

**О. О. Дорошенко**

аспірант кафедри регіонального управління, місцевого самоврядування та управління містом  
Національної академії державного управління при Президентові України

**А. В. Горошко**

спеціаліст з питань охорони здоров'я, моніторингу і оцінювання

**М. В. Шевченко**

доктор медичних наук, старший науковий співробітник,  
доцент Школи охорони здоров'я

Національного університету «Києво-Могилянська академія»

## **ЗАПРОВАДЖЕННЯ ФІНАНСУВАННЯ НА ОСНОВІ КІЛЬКОСТІ ТА СКЛАДНОСТІ ПРОЛІКОВАНИХ ВИПАДКІВ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ (СПЕЦІАЛІЗОВАНУ) МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ**

*У статті досліджується питання основних етапів і послідовності запровадження нових підходів до фінансування вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги на основі кількості й складності пролікованих випадків у закладах охорони здоров'я. Також показано застосування окремих інструментів і методик обліку результативності діяльності лікарень та визначення вартості для відшкодування витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги. Зокрема, розглядаються питання контрактування закладів охорони здоров'я, регламентування застосування методик обліку витрат, формування гарантованого державою пакету медичних послуг населенню, а також питання визначення вартості окремих послуг для їх оплати за рахунок державних коштів.*

**Ключові слова:** державне управління, механізми фінансово-економічного забезпечення медичного обслуговування населення, облік витрат, діагностично-споріднені групи, вартість медичної допомоги, ціноутворення у сфері охорони здоров'я.

**Постановка проблеми.** Питанню запровадження нових механізмів фінансування лікарень присвячено значну кількість аналітичних робіт і статей, а також проектів нормативних документів та концепцій розвитку галузі охорони здоров'я. І якщо більшість авторів і розробників визнають необхідність запровадження фінансування спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги на основі кількості й складності пролікованих випадків, етапність та практичні кроки запровадження такого механізму потребують визначення й деталізації. Так, на особливу увагу заслуговує визначення питання впровадження цього механізму в короткостроковій перспективі – упродовж 2017–2018 років, що включає необхідність визначення першочергових кроків, етапів запровадження, звітності, параметрів для звітування, показників, необхідних для визначення результатів запровадження, а також питання довгострокової перспективи.

### **Аналіз останніх досліджень і публікацій.**

Дослідження теоретичних та практичних питань фінансування медичних послуг у сучасних умовах господарювання знайшли відображення в наукових працях В. Лехан [1], З. Лободіної [2], В. Москаленка [3], В. Опаріна [4], В. Рудого [5], О. Солдатенко [6], В. Федосова [7], М. Шевченко [8] та інших авторів. Аналізу ефективного фінансування лікарняної та спеціалізованої амбулаторної допомоги присвячено значну увагу також у світовій літературі, тому вартий вивчення досвід різних країн, які впроваджували реформування системи фінансування охорони здоров'я останні 10–15 років. Водночас детальні аспекти фінансування медичних послуг вторинного рівня досі є предметом дискусій і пошуку оптимальних шляхів трансформації системи охорони здоров'я в Україні.

**Мета статті.** Головна мета роботи полягає в розробці ключових підходів до контрактування закладів охорони здоров'я, регламентування

застосування методик обліку витрат, формування гарантованого державою пакету медичних послуг, а також питання визначення вартості окремих послуг для їх оплати за рахунок коштів державного й місцевих бюджетів.

**Виклад основного матеріалу.** Одним з основних завдань сьогодення в трансформації сектора охорони здоров'я є запровадження нових підходів до фінансування галузі. Критично важливими питаннями, які потребують вирішення для забезпечення впровадження нових підходів фінансування, є такі: а) визначення гарантованого державою пакету послуг, які надаватимуться закладами охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу; б) з'ясування підходів до визначення кількості та складності пролікованих випадків; в) запровадження контрахтування закладів; г) визначення вартості медичних послуг; ґ) забезпечення їх якості; д) визначення інструментів моніторингу надання послуг.

Варто розглянути більш детально різні аспекти аналізованої тематики.

**Визначення гарантованого пакету послуг.** В Україні гарантований державою пакет медичного обслуговування вперше було визначено Програмою подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, затвердженою Постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 955 (далі – Програма). У Програмі визначається, що амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна допомога включені до переліку видів безоплатної медичної допомоги, а отже, мають забезпечуватись у межах витрат на охорону здоров'я в бюджетах усіх рівнів. І хоча в постанові зазначається, що за необхідності Програма може переглядатись щороку в місячний термін після затвердження Державного бюджету України на відповідний рік з урахуванням обсягів асигнувань на охорону здоров'я, у 2011 році після внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров'я в ст. 8 було визначено, що громадяни мають право на безоплатне отримання в державних і комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги поряд з іншими видами медичної допомоги та надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що надається за медичними показаннями в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, який забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Однак фактично деталізації державних гарантій у сфері охорони здоров'я досі немає.

Визначення гарантованого державою пакету послуг, які будуть фінансуватись за рахунок бюджетних коштів, є однією з основних передумов упровадження ефективного фінансування медичної допомоги та фінансового захисту громадян. Розробка гарантованого пакету має виходити з наявних умов і механізмів організації системи охорони здоров'я. Такі умови включають наявне фінансування сектора охорони здоров'я в межах державного бюджету, очікування щодо спів-фінансування послуг охорони здоров'я з місцевих бюджетів та власних доходів громадян, механізми фінансування надавачів (капітація, глобальний бюджет, фінансування на основі групування пролікованих випадків) і структури надання медичної допомоги на різних рівнях.

Сьогодні Україні варто визнати, що бюджетне забезпечення сектора охорони здоров'я на рівні близько 1 400 грн (близько 54 доларів) на одного громадянина в 2015–2016 роках ставить нас на один рівень з іншими країнами з низьким доходом, які витрачають у середньому 35 доларів на людину порівняно з витратами на рівні 4 692 доларів у середньому в країнах із високим доходом [9].

Таким чином, Україні, як і більшості країн із низьким доходом, необхідно приймати складні рішення щодо вибору медичної допомоги й послуг, які будуть фінансуватись державою та які не підпадатимуть під гарантований державою мінімум. Водночас навіть країни з найбільш розвиненими економіками у світі (країни Організації економічного співробітництва і розвитку) у нещодавньому дослідженні вказували на те, що для регулювання витрат у сфері охорони здоров'я вони інколи змушені вдаватись до перегляду й скорочення пакету гарантованого медичного обслуговування своїх громадян (див. табл. 1).

Зокрема, з 26 країн, щодо яких такі дані доступні, уряди 50% країн вживали заходи щодо скорочення програм реімбурсації ліків, 6 країн переглядали гарантований пакет послуг для його скорочення, а 11 країн вдавались до підвищення спів-оплати й участі пацієнтів у фінансуванні медичної допомоги.

Під час розгляду питання гарантованого державою пакету медичних послуг візьмемо за основу його визначення як набору послуг, які можуть бути надані й профінансовані в країні за конкретних обставин та умов її розвитку [11]. Безумовно, в умовах обмежених ресурсів

під час розробки й погодження гарантованого пакету послуг та намагання максимально забезпечити універсальність доступу до послуг у сфері охорони необхідно знайти консенсус щодо таких питань: які послуги мають бути обов'язково включені до пакету; які групи громадян повинні мати доступ до таких послуг; які (якщо впроваджувати) будуть вимоги до спів-фінансування послуг громадянами, якщо вони не повністю покриватимуться в гарантованому пакеті послуг [12].

Для прикладу в табл. 2 наведено переліки послуг, які входять у базовий пакет у деяких країнах. У гарантованому пакеті послуги зазвичай визначаються досить детально для уникнення непорозумінь і маніпуляцій, на відміну від колись досить поширеного у світі утримання закладів охорони здоров'я подібно до сучасної української системи та очікування, що пацієнтови доступні будь-які послуги в таких закладах. Однак визначення послуг може бути різним за наповненням і деталізацією.

Таблиця 1

**Деякі фіскальні заходи, які дозволені законодавством та впроваджуються для раціоналізації фінансування й бюджетування охорони здоров'я [10]**

Країна	Скорочення програм реімбурсації ліків	Скорочення гарантованого пакету послуг (виключення деяких послуг із пакету)	Підвищення оплати/спів-оплати/відрахувань із пацієнтів
Австралія	застосовувалось		
Бельгія	дозволено	дозволено	дозволено
Канада		застосовувалось	
Чилі			
Чеська Республіка	застосовувалось	дозволено	
Фінляндія	застосовувалось	дозволено	дозволено
Франція	застосовувалось	застосовувалось	застосовувалось
Німеччина			дозволено
Греція			
Ісландія	застосовувалось	застосовувалось	застосовувалось
Ірландія	застосовувалось		застосовувалось
Ізраїль	дозволено	дозволено	дозволено
Італія	застосовувалось		застосовувалось
Японія			
Корея			
Люксембург	застосовувалось	дозволено	застосовувалось
Мексика			дозволено
Нідерланди	застосовувалось	застосовувалось	застосовувалось
Нова Зеландія	застосовувалось		
Норвегія			
Польща		дозволено	
Португалія	застосовувалось		застосовувалось
Словенія	дозволено	застосовувалось	застосовувалось
Іспанія	застосовувалось	дозволено	застосовувалось
Швеція			застосовувалось
США	застосовувалось	застосовувалось	застосовувалось
Кількість країн, де заходи застосовувались упродовж останніх 3 років на момент проведення дослідження	13	6	11
Загальна кількість країн, де заходи або застосовувались протягом останніх 3 років на момент проведення дослідження, або дозволені нормативно	16	13	16

**Визначення кількості та складності пролікованих випадків.** Донині планування витрат на медичну допомогу в Україні здійснюється на основі використання екстенсивних показників, які засновуються на використанні таких нормативів<sup>2</sup>:

а) амбулаторно-поліклінічна допомога: показник обсягу подання амбулаторно-поліклінічної допомоги визначається кількістю відвідувань на 1 тис. чоловік;

б) стаціонарна медична допомога: показник обсягу стаціонарної допомоги визначається кількістю ліжко-днів на 1 тис. чоловік, кількістю випадків госпіталізації на 1 тис. чоловік, середньою тривалістю перебування одного хворого в стаціонарі.

Запровадження гарантованого пакету послуг і введення нових механізмів оплати ставить питання більш цільового визначення потреби й результативності надання спеціалізованої медичної допомоги, яка щонайменше буде визначатись у медичних процедурах і хірургічних втручаннях, а в більш прогресивному форматі обліку стаціонарної допомоги – у згрупованих за спорідненістю й клінічною інтенсивністю пролікованих випадках. Для групування пролікованих випадків уже близько 30 років у різних системах охорони здоров'я у світі використовується система класифікації госпітальних випадків у діагностично-споріднені групи (далі – ДСГ).

Запровадження системи групування випадків ДСГ в різних країнах світу має дві основні причини: по-перше, їх застосування сприяє підвищенню прозорості надання лікарняних послуг (через класифікацію пацієнта, результат лікування тощо); по-друге, застосування ДСГ для оплати роботи лікарень має створювати стимули для більш ефективного використання ресурсів у лікарнях. Крім того, поєднання більшої прозорості й ефективного використання ресурсів повинне сприяти більш якісному наданню послуг [16].

Звичайно, система оплати діяльності лікарень на основі групування випадків є однією з найбільш популярних у розвинених країнах світу та країнах, що розвиваються, проте не єдиною системою. Досі найбільш поширени-

ми механізмами оплати стаціонарної допомоги залишаються оплата за послугу, оплата на основі ДСГ та оплата за механізмом глобального бюджету. Автори аналізу запровадження ДСГ в Європі [16] проаналізували сильні й слабкі сторони всіх основних систем фінансування лікарняних послуг та запропонували таблицю для їх системного аналізу (див. табл. 3).

Оскільки Україна вже стратегічно визначила намір упроваджувати ДСГ для поступового переходу на фінансування лікарень на основі ДСГ<sup>3</sup>, варто визначитись із тим, якою має бути послідовність її запровадження в коротко- й довгостроковій перспективі. Сьогодні в українських закладах, які надають стаціонарну допомогу, не відстежується економічна й технічна ефективність надання медичної допомоги, а сучасне бюджетування закладів більше уваги приділяє використанню бюджетних ресурсів відповідно до економічної та бюджетної класифікації видатків. Водночас розгалужена система медичної статистики може дати змогу в короткі терміни почати проведення аналізу технічної ефективності закладів і запровадити спрямування бюджетних ресурсів до закладів залежно від обсягів надання ними медичних послуг населенню. Так, якщо взяти за основу річну форму звітності № 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу за 20\_\_ рік»<sup>4</sup>, можна досить швидко оцінити обсяги й завантаженість таких напрямів роботи закладів охорони здоров'я:

- хірургічна робота амбулаторно-поліклінічного закладу (підрозділу) (таблиця 2800);
- хірургічна робота стаціонару (таблиці 3500, 3501 і 3502);
- термінова хірургічна допомога хворим, які вибули зі стаціонару, за звітний період (таблиця 3600);
- рентгенодіагностична робота (у тому числі профілактичні огляди) (таблиці 4110, 4111–4119);
- діяльність лабораторій (таблиця 4120).

І хоча в Україні немає практики ведення обліку витрат в аспекті окремих служб і підрозділів закладу охорони здоров'я, а отже, сьогодні практично неможливо ґрунтовно оцінити загальну собівартість надання окремих одиниць послуг у межах таких служб, використання по-

<sup>2</sup> Як визначено в Програмі надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, затвердженій Постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 року № 955.

<sup>3</sup> Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про впровадження системи діагностично-споріднених груп» від 17 грудня 2015 року № 865.

<sup>4</sup> Затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їхнього заповнення» від 10 липня 2007 року № 378 (зі змінами).



## Склад гарантованого пакету послуг у деяких країнах світу США (з 2014 року)

<p>США (з 2014 року)<sup>1</sup></p> <p>У цій країні конкретні послуги охорони здоров'я можуть варіюватись залежно від штату</p>	<p>Включає такі мінімальні позиції й послуги:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>амбулаторні послуги</b> для пацієнтів, у тому числі хірургія одного дня, послуги на дому та хоспісна допомога (у деяких пакетах існує обмеження тривалості – до 45 днів);</li> <li>2) <b>швидка невідкладна допомога</b> – допомога, яка надається для станів, що можуть призвести до серйозної інвалідності або смерті, якщо їх негайно не лікувати, таких як нещасні випадки або раптова хвороба. Як правило, цей вид обслуговування включає поїздки у відділення невідкладної допомоги, а отже, транспортування на машині швидкої допомоги. Стягнення за звернення без направлення або без попереднього запису не здійснюються;</li> <li>3) <b>госпіталізація</b> – допомога в стаціонарній лікарні, що включає догляд від лікарів, медсестер та інших співробітників лікарні, послуги лабораторії та інші дослідження, ліки, які отримує пацієнт під час перебування в лікарні, а також проживання й харчування. Госпітальні послуги також включають хірургічні операції, трансплантацію, послуги догляду, отримані в установах кваліфікованого медичного догляду, наприклад будинках для літніх, які спеціалізуються на догляді за людьми похилого віку (у деяких пакетах існує обмеження тривалості – до 45 днів);</li> <li>4) <b>лабораторні послуги</b> – тестування, що проводиться переважно для того, щоб допомогти лікарю діагностувати травми, хвороби чи стани або контролювати ефективність конкретного лікування. Деякі профілактичні скринінги, такі як скринінг раку молочної залози та простати, проводяться безкоштовно;</li> <li>5) <b>материнство й догляд за новонародженими</b> – догляд, який жінки отримують під час вагітності (допологовий догляд), під час пологів, народження та після пологів, а також догляд за новонародженими;</li> <li>6) <b>послуги охорони психічного здоров'я та лікування залежності</b>, що включають стаціонарну й амбулаторну медичну допомогу, яка надається для оцінки, діагностики та лікування психічних розладів або в разі зловживання психоактивними речовинами (у деяких пакетах існує обмеження тривалості – до 20 днів щороку);</li> <li>7) <b>реабілітаційні послуги й пристрої</b> – пакет, що включає реабілітаційні та абілітаційні послуги й пристрої, які сприяють отриманню або відновленню розумових і фізичних навичок, втрачених через травму, інвалідність чи хронічне захворювання. Щороку за потреби забезпечується 30 візитів фізичної чи професійної терапії або відвідування мануального терапевта, 30 візитів для послуг із логопедії, а також 30 відвідувань для серцевої чи легеневої реабілітації;</li> <li>8) <b>педіатричні послуги</b> – допомога для немовлят і дітей, у тому числі профілактичні візити, покриття рекомендованих вакцин та імунізації. Стоматологічна й офтальмологічна допомога забезпечується дітям у віці до 19 років та включає два стоматологічні огляди, обстеження окуліста й коригувальні лінзи щороку;</li> <li>9) <b>рецептурні препарати</b> – лікарські препарати, прописані лікарем для лікування хвороби або стану. Приклади включають рецептурні антибіотики для лікування інфекції або ліки, які використовуються для лікування хронічного стану (наприклад, високого рівня холестерину). Хоча б один препарат за рецептом має бути включений у забезпечення для кожної категорії пацієнтів і, відповідно, до класифікації затверджених препаратів;</li> <li>10) <b>профілактичні та оздоровчі послуги, лікування хронічних захворювань</b> – пакет, що включає профілактичні медичні огляди, імунізацію й скринінг раку, призначені для запобігання або виявлення певних захворювань. Крім того, ця категорія включає догляд за хронічними захворюваннями, такими як астма та діабет.</li> </ol> <p>Фінансова участь громадян визначається рівнями покриття: бронзовим, срібним, золотим і платиновим. Чотири рівні різняться залежно від їх вартості й середнього відсотку витрат, які будуть відшкодовані відповідно до плану. У середньому актуарні значення для чотирьох рівнів охоплення відповідають чотирьом рівням: 60%, 70%, 80% і 90%.</p>
<p>Польща (станом на 2005 рік) [13]</p>	<p>Категорії послуг, які входили в гарантований пакет обслуговування та підлягали закупівлі Національним фондом охорони здоров'я:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>первинна допомога</b> (базова медична й діагностична допомога, здоров'я матері та дитини, шкільна медична допомога, профілактика інфекційних захворювань), що включає послуги лікарів загальної практики, педіатрів і терапевтів, а також медсестер загальної практики та акушерок;</li> <li>2) <b>амбулаторна допомога</b> (хірургічна), що включає близько 50 видів інвазивних процедур, які можуть виконуватись амбулаторно;</li> <li>3) <b>амбулаторна допомога (консультативна та діагностична)</b> – консультації спеціалістів амбулаторної ланки разом із низкою діагностичних обстежень, які мають бути забезпечені за кошти закладу;</li> <li>4) <b>амбулаторна допомога (діагностична)</b>, що включає 22 діагностичні процедури медичної візуалізації;</li> <li>5) <b>госпітальна допомога (загальна)</b>, яка включає близько 1 400 різних випадків стаціонарної допомоги, як хірургічну (інвазивну), так і терапевтичну (консервативну) допомогу;</li> </ol>

	<p>6) <b>госпітальна допомога (радіологія, ядерна медицина)</b>, що включає медичну радіологію незалежно від того, чи передбачає вона госпіталізацію пацієнтів;</p> <p>7) <b>госпітальна допомога (онкологічна)</b>, яка включає хіміотерапію злоякісних новоутворень незалежно від того, чи передбачає вона госпіталізацію пацієнтів;</p> <p>8) <b>госпітальна допомога (неонкологічна)</b>, що передбачає хіміотерапію для неонкологічних випадків (наприклад, лікування гепатиту В) незалежно від того, чи передбачає вона госпіталізацію пацієнтів;</p> <p>9) <b>стоматологія (дитяча)</b>, що включає близько 40 стоматологічних процедур для дітей (до 18 років);</p> <p>10) <b>стоматологія (загальна)</b>, що включає близько 70 процедур для будь-яких категорій;</p> <p>11) <b>стоматологія (для вагітних)</b> – безкоштовна стоматологічна допомога для вагітних жінок;</p> <p>12) <b>спа (курортна допомога)</b> – реабілітаційна й лікувальна допомога, доступна в спа (категорія закладів) як стаціонарно, так і амбулаторно;</p> <p>13) <b>швидка невідкладна допомога</b> – рятувальна та екстрена допомога з транспортування (земля й повітря);</p> <p>14) <b>окремі медичні послуги</b> – пакет, що включає близько 20 послуг, які не включені в інші групи, надаються переважно в денному стаціонарі (гемодіаліз, киснева терапія тощо);</p> <p>15) <b>психіатрична допомога й лікування хімічної залежності</b> – допомога, яка надається психіатрами в усіх видах закладів;</p> <p>16) <b>реабілітація</b> – реабілітаційна допомога, яка надається лікарями та фізіотерапевтами в усіх видах закладів;</p> <p>17) <b>довготривала допомога</b> – тривала сестринська допомога, а також паліативна й хоспісна допомога, що надається в усіх видах закладів;</p> <p>18) <b>пропаганда здорового способу життя та профілактика</b> – програми профілактики й раннього виявлення неінфекційних хвороб.</p>
Мексика (станом на 2006 рік) [14]	<p>Перший варіант гарантованого пакету послуг був визначений у 2002 році та складався із 78 заходів у галузі охорони здоров'я. Ці заходи включали переважно профілактичні заходи, а також виявлення й лікування дегенеративних (неінфекційних) захворювань. У 2004 році кількість заходів збільшилась до 91, а до 2005 року зросла до 155. У 2006–2007 роках кількість покритих послуг значно зросла – до 255 заходів, що охоплювали більшість причин візитів до закладів первинної медичної допомоги та майже 95% усіх причин госпіталізацій. Станом на 2009 рік налічувалось 266 заходів, які були визначені в Універсальному каталозі послуг охорони здоров'я.</p> <p>Пакет медичної допомоги можна умовно розділити на шість різних категорій послуг:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 24 заходи <b>громадської охорони здоров'я</b>, націлені на виявлення й профілактику захворювань, таких як діабет, гіпертонія та туберкульоз;</li> <li>– 104 заходи в межах <b>сімейної медицини та спеціалізованої медичної допомоги</b>;</li> <li>– 25 заходів із <b>невідкладної медичної допомоги</b>;</li> <li>– 69 втручань <b>загальної хірургії</b>;</li> <li>– 45 втручань у <b>госпітальній допомозі</b>;</li> <li>– 8 заходів <b>стоматологічної допомоги (одонтології)</b>.</li> </ul>
Нідерланди (станом на 2014 рік) [15]	<p>Медична допомога включає такі напрями:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– медичну допомогу, що надається лікарями загальної практики, медичними фахівцями та акушерками;</li> <li>– перебування в стаціонарі;</li> <li>– фармацевтичні препарати (за умови, що вони є в списку основних лікарських засобів);</li> <li>– консультації фахівця з психологічної допомоги, у тому числі догляд у психіатра;</li> <li>– медичні пристрої;</li> <li>– фізичну терапію (у віці до 18 років або з 21-го сеансу для деяких хронічних захворювань);</li> <li>– фізичну терапію за нетримання сечі (до 9 сеансів);</li> <li>– логопедію та трудотерапію (професійна й соціальна адаптація);</li> <li>– стоматологічну допомогу дітям у віці до 18 років;</li> <li>– транспортування хворих;</li> <li>– материнську допомогу;</li> <li>– дієтичні рекомендації (максимум 3 години);</li> <li>– допомогу дітям із дислексією (лише у важких випадках);</li> <li>– консультування щодо припинення паління.</li> </ul>

<sup>1</sup> Інформація з офіційного сайту [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

казників діяльності таких служб і підрозділів як основи для контракування закладів, що надають спеціалізовану медичну допомогу, дасть змогу істотно змістити фокус із бюджетного утримання закладів на їх контракування для надання певного обсягу медичної допомоги.

**Контракування через централізованого закупівельника.** У затверженому плані пріоритетних дій Уряду на 2016 рік [21] визнається нагальна потреба в зміні застарілої моделі фінансування охорони здоров'я, яка передбачає спрямування бюджетних коштів на утримання медичної інфраструктури. Натомість очікується, що найближчим часом буде затверджено

Концепцію реформи фінансування охорони здоров'я, у якій обґрунтовується необхідність і передбачається створення Національної агенції фінансування охорони здоров'я. Така агенція покликана виконувати роль закупівельника медичних послуг у межах визначеного гарантованого пакету та укладати контракти безпосередньо із закладами, які надають медичну допомогу. Урядом заплановано розпочати роботу над розробленням механізму оплати закладам охорони здоров'я фактично наданих послуг.

Введення в дію Національної агенції фінансування охорони здоров'я, яка виконуватиме роль закупівельника, означає, що така агенція

Таблиця 3

## Системи оплати діяльності лікарень, їх переваги й недоліки

Вимір Система	Основа		Можливості для контролю витратів	Технічна ефективність	Якість	Простота адміністрування	Прозорість
	Кількість випадків	Кількість послуг					
Оплата за послугу	+	+	-	0	0	-	0
Оплата на основі ДСГ	+	-	0	+	0	-	+
Глобальний бюджет	-	-	+	0	0	+	-

Примітка: значення позначок подано таким чином: «+» – зростання, «-» – зниження, «0» – нейтрально або не досліджено

Таблиця 4

## Визначення цін ДСГ в країнах, де ДСГ є основним механізмом формування оплати за невідкладну стаціонарну допомогу [10]

Показник	Рівень погодження	Державні лікарні	Приватні лікарні
Відносна вага/складність випадку	Ваги (коефіцієнти складності/інтенсивності допомоги) визначаються на центральному рівні	Чеська Республіка	Чеська Республіка
		Німеччина	Німеччина
		Греція	Греція
		Угорщина	Угорщина
		Польща	Італія
Базова ставка	Визначаються центральним органом без обговорення	Австралія	Австрія
		Австрія	Бельгія
		Бельгія	Чеська Республіка
		Чеська Республіка	Данія
	Обговорюються на центральному рівні	Велика Британія	Нідерланди
		Франція	Франція
		Угорщина	Японія
	Обговорюються на центральному/регіональному рівні	Японія	
		Фінляндія	Швейцарія
		Німеччина	
		Швейцарія	
	Обговорюються на рівні лікарні	Польща	Австралія
		Нідерланди	
		Польща	

має бути здатна оцінити потребу та порахувати свої бюджетні можливості щодо контрагування закладів, систематично оцінювати потенціал надавачів послуг та здійснювати стратегічний відбір постачальників медичних послуг, вести облік і контроль виконання контрактів, оцінювати доступність і якість надання послуг та аналізувати технічну й економічну ефективність медичного обслуговування, наданого за контрактами. Цей перелік є досить широким та вимагає повноцінної підготовки до виконання наведених функцій. Найбільш реалістичним сценарієм є поступове впровадження таких функцій та етапність запровадження нових підходів до фінансування спеціалізованої медичної допомоги на основі кількості й складності пролікованих випадків у закладах охорони здоров'я.

**Контрагування та глобальний бюджет.** Варто зауважити, що застосування методу глобального бюджету для оплати послуг лікарень досі досить популярне в Європі. Під час застосування глобальних бюджетів запроваджується фіксована оплата певного виду діяльності, що вимірюється, як правило, кількістю пролікованих випадків або кількістю ліжко-днів. На забезпечення визначених обсягів робіт укладається узгоджений між платником (платниками) та лікарнями контракт, як правило, на наступний рік (а отже, планування й бюджетування насправді відбуваються «перспективно») [16].

Перехід на глобальний бюджет в Україні може бути першим важливим кроком у відході від утримання закладів та прямуванні до контрагування за обсяги роботи. Спроби запровадити фінансування за принципом глобального бюджету здійснювались в Україні, проте здебільшого це відображалось у переході від звичайного кошторисного фінансування до фінансування за двома кодами (поточні й капітальні видатки). Найбільшими перешкодами в переході до такого виду бюджетування є незахищеність видатків, хоча бюджетним законодавством чітко визначено перелік «захищених» видатків. Водночас навіть «захищеність» видатків не обов'язково гарантує повноцінне фінансування потреб закладу.

Набагато ефективнішим, ніж застосування глобального бюджету як методу оплати, є встановлення контрактних відносин між замовни-

ком-платником і надавачем послуг, адже такі відносини зобов'язують не лише заклад надавати послуги в межах контрактних зобов'язань, а й платника брати на себе фінансові зобов'язання, неповне виконання яких має приводити до перегляду умов виконання контракту. У такому випадку кошти витрачаються набагато прозоріше, можна оцінити ефективність використання ресурсів під час фінансування різних закладів, а громадяни можуть отримати інформацію про те, які саме послуги оплачуються для них із державного бюджету. Упровадження таких умов фінансування спеціалізованих закладів охорони здоров'я потребує вирішення питання вимірювання об'єму послуг та визначення замовника – фінансуючої організації, яка бере на себе фінансове зобов'язання укласти контракти з надавачами, надати їм відповідне погоджене ресурсне забезпечення та проконтролювати виконання контрактів.

**Контрагування та ДСГ.** Більш вимогливим із позиції підготовки до впровадження й адміністрування системи фінансування закладів охорони здоров'я є запровадження фінансування на основі ДСГ. Запровадження цього методу потребуватиме опрацювання методики групування випадків. Сьогодні вже визначено заклади охорони здоров'я, які будуть пілотувати групування випадків із використанням австралійської методики, визначеної експертами як найбільш прийнятної для впровадження в Україні<sup>5</sup>. Проте впровадження фінансування на основі ДСГ потребуватиме часу. У країнах, які досить стабільно й системно впроваджували оплату на основі ДСГ, проходило 5 і більше років до повноцінного використання ДСГ як основи оплати лікарняної допомоги (не всі випадки фінансуватимуться за принципом ДСГ із самого початку) та укладання відповідних контрактів [16].

Розрахунок вартості для оплати за ДСГ здійснюється на основі трьох показників: базової ставки, відносної ваги/складності випадку та уточнюючих коефіцієнтів [17]. При цьому *базова ставка* – це середній платіж за одиницю наданих послуг або зареєстровану людину. *Відносна вага/складність випадку* – коефіцієнт, що відображає вартість лікування випадку щодо вартості лікування середнього випадку; *відносна вага* відображає інтенсивність використання ресурсів для діагностики й лікування групи випадків. *Уточнюючий коефіцієнт* – це коефіцієнт, що застосовується для уточнення оплати з урахуванням особливостей надання послуг конкретним

<sup>5</sup> Перелік пілотних закладів визначено в Наказі Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження пілотних закладів охорони здоров'я для впровадження системи діагностично-споріднених груп» від 17 березня 2015 року № 150.



пацієнтам або інших відмінностей у наданні послуг.

Базова ставка має відображати середню вартість послуги в закладах, які працюють ефективно. Наявні дані про собівартість послуг у системі охорони здоров'я можуть бути відправною точкою для визначення базової ставки, оскільки наявна собівартість відображає неефективність роботи системи. Наприклад, постійне недофінансування системи буде відображене в заниженій собівартості послуг, а надмірна госпіталізація буде штучно підвищувати собівартість. Загалом використання наявної собівартості для визначення базової ставки має такі недоліки: а) закріплення існуючих паттернів витрат у закладах, навіть якщо вони економічно неефективні; б) неможливість контролю видатків у системі; в) потреба в постійному оновленні даних щодо собівартості.

Відносна вага/складність випадку визначається для групи випадків, які мають подібні клінічні характеристики та потребують приблизно однакового об'єму ресурсів для діагностування й лікування. Визначення показників відносної ваги відбувається на основі даних країни, а також із застосуванням міжнародного досвіду.

*Уточнюючі коефіцієнти* не є обов'язковим складником оплати за ДСГ, вони застосовуються для забезпечення пацієнтів із більшими медичними потребами доступом до послуг.

Питання оплати на основі ДСГ вимагає інтенсивної роботи щодо оцінки базової ставки та узгодження коефіцієнтів складності випадку, які фактично визначають обсяги надходжень за контрактами. У табл. 4 проілюстровано, як відбувається обговорення та визначення цих важливих параметрів у деяких країнах Організації економічного співробітництва і розвитку.

**Визначення вартості послуг та аналіз витрат** (costaccounting) є важливим компонентом для переходу від кошторисного фінансування до оплати за послуги. Система охорони здоров'я, що фінансується згідно з кошторисами надавачів послуг, зазвичай не враховує інформацію щодо витрат і їх співвідношення з досягнутими результатами. Водночас стратегічні закупівлі послуг базуються на інформації щодо вартості надання послуг [18]. Попри те, що в Україні вартість надання послуг найчастіше асоціюється із собівартістю, згідно з міжнародним досвідом встановлена державою вартість послуг залежить від таких основних факторів:

- а) пріоритетів політики в охороні здоров'я;
- б) наявних ресурсів;
- в) собівартості надання послуг;
- г) переговорів із надавачами послуг.

Наведені фактори демонструють, що метою встановлення вартості послуг є не просто покриття видатків, а й створення економічних стимулів у системі та реалістичність оплати послуг з огляду на обмеженість ресурсів. З перелічених чотирьох факторів детального дослідження потребує собівартість надання послуг, що визначається за допомогою методу аналізу витрат.

В Україні аналіз витрат використовується несистемно, найчастіше з ініціативи закладів охорони здоров'я або місцевих адміністрацій. На нашу думку, встановленню вартості послуг в Україні передуватиме період ґрунтовного аналізу витрат закладів у прив'язці до продуктів/результатів їх роботи. Результати такого аналізу відобразатимуть усі дисбаланси в системі: недофінансування, надмірну госпіталізацію, перевантаженість лікарів паперовою роботою тощо. Паралельно має відбуватись поступове підвищення економічної ефективності роботи системи, що також буде відображено в результатах аналізу.

У 2015 році Міністерством охорони здоров'я України на громадське обговорення запропоновано проект методики розрахунку вартості надання медичних послуг, який, проте, так і не було затверджено. Ця методика базується на нормативно-витратному підході, тобто визначенні вартості надання послуг з урахуванням фактично виконаних обстежень і лікувальних процедур (згідно з медичними стандартами та станом пацієнта).

Недоліком застосування такого підходу до визначення вартості послуги є неврахування фіскальних можливостей країни/території, адже в розрахунку вартості застосовується висхідний підхід, тобто для визначення норми оплати послуги враховуються всі прямі витрати на її надання, оплата на капітальні видатки, а також непередбачені витрати. Такий підхід також не сприяє оптимізації витрат і не запроваджує єдиний підхід до визначення вартості для всієї країни.

Під час визначення вартості послуг в Україні для їх подальшої оплати закупівельною агенцією варто враховувати такі обставини:

- а) вартість медичної послуги має визначатись за єдиним підходом для всієї країни; уточнюючі коефіцієнти можуть застосовуватись

для окремих надавачів послуг, проте необхідно уникнути підходу, за якого кожний заклад самостійно визначатиме вартість послуг;

б) під час фінансування системи охорони здоров'я необхідно уникнути актуарного підходу, коли бюджет охорони здоров'я визначається за принципом «покрити всі видатки»; фіскальні обмеження є серйозним обмеженням для визначення вартості послуг;

в) підхід до аналізу витрат має бути обраний на рівні країни та відображати потреби системи охорони здоров'я в запровадженні нового механізму оплати послуг; аналіз витрат має здійснюватись ретроспективно із застосуванням низхідного підходу (top-down approach); для проведення такого аналізу мають бути відібрані заклади з високою економічною ефективністю.

Варто зауважити, що досить часто облік витрат у закладах охорони здоров'я, які надають спеціалізовану допомогу, не є обов'язковою процедурою, а проводиться лише у вибраних закладах, причому за погодженням із фінансуючою установою (див. табл. 5) [19]. Тому для України не є обов'язковою умовою введення регламентованої процедури обліку витрат у всіх закладах, а вибір закладів, які надавали б дані

щодо їх витрат, міг би здійснюватись на основі погоджених критеріїв та умов участі закладів у такому процесі (наприклад, за додаткове фінансове забезпечення такої діяльності). Натомість ведення обліку затрат у всіх закладах охорони здоров'я може стати надзвичайно витратною процедурою та не гарантуватиме якість даних, що збиратимуться.

Таким чином, у кожній країні вирішується питання обліку витрат з огляду на можливості інформаційної системи, традиції обліку та специфічні потреби. Досить часто країни не зобов'язують лікарні робити аналіз витрат, а запрошують їх до участі на добровільних умовах. Також застосування певного підходу до обліку не обов'язково жорстко нормується. Визначення собівартості також не є остаточним фактором, який визначатиме вартість послуг лікарні, адже після цього можуть застосовуватись інші фактори, наприклад переговори з постачальниками або інші види регулювань.

**Забезпечення якості та моніторинг.** Упровадження контрактування та оплати лікарень за пролікований випадок приведе до дедалі більшої актуальності й регламентації процесу забезпечення якості обслуговування та моніто-

Таблиця 5

**Обов'язковість ведення обліку витрат і наявність національної методики їх обрахунку в 12 країнах Європи**

Країна	Обов'язковість обліку витрат	Наявність національної методики обліку витрат	Специфіка (кількість залучених закладів та підхід до розподілу витрат)
Австрія	Ні	Ні	Близько 8% лікарень беруть участь в обліку витрат, метод оціночного розподілу
Англія	Так	Так	Усі лікарні, низхідний підхід (top-down)
Естонія	Ні	Ні	Усі заклади, які контрактуються страховою агенцією, низхідний підхід (top-down)
Фінляндія	Ні	Ні	5 спеціалізованих лікарень (надають 30% усього обсягу послуг), розподіл знизу вгору (bottom-up)
Франція	Ні	Так	99 лікарень (обслуговують близько 13% госпіталізацій), покроковий низхідний розподіл (top-down)
Німеччина	Ні	Так	225 лікарень (обслуговують близько 13% госпіталізацій), переважно покроковий низхідний розподіл (top-down)
Ірландія	Ні	Так	-
Польща	Ні	Ні	-
Португалія	Так	Так	-
Нідерланди	Так	Так	Аналіз використання ресурсів проводять усі лікарні, звітування щодо вартості окремих елементів послуг надають 15–25 лікарень загального профілю (близько 24% усіх лікарень), розподіл знизу вгору (bottom-up)
Іспанія/Каталонія	Ні	Ні	-
Швеція	Ні	Так	Лікарні, у яких встановлена система обліку витрат (обслуговують близько 62% госпіталізацій), розподіл знизу вгору (bottom-up)

рингу надання послуг. Так, на сьогодні в Україні надання медичної допомоги регламентується більше ніж 3,5 тис. стандартів надання медичної допомоги та 211 протоколами, більшість із яких (86%) регламентують надання спеціалізованої медичної допомоги<sup>6</sup>.

Водночас упровадження нових механізмів оплати за медичну допомогу, яка надаватиметься закладами вторинного рівня, вимагатиме адаптації та вдосконалення системи інформаційного забезпечення системи охорони здоров'я, а також упровадження більш комплексної системи забезпечення контролю за достовірністю даних і якістю надання медичної допомоги. Так, достовірність даних буде залежати від діючої системи обміну даних, можливостей верифікації даних і наявності ресурсів для їх обробки.

Зміна системи фінансування лікарняних послуг сама по собі не приводить до підвищення якості обслуговування пацієнтів [16; 20]. Однак більша прозорість системи, її вимірюваність та контрактні відносини з постачальниками змусять вживати більш ефективні заходи щодо забезпечення контролю якості надання медичної допомоги. Система забезпечення якості послуг потребуватиме додаткових зусиль і ресурсів.

**Висновки і пропозиції.** Питання запровадження нових підходів до фінансування спеціалізованої медичної допомоги на основі кількості й складності пролікованих випадків у закладах охорони здоров'я є надзвичайно актуальним та вперше визнається пріоритетним напрямом діяльності уряду України.

Застосування нових підходів на практиці вимагатиме контрактування закладів охорони здоров'я, регламентування застосування методик обліку витрат, формування гарантованого державою пакету медичних послуг, вироблення системи забезпечення якості послуг, а також вирішення питання визначення вартості окремих послуг для їх оплати за рахунок державного й місцевого фінансування.

Необхідно передбачити етапність запровадження нових механізмів оплати, оскільки умовою ефективного фінансування є запровадження контрактування закладів, які надають спеціалізовану допомогу. Таке контрактування найбільш доцільно запроваджувати з використанням механізму глобального бюджетування,

оскільки це дасть змогу відійти від сучасного утримання закладів та переорієнтуватись на результативність медичної допомоги.

Поступовим і тривалим процесом буде перехід до контрактування й оплати роботи закладів на основі ДСГ, який потребуватиме розрахунків собівартості послуг та впровадження комплексної системи кодування лікарняних випадків.

Загальноприйнятим підходом до обліку витрат закладів охорони здоров'я є визначення певної когорти закладів, інформація щодо витрат яких слугує основою для встановлення базових ставок для оплати на основі ДСГ. Однак ключовим елементом ДСГ є визначення коефіцієнтів складності пролікованих випадків, що є можливим лише за умови повноцінного впровадження системи.

Застосування глобального бюджету або оплати на основі ДСГ потребуватиме впровадження механізмів контрактування закладів, що може здійснюватись централізованою агенцією, як заплановано в програмі дій уряду. Водночас варто відразу визначити й формувати потенціал такої агенції, адже її завданням буде проведення систематичної оцінки потенціалу надавачів послуг, здійснення стратегічного відбору постачальників медичних послуг, ведення інформаційної системи, у тому числі для обліку й контролю виконання контрактів, оцінювання доступності та якості надання послуг, аналіз технічної й економічної ефективності медичного обслуговування, забезпеченого в межах укладених контрактів.

#### Список використаної літератури:

1. Лехан В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. Лехан, Г. Слабкий, М. Шевченко // Главный врач. – 2010. – № 1. – С. 20–36.
2. Лободіна З. Реформування системи оплати медичних послуг закладів охорони здоров'я дітей: перспективи запровадження глобального бюджету / З. Лободіна // Світ фінансів. – 2007. – № 4(13). – С. 151–162.
3. Москаленко В. Концептуальні підходи до створення оптимальної моделі системи охорони здоров'я / В. Москаленко // Науковий вісник національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2008. – № 2–3. – С. 10–20.
4. Опарін В. Фінансова система України (теоретико-методологічні аспекти) : [монографія] / В. Опарін. – К. : Київський нац. екон. ун-т ім. В. Гетьмана, 2005. – 240 с.
5. Автономізація, закупівля медичних послуг та глобальний бюджет у лікарнях : [посібник] /

<sup>6</sup> Інформація щодо сучасного стану стандартизації медичної допомоги з Реєстру медико-технологічних документів (<http://www.dec.gov.ua/mtd/index.html>).

- за заг. ред. А. Малагардіса, В. Рудого. – К., 2006. – 64 с.
6. Солдатенко О. Глобальний бюджет як метод фінансування видатків на охорону здоров'я / О. Солдатенко // *Юридична Україна*. – 2010. – № 9. – С. 50–54.
  7. Федосов В. Сутність і проблематика бюджетування: українські реалії / В. Федосов, Т. Бабиш // *Фінанси України*. – 2008. – № 1. – С. 3–23.
  8. Шевченко М. Пропозиції щодо удосконалення системи фінансування охорони здоров'я України / М. Шевченко, В. Лехан, Г. Слабкий // *Україна. Здоров'я нації*. – 2011. – № 2. – С. 126–132. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn\\_2011\\_2\\_22](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2011_2_22).
  9. World Health Organization. Health expenditure per capita, by World Bank Income group, 1995–2013. Global Health Observatory data repository. – Geneva : World Health Organization, 2015. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.484?lang=en>.
  10. Health Systems Characteristics Survey, OECD, 2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.oecd.org/health/HSCsurvey2012>.
  11. Escobar M.-L. Impact of health insurance in low- and middle-income countries / M.-L. Escobar, C. Griffin, R. Shaw // Washington : Brookings Institution Press, 2010. – 245 p.
  12. Glassman A. Defining a Health Benefits Package: What Are the Necessary Processes? / A. Glassman, U. Giedion, Yu. Sakuma, P. Smith // *Health Systems & Reform*. – 2016. – Vol. 2. – Issue 1. – P. 31–50.
  13. Kozierkevich A. Benefit package and cost of services – Health Bascet. Report 1: Poland / A. Kozierkevich et al. – Krakow ; Warshava, 2005. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.ehma.org/files/Benefit\\_Report\\_Poland.pdf](http://www.ehma.org/files/Benefit_Report_Poland.pdf).
  14. Popular S. Joint Learning Network for Universal Health Coverage / S. Popular [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://programs.jointlearningnetwork.org/content/seguro-popular>.
  15. Kroneman M. The basic benefit package: Composition and exceptions to the rules. A case study / M. Kroneman, J. de Jong // *Health Policy*. – 2015. – № 119. – P. 245–251. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.healthpolicyjournal.com/article/S0168-8510\(15\)00029-9/pdf](http://www.healthpolicyjournal.com/article/S0168-8510(15)00029-9/pdf).
  16. Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals / ed. by R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, M. Wiley // World Health Organization, 2011 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/162265/e96538.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf).
  17. Özaltın A. Costing of health services for provider payment. A practical manual based on country costing challenges, trade-offs, and solutions / A. Özaltın, Ch. Cashin // Joint Learning Network [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/Costing\\_of\\_Health\\_Services\\_Proof3.pdf](http://www.jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/Costing_of_Health_Services_Proof3.pdf).
  18. Langenbrunner J. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems – How-To Manuals / J. Langenbrunner, Ch. Cashin, Sh. O'Dougherty // The International Bank for Reconstruction and Development. – Washington : The World Bank, 2009. – 321 p.
  19. Tan S. DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among 12 countries. / S. Tan, A. Geissler, L. Serdén, M. Heurgren, B. Martin van Ineveld, W. Ken Redekop, L. Hakkaart van Roijen // *The European Journal of Public Health*. – 2014. – № 24(6). – P. 1023–1028.
  20. Goldfield N. The evolution of diagnosis-related groups (DRGs): from its beginnings in case-mix and resource-use theory, to its simple implementation for payment and now for its current utilization for quality within and outside the hospital / N. Goldfield // *Quality Management in Health Care*. – 2010. – № 19(1). – P. 1–16.
  21. Про затвердження плану пріоритетних дій Уряду на 2016 рік : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 травня 2016 року № 418-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249104044>.



**Дорошенко Е. А., Горошко А. В., Шевченко М. В. Введение финансирования на основе количества и сложности пролеченных случаев в учреждениях здравоохранения Украины, предоставляющих вторичную (специализированную) медицинскую помощь**

*В статье исследуется вопрос основных этапов и последовательности внедрения новых подходов финансирования вторичной (специализированной) медицинской помощи на основе объемов и сложности пролеченных случаев в учреждениях здравоохранения. Также показано применение отдельных инструментов и методик учета результативности деятельности больниц и определения стоимости услуг для возмещения расходов, связанных с оказанием медицинской помощи. В частности, рассматриваются вопросы контрактирования учреждений здравоохранения, регламентирования применения методик учета затрат, формирования гарантированного пакета медицинских услуг, а также вопросы определения стоимости отдельных услуг для их оплаты за счет государственного финансирования.*

**Ключевые слова:** государственное управление, механизмы финансово-экономического обеспечения медицинского обслуживания населения, учет затрат, клинико-затратные группы, стоимость медицинской помощи, ценообразование в сфере здравоохранения.

**Doroshenko O. O., Goroshko A. V., Shevchenko M. V. The introduction of financing based on the number and complexity of cases treated in the Ukrainian health care institutions that provide secondary (specialized) care**

*This paper examines the issue of sequencing and staged implementation of the new approaches to financing specialized (secondary) medical care based on the volume and complexity of cases treated in health care facilities. It also explores the use of certain tools and techniques of cost accounting in hospitals as a basis for budgeting and reimbursement of costs related to the provision of medical care. In particular, it looks at the issue of contracting health care facilities, regulation of the use of cost accounting, design of a guaranteed package of health services, as well as the determination of the price of hospital services for implementation of provider payment from the state funding.*

**Key words:** governance, financial and economic mechanisms of regulation of health care provision, cost accounting, cost of care, DRG, pricing in health care.