

# Нелегкий шлях до єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг

22 червня 2016 р. у Києві, у великому конференц-холі ДУ «Національний науковий центр (ННЦ) «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» Національної академії медичних наук (НАМН) України», відбулося спільне засідання членів робочої групи Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України та НАМН України, а також головних лікарів, їх заступників та начальників планово-економічних відділів установ НАМН України та МОЗ України — відповідно до наказу МОЗ України від 08.06.2016 р. № 538 «Про утворення та затвердження складу міжвідомчої робочої групи з питань розроблення наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг». У рамках порядку денного — у супроводі небайдужої фахової дискусії та жвавого обміну думками — проведено аналіз існуючих методик розрахунку вартості медичних послуг; обговорено існуючі методики розрахунку вартості медичних послуг (зокрема DRG-методики), окреслено їх основні переваги та недоліки; висунуто пропозиції до МОЗ та НАМН України щодо єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг та розробки методичних рекомендацій з технології проведення процедури розрахунку вартості медичних послуг в закладах і установах охорони здоров'я України незалежно від їх відомчого підпорядкування; а підсумково — зроблено рішучий крок у напрямку підготовки проекту наказу МОЗ України щодо єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг.



Відкриваючи нараду, **Володимир Коваленко**, віце-президент НАМН України, академік НАМН України, директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», зазначив, що

на засідання запрошені і беруть у ньому участь не лише представники НАМН України та посадовці МОЗ України, але й відповідальні співробітники (головні лікарі, їх заступники з економіки та начальники планово-економічних відділів) багатьох провідних лікувально-профілактичних та науково-клінічних установ. Це надасть можливість як звірити початкові позиції, так і сформулювати консолідовані пропозиції, — а отже, обговорити нагальне питання щодо кристалізації єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг у закладах охорони здоров'я і фахово-колегіально, й водночас на загальнодержавному рівні.

У контексті об'єктивізації історичного перебігу розвитку української галузі охорони здоров'я, слід зазначити, що як НАМН України в цілому, так і ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України» спільно з Асоціацією кардіологів України, зокрема, традиційно виступають провідниками раціональних та велими злободенних для медичної галузі ініціатив, дискусій та конкретних пропозицій щодо оптимізації систем фінансування охорони здоров'я, оптимізації надання медичної допомоги населенню, наближення до європейських стандартів діагностики та лікування, поліпшення підготовки вітчизняних медичних кадрів, прогресу української медичної науки, реінкарнації військово-медичної проблематики, міжнародної співпраці на благо пацієнтів тощо.

Як нагадав головуючий, проблема щодо методики розрахунку вартості медичних послуг у закладах охорони здоров'я не є новою. Таких методик існує декілька, кожна з них перебуває у вжитку, а бракує — саме єдиної. Чіткої. Прозорої. Логічної. Зрозумілої для всіх — від завідувача відділення до молодшої медсестри, від головного лікаря до пацієнта, врешті для всього суспільства. А головне — **юстованої!** Саме фактори законодавчого затвердження, верифікації, легітимізації (причому на всіх ланках процедурно-законодавчого бюрократичного ланцюга, і чим до вищого державного щабля дійде — тим краще) дадуть можливість медичним працівникам повноцінно виконувати свої обов'язки, а лікувально-профілактичним закладам — всім без винятку: незалежно від підпорядкування та не ризикуючи потрапити у статус «блих ворон», — вести абсолютно одноманітну (бо офіційно затверджену) бюджетно-розподільчу політику, ресурсо-витратну активність, фінансово-організаційну діяльність. А якщо виникатимуть питання (хоч у пацієнта, хоч у ревізора): «Чому ви вчиняєте саме так?» — відповідь буде простою і чесною: «Тому що це закон. А закон однаковий для всіх».

Ця думка наскрізною лінією проходила крізь практично усі виступи, що лунали протягом тривалого засідання. Погляди висловлювалися різні, подекуди протилежні. Зіткнення бачень було істотним, подекуди гострим. А от юстованість — слово, яке, наче качку в ставок, випустив з трибуни в аудиторію головуючий у білосніжному халаті, — не обійшов увагою ніхто. І це — природно. Адже саме за цим словом — захищеність. За ним — спокійна, планова, впевнена робота, без тривожного безсоння, липкої тахікардії та боязкого озирання на прокурора чи контрольно-ревізійне управління...

Місцями дискусія заходила у глухий кут (вочевидь, саме тому, що проблему загнано у глухі законодавчі кути), та іноді здавалося, що власне сама тема заходу починає «самонагілюватися». Воно й правда. Стаття 49

Конституції України гарантує надання медичної допомоги без оплати, — тобто (за презумпцією зворотності-протилежності) медичну допомогу за платню забороняє. Це раз. Дозвольте, а визначення поняття «медична послуга» учиннимому законодавстві існує? — ні, відсутнє: є лише «медична допомога». Це два. То що ж, врешті кажучи, збираємося обраховувати?... Де ж, — тут вже не на юридичним, а нашим суто медичним лексиконом, — той субстрат?...

Знову ж таки стаття 49 Конституції диктує: «існуюча мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я не може бути скорочена» — і одразу: «державна сприяє розвиткові лікувальних закладів усіх форм власності». Це як можна тлумачити? — однозначно: держава (яка, згідно з попереднім реченням, бере на себе зобов'язання «створювати умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування») — вже у наступному реченні — не заперече проти конкуренції між різними видами лікарень (державно-комунального підпорядкування та приватної форми власності). Але запитаємо себе: наскільки чесною, симетричною, конгруентною, врешті справедливою може бути така конкуренція, якщо при цьому одним дозволено заробляти гроші, а іншим ні?

Якраз у цьому контексті відомий науковець і досвідчений практик охорони здоров'я **Василь Корнацький**, професор, заступник директора — головний лікар ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», у своєму виступі цілком відверто заявив, що автономізація лікувально-профілактичних закладів (у тому форматі, в якому її ледве не прийняли з подачі попереднього профільного міністра) була б «початком кінця для української медицини», — причому, підводячи під це своє твердження настільки ґрунтовну аргументацію, що з нею досить важко не погодитися.

Дуже демонстративним видався глибоко диференційований і водночас залізно логічний порівняльний аналіз, який представив академік В. Коваленко аудиторії щодо

різних методик розрахунку вартості медичних послуг. Нині, за відсутності єдиної методики, в різних закладах охорони здоров'я України застосовують методики різних авторів. Оратор зауважив, що сьогодні в різних країнах також існують різні системи розрахунку оплати наданої стаціонарної медичної допомоги, які розподіляються на чотири основні види:

- система оплати за пролікованого хворого за сумарною оплатою вартості проведених лікувально-діагностичних процедур, у тому числі хірургічних втручань та реанімаційних заходів;
- система оплати за пролікованого хворого за кількістю ліжок-днів, протягом яких хворий перебував у профільному відділенні стаціонару;
- система оплати за пролікованого хворого за тарифами основного діагнозу (нозологій);
- система оплати за пролікованого хворого за тарифами клініко-витратних груп — клініко-споріднені групи (Diagnosis-related group — DRG).

Застосування DRG в системі єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг базується на:

- визначенні діагностично-споріднених груп (інфаркт міокарда, виразкова хвороба, коронарне шунтування, стентування коронарних артерій (окремо) тощо);
- визначенні вартості діагностики і лікування згідно з уніфікованими протоколами (або згідно з міжнародними та вітчизняними рекомендаціями асоціацій спеціалістів тощо) одного випадку, в тому числі з варіантами ускладнень.

Надання якісної медичної допомоги має базуватися на чинних настановах та протоколах медичної допомоги, розроблених на засадах доказової медицини, і лише в цьому разі економічні розрахунки надаватимуть адекватний результат. У зв'язку з цим постає питання необхідності комплексного підходу до запровадження системи забезпечення якості медичної допомоги, складовими якої є:

- медичні стандарти та уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги, що визначають обсяг необхідної медичної допомоги;
- клінічні маршрути пацієнта;
- систематизований збір та аналіз фактичних даних щодо надання медичної допомоги, облік медичних послуг;
- економічний аналіз, орієнтований на надання медичної допомоги конкретному

пацієнту (принцип «гроші йдуть за пацієнтом»);

- оптимізація витрат.

Вчений також звернув увагу на необхідність визначення річної собівартості утримання цілісного майнового комплексу, який включає:

- 1) штатну структуру (без оплати праці медичного персоналу);
- 2) комунальні послуги;
- 3) утримання інфраструктури (пральня, харчування, лабораторне обладнання та клініко-інструментальні методики, транспорт, зв'язок та комунікації, існуюча інтернет-мережа, забезпечення медичною та штатною документацією тощо (капітальні витрати закладаються в рентабельність));
- 4) амортизаційні відрахування;
- 5) рентабельність в цілому до 30%;
- 6) виходячи з цього, розраховується ліжко-день;
- 7) врешті визначається вартість ліжко-дня.

Натомість вартість медичної послуги доцільно визначати згідно з уніфікованими протоколами МОЗ України (оплата за нозологіями DRG). При цьому враховувати тільки витратні матеріали (гелій, гелі, папір, прострадло, реактиви, рентген-плівка, пробірки, системні клапани, водії ритму серця, розчини, медикаменти, допоміжні матеріали, оплата роботи медперсоналу та накладних витрат, рівень складності роботи тощо).

До того ж вводиться поняття «коригуючого коефіцієнта», який передбачає уніфіковану зміну собівартості та вартості відповідних медичних послуг в кожній установі залежно від фінансування зміни технологій діагностики та лікування, штатної структури, амортизаційних відрахувань, складності, екстреності тощо. Показники собівартості і вартості медичних послуг враховуються при взаємних розрахунках між закладами охорони здоров'я, страховими компаніями та іншими замовниками медичних послуг, в тому числі громадянами. При добровільному побажанні громадян щодо VIP-обслуговування укладається договір з медичним закладом згідно із розрахунками собівартості.

Отже, як вкотре підтверджується, — методик багато, добрих і різних, — втім бракує єдиної. Нехай навіть не найліпшої, але такої, щоб — одна для всіх. А щоб її створити, треба спочатку з усіх існуючих вибрати одну та взяти її за основу. І потім на цій основі — в ході подальшого обговорення та вдосконалення, шліфування та валідації, корекції

і знову обговорення з моніторингом найближчих та віддалених результатів, — низуючи на базову модель позитивні риси інших, а по ходу намагаючись позбавляти її власних вад, — викристалізувати той гостро заточений і якомога більш універсальний інструмент, який максимально легко адаптувався б до умов зовсім різних за формою підпорядкування та форматом організаційно-методологічної діяльності медичних закладів. І тоді вже — «лягти кістками», щоб цей відточений булат власти у ножи якомога вищої державної легітимізації.

Якщо стисло, то саме таку процедурну модель запропонував на розгляд учасників наради академік В. Коваленко, — і всі присутні її одногласно підтримали шляхом відкритого голосування.

Наступним кроком і в такий самий спосіб було обрано й саму базову модель: нею виявилася методика Д. Дячука (з урахуванням подальших доповнень і пропозицій) — як найбільш уніфікована і перспективна, на думку переважної більшості учасників.

Підсумовуючи результати роботи зборів, головуючий зазначив, що вже наступного дня протокольний проект рішення наради буде винесено для розгляду і схвалення на засідання Бюро Президії НАМН України, а одночасно спрямовано до МОЗ України. Таким чином, наступне засідання робочої групи буде присвячено вже наступному етапу досягнення кінцевої мети напруження та створення єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг — визначенню тих позицій, які слід змінити (вилучити, додати, модифікувати) в обраній за базову (назвемо її «полігонною») методіці.

І наостанок: з одного боку, не можна нехтувати ефектом присутності, з іншого — на думку учасників наради, та якість, що зветься «прозорістю», повинна бути обов'язково притаманною їх майбутньому дітищу. З цього випливає, що галузь має право і підстави знати, що майбутня єдина методика розрахунку вартості медичних послуг розроблялася у форматі відкритого публічного колегіально-фахового обговорення. І робили це діючі професіонали, досвідчені експерти-практики української системи охорони здоров'я, за майже кожним з яких стоїть і від майже кожного з яких залежить надскладний і надпотужний механізм економічно-господарської, фінансово-майнової, платіжно-заохочувальної життєдіяльності відповідної лікувально-профілактичної, а в багатьох випадках — клінічно-наукової установи. І навіть більше того, — майже кожен з них, відповідно до посади, несе відповідальність за належне функціонування цього механізму.

Ми, зі свого боку, з нетерпінням чекатимемо, коли з ембріона вилупиться дитя, і зобов'язуємося продовжувати ретельно відстежувати та об'єктивно висвітлювати процес підготовки клінічної методики розрахунку вартості медичних послуг у закладах охорони здоров'я України.

*Пилип Снегірьов,  
фото Сергія Бека*

*За матеріалами  
«Щотижневика АПТЕКА»  
№ 25 (1046) від 04.07.2016 р.*

