
- Солоненко Н.Д. Економіка охорони здоров'я / Н.Д. Солоненко. — К.: Вид-во НАДУ, 2005. — 415 с.

Стаття надійшла до редакції 12.09.2011 р.

ВИСНОВКИ

1. Комплексний аналіз літературних джерел українських авторів дає підстави стверджувати, що не існує ідеальної системи фінансування закладів охорони здоров'я, як і не існує універсальних систем оплати за лікування, які можуть беззастережно впроваджуватися.

2. Зарубіжний досвід ціноутворення на медичні послуги свідчить про те, що у багатьох країнах світу існує проблема вибору найкращої методики визначення вартості лікування в стаціонарі. Чим складніша система розцінок, тим вищі вимоги до надійності (і справедливості) даних і до аналітичної спроможності організації, що здійснює платежі. Саме тому