

Василь МАРТИНЮК
Богдан КОРЕЦЬКИЙ

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЦІНОУТВОРЕННЯ НА МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Обґрунтовано теоретичні основи організації ціноутворення на медичні послуги в Україні, показано переваги та недоліки рекомендованого МОЗ України витратного підходу до формування цін в системі охорони здоров'я, запропоновано моделі формування цін на різні медичні послуги.

Реальність сучасного етапу розвитку економіки України така, що некомерційна суть системи охорони здоров'я (СОЗ) повинна реалізуватися в ринковому просторі. Тому, працюючи на забезпечення функціональної життєздатності суспільного організму, СОЗ мають визначитися, як збалансовано будувати відносини з суспільством й окремою особою в умовах ринку. Отже, треба знайти такі форми, які поєднували б воєдино професійні і соціально-економічні інтереси виробників медичних послуг з інтересами суспільства й особи, дотримуючись законів товарного виробництва. Тобто, необхідний баланс некомерційних інтересів цієї сфери діяльності з ринковою системою організації суспільного виробництва.

Важливість проблеми організації оптимального ціноутворення на медичні послуги для подальшого розвитку СОЗ в країнах з перехідною економікою науковці та практики усвідомили вже давно. Так, цим питанням присвятили свої дослідження Л. Габуєва, О. Голяченко, Ф. Кадиров, В. Корнацький, Б. Криштопа, В. Кучеренко, В. Лехан, Т. Массаро, Н. Шамшуріна, О. Шевченко, В. Шипова та ін. Разом з

тим, позиції окремих авторів неоднозначно трактують існуючі методичні підходи до проблеми ціноутворення на медичні послуги і як результат – офіційні методики ціноутворення для різних типів лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) базуються на суперечливих засадах.

Метою даного дослідження є розгляд існуючих підходів до проблеми ціноутворення на медичні послуги та побудова теоретично обґрунтованої методики, яка реально забезпечувала б нормальне фінансування ЛПУ в умовах їх переходу до роботи на засади медичного страхування.

Ринок, з одного боку, розкріпачує ініціативу виробника медичних послуг, даючи йому право самостійного вибору можливих варіантів господарських рішень, а з іншого – висуває жорстокі вимоги з приводу організації діяльності, які дозволять зберегти своє місце на ринку і забезпечать взаємовигідні умови партнерських відносин в системі конкурентної ринкової рівноваги. Іншими словами, свобода поведінки цих суб'єктів суспільного виробництва регламентується жорсткими рамками економічних можливостей. Універсальний метод вирішення

цієї дилеми в умовах ринку – це фінансові відносини, які найбільш рельєфно проявляються в організації ціноутворення.

Методологічною точкою відліку виявлення повної або часткової можливості чи неможливості переходу охорони здоров'я на ринкові засади є: обґрунтування вартості медичної послуги, змісту собівартості та її ціни, механізму ціноутворення. Важливо також встановити, за яких умов ці категорії товарного виробництва можуть працювати на цільову установку медичної діяльності – забезпечення здоров'я суспільства й окремої особи.

Дослідження в галузі ціноутворення в охороні здоров'я України дозволяють уза-

гальнити найтипівіші проблеми в цій сфері, оцінити їх актуальність. Умовно їх можна розділити на групи: соціально-психологічні, комунікаційні, методичні і кадрові (табл. 1). З таблиці видно, що сьогодні на перший план виходить проблема підготовки медичних та економічних кадрів, які відповідали б ринковим вимогам.

Разом з тим вирішення проблем організації ціноутворення в системі охорони здоров'я не може проходити незалежно від напрацювань економічної теорії, її фундаментальних положень. Це обумовлено тим, що економічні відносини в охороні здоров'я є органічною частиною цілісної системи ви-

Таблиця 1

Найтипівіші проблеми ціноутворення в системі охорони здоров'я України

п/п	Найменування	Актуальність, %			
		1990 р.	1997 р.	2004 р.	2009 р.*
Соціально-психологічні проблеми					
1	Негативне ставлення більшості населення до оплати медичних послуг	70,4	56,3	34,2	26,2
2	Заперечення фахівцями можливості стандартизації лікувального процесу	94,7	29,7	8,6	7,2
3	Суб'єктивність оцінки собівартості, вартості і ціни медичної послуги	78,5	94,7	68,3	66,3
Комунікаційні проблеми					
1	Відмінність показників в оцінці об'єму діяльності в ЛПУ	73,5	65,8	59,2	54,6
2	Відсутність достовірної інформації про витрати, яких вимагає медична послуга	43,9	39,2	8,4	7,9
3	Недостатній ступінь бухгалтерської деталізації накладних витрат	89,3	86,5	12,3	15,4
4	Відсутність комунікативних зв'язків в статистичній звітності між службами ЛПУ	56,7	16,0	14,9	12,1
5	Відсутність реальних планів і мотивації розвитку платних послуг	94,3	54,2	32,6	33,9
Методологічні проблеми					
1	Відсутність єдиного економічного поняття терміну медичних послуг і їх класифікація	35,2	7,8	5,2	4,8
2	Труднощі вартісної оцінки праці медичних працівників	100,0	87,2	20,7	19,8
3	Відсутність альтернативних (узаконених) методик формування вартості і розрахунку цін на медичні послуги	87,0	82,0	69,2	67,8
4	Різноманітність схем повного технологічного циклу медичної допомоги	82,5	67,3	67,0	65,6
5	Відсутність розвинених ринкових відносин в галузі	100,0	88,6	80,2	81,7
Кадрові проблеми					
1	Відсутність менеджерів, маркетологів, економістів ринкової підготовки	100,0	95,4	92,3	94,6
2	Відсутність спеціальної підготовки з ринкової економіки для керівників ЛПУ	100,0	96,3	65,4	67,1
3	Відсутність необхідних знань у медпрацівників щодо питань ціноутворення на медичні послуги	100,0	89,3	78,4	76,9

* Складено за даними власних обстежень ЛПУ Тернопільської області.

робничо-економічних відносин, тобто методом дослідження економічної теорії.

У загальнотеоретичному плані ціноутворення на медичні послуги може базуватися на таких основних теоріях: очікуваної корисності; попиту і пропозиції; трудової вартості; витрат виробництва; граничної корисності та ін. [2, 3, 4,]. Розглянемо можливості застосування названих теорій для обґрунтування цін на медичний товар з урахуванням особливостей медичної послуги.

Основні принципи *теорії очікуваної корисності*, яка є передумовою неокласичної теорії попиту і пропозиції, базуються на свідомості економічного суб'єкта, який стоїть перед вільним вибором послуги. Теорія очікуваної корисності допускає для кожного окремого споживача медичної послуги власну позицію і здатність оцінити корисність кінцевого результату лікувальної діяльності. Але оскільки виконання медичної послуги побудоване на довірі до виробника послуги (одна з її особливостей), найчастіше пацієнт перекладає рішення цього питання на будь-якого лікаря, навіть за наявності свободи вибору лікувальної установи і фахівця. Неможливість вибору такого рішення пацієнтом показує, що вищезазвана теорія для ціноутворення в медицині не може бути використана в первинному своєму розумінні.

Аналізуючи проблеми ціноутворення слід зазначити, що ще в XVII столітті економістами була сформована *теорія попиту і пропозиції*, згідно з якою ціна товару прямо пропорційна попиту і зворотно пропорційна його кількості. Тобто в класичному розумінні ціна товару прямо пропорційна кількості покупців або зворотно пропорційна кількості продавців. Проте, оскільки медична послуга персоніфікована й інтелектуально залежна від виконавця послуги, можна говорити про наявність медичної своєрідності в цій теорії. Суть її в тому, що, чим біль-

ше медичних фахівців, тим більше вони можуть надавати послуг.

Відповідно до логіки теорії попиту і пропозиції, чим вище захворюваність, тим вищою мала б бути ціна медичної послуги. Тому підвищення цін мало би спостерігатися при епідеміях, коли попит на медичні послуги значно випереджає пропозицію. Крім того, медики мали б схвалювати появу і зростання захворюваності, оскільки це дозволяє стабільно збільшувати кількість пацієнтів.

Така поведінка виробників медичних послуг перекреслює гуманну суть медицини, професійне призначення лікарів, а тому є несумісна з існуючою місією системи охорони здоров'я. Однак і суспільство не повинно підштовхувати медиків до такої поведінки. Тому, з метою забезпечення себе і свого лікаря від диктату закону попиту і пропозиції, небезпечного для соціуму за своїми медико-соціальними наслідками, суспільство опиняється перед необхідністю: по-перше, виведення медичної діяльності з орбіти ринкової залежності; по-друге, створення для медиків нормальних професійних умов виробництва і відтворення медичної діяльності, а також відповідного життєвого облаштування медичних працівників.

Лікар у всіх суспільно-економічних системах – фігура соціальна, позаринкова. Лікарям треба платити насамперед за те, що люди не хворіють, тобто за профілактику. А відтак уже – за лікування. Це вимагає відповідної кваліфікації і суспільного визнання витрат лікарських зусиль, що на вагах закону попиту і пропозиції не зміряєш і не вивіриш.

Отже, теорія попиту і пропозиції безсила розкрити закон руху цін на такий специфічний товар, якою є медична послуга, і не в змозі визначити вартісні пропорції взаємного обміну медичною діяльністю між різними структурними ланками самої медицини, органічними елементами єдиного медико-

технологічного ланцюжка – поліклінікою, стаціонаром, службою швидкої допомоги, клініко-діагностичним центром, аптекою і так далі.

Неможливість пояснити формування цін на основі провідної ринкової теорії попиту і пропозиції змушувала економістів-медиків продовжити пошук об'єктивнішої основи ціни медичної послуги. Встановлено, що однією з особливостей медичної послуги є те, що вона корисна тільки її споживачеві, і він має право вибору кінцевих результатів. Розвиток цієї точки зору привів до *теорії граничної корисності*, згідно з якою чим корисніший продукт праці для людини, тим вище повинні бути його вартість і ціна. Центральне місце в цій теорії займає механізм *балансування попиту і пропозиції*. Ціна товару виконує функцію регулятора цього механізму, який орієнтує споживача, виробництво і суспільство загалом на досягнення оптимальної економічної діяльності. Попит знаходиться в пропорційній залежності від ціни. Інакше кажучи, пропозиція знаходиться в прямо пропорційній залежності від якості – чим нижча ціна товару, тим гірша якість товарів пропонується; висока ціна обумовлює вищий рівень пропозиції.

Але на підставі цієї теорії не можна пояснити граничну корисність лікування серця, якщо у людини є ще і виразкова хвороба шлунку. У медицині не можна пояснити граничну корисність лікування однієї хвороби, за відсутності лікування іншої, адже лікарі лікують хворого, а не хворобу. Про це ще в XIX столітті писав академік М. Я. Мудров (1776–1831 рр.), що "... лікування не полягає ні в лікуванні хвороби, ні в лікуванні причин її... лікування полягає в лікуванні самого хворого" [4]. Тому на основі теорії граничної корисності використовувати закон руху цін специфічних медичних послуг не вдається.

Залишаються *теорія трудової вартості*, *теорія нетрудової вартості*, *теорія витрат виробництва*.

Теорія трудової вартості базується на тому, що вартість товару визначається суспільно необхідними витратами праці для виробництва і відтворення товарів, суспільне визнання необхідності витрат яких складається під впливом ринкового попиту і пропозиції. Будучи аксіоматичною, теорія трудової вартості якнайповніше втілення знайшла в праці К. Маркса "Капітал" [3]. Центральна ідея тут – "Ціна – грошовий вираз цінності товару".

Вартість будь-якого товару або послуги у будь-якій галузі виробничої діяльності визначається суспільно необхідними витратами робочого часу на виготовлення товару (послуги) за існуючих умов виробництва і середнього рівня інтенсивності праці. Проте Карл Маркс відзначав, що цінність (вартість) товару недостатньо визначати працею, яка вкладена в нього, оскільки товар задовольняє потреби людини, тобто корисний йому і, отже, володіє споживною вартістю. З цього можна зробити висновок про подвійний характер ціни товару (послуги). Хоча це відхилення, як пояснює Маркс, – суть міжгалузевої конкуренції, але в основі ціноутворення однозначно лежить трудова вартість [3].

Зіставляючи розуміння змісту ціни і корисності праці, слід зазначити, що витрати праці в охороні здоров'я змінюються навіть в межах одного і того ж виробника послуги. Тому використання для ціноутворення на медичні послуги теорії трудової вартості в практиці економіки охорони здоров'я не завжди коректно.

Перші спроби об'єднати в струнку систему наявних теорій ціноутворення відносяться до кінця XIX – початку XX століть. Основоположником *нетрудової теорії вартості* є А. Маршалл, який зробив спробу об'єднати

теорію витрат виробництва, попиту і пропозиції, трудової теорії з теорією граничної корисності. Логіка його аргументації полягає в наступному: вартість визначає співвідношення цін тільки в окремих випадках досягнення рівноваги у всіх сегментах економіки, а у решти випадків мають значення закономірності формування і взаємодії категорії попиту і пропозиції, що визначають ринкову ціну. При цьому за силою ринкового впливу на встановлення ціни попит ідентичний пропозиції. Одна з особливостей нетрудової теорії та, що ринок має справу тільки з платоспроможним покупцем.

Проаналізуємо, як ця теорія охоплює суть соціально-справедливих взаємозв'язків між медициною, суспільством і особою, відзначаючи особливе місце медичної послуги в світі звичайних ринкових товарів. Так, в охороні здоров'я відмова у медичних послугах неплатоспроможному населенню може мати негативні медико-соціальні наслідки не тільки для неплатоспроможного населення, а й для платоспроможного (наприклад, лікування інфекційних хвороб, ліквідації епідемій). Платоспроможні зобов'язані зважати на неплатоспроможних заради власного здоров'я, забезпечуючи доступність до медичної допомоги всьому населенню. Крім того, описаний механізм ціноутворення може працювати лише в умовах необмеженої досконалої конкуренції при розвинених ринкових відносинах. Отже, цю об'єднувальну теорію ціноутворення в медичній галузі поки що використати в Україні не можна.

Досліджуючи проблему організації ціноутворення в охороні здоров'я, варто мати на увазі, що вартість і ціна співвідносяться між собою, як сутність і явище. Вартість як абстрактна категорія не відображає субстанції ціни, оскільки виключає її результативність [6]. Звідси, *теорія витрат виробництва* і заснований на ній витратний принцип ціноутворення медичних послуг є

предметом особливого розгляду. Вона виникла як протипага теорії трудової вартості, згідно з якою вартість товару визначається кількістю праці, яка витрачена на його виробництво. А під витратами виробництва розуміють не працю, витрачену на виробництво товару, а грошові витрати, пов'язані з виробництвом товару.

Наприклад, для економічних розрахунків стаціонарної медичної допомоги кожній лікувально-профілактичній установі необхідно знати вартість одного ліжко-дня або вартість одного пролікованого хворого певної нозологічної групи; для поліклініки – вартість одного випадку прийому (амбулаторного лікування) залежно від вигляду хвороби і місця обслуговування; для параклінічних служб – вартість однієї умовної одиниці (процедури), аналізу; для швидкої допомоги – вартість одного виклику залежно від віддаленості, категорії складності, кількості наданих медичних послуг тощо. Відтак в ціну товару (медичної послуги) необхідно включати не тільки прямі витрати виробництва, а і непрямі [2]. Модель такого ціноутворення порушує реальність однакової вартості медичних послуг. Тому ціна однієї і тієї ж медичної послуги (наприклад, операція апендектомії) матиме різну собівартість у різних установах.

Одночасно треба мати на увазі, що будь-які зміни в ціноутворенні на медичні послуги зачіпають інтереси всіх суб'єктів цієї системи (органів влади різних рівнів, органів управління охороною здоров'я, керівників ЛПУ, страхових медичних компаній, лікарів і медичного персоналу та пацієнтів). Від позицій і дій цих суб'єктів залежитимуть можливість та результативність перетворень у цій сфері народного господарства. Можна, звичайно, проігнорувати той факт, що кожен із суб'єктів охорони здоров'я має свої специфічні інтереси і прикритися гаслом, що здоров'я нації – це державна

справа. Але від такої політики нікому не буде краще, оскільки кожен суб'єкт сфери охорони здоров'я відчує себе поза логікою таких реформ, і законодавчий тиск зверху, що змушує до реформ, неминує в українських реаліях призведе до негативного результату. Тому нова система ціноутворення повинна бути орієнтована на пошук компромісу між інтересами цих суб'єктів.

На сьогодні, під виглядом ринкового реформування господарського механізму СОЗ, МОЗ України рекомендувало базову методологія ціноутворення за *витратами виробництва*, не враховуючи того факту, що медичні послуги – це товар особливої соціальної значущості, і ціни на них повинні бути державно регульованими, такими, що не допускають перевищення цін над вартістю [3]. Водночас, аналіз конфігурації інтересів і позицій суб'єктів системи охорони здоров'я щодо реформування її фінансування дає змогу стверджувати, що співвідношення можливих вигід і витрат від впровадження в життя такої концепції ціноутворення для кожного з цих суб'єктів виявляється гіршим, ніж їх співвідношення при збереженні існуючої ситуації.

Проблема полягає у тому, що вибір рівня ціни залежить від низки чинників: рівня постійних витрат установи охорони здоров'я; наявних потужностей лікувальної установи для надання послуг; ціни на вид послуг, які надають конкуренти; передбачуваного обсягу прибутку, якщо медична організація є прибутковою. Отже, в основі ціноутворення присутня методологія маркетингу, тобто система вивчення попиту і пропозиції.

Ми пропонуємо наступну концепцію визначення цін на медичні послуги, яка відображає особливості витрат виробництва лікувальних установ і трудовитрат, пов'язаних з ними. Вважаємо, що методика ціноутворення повинна враховувати дію

низки істотних чинників, пов'язаних як з розвитком і станом економіки регіону загалом, так і охорони здоров'я зокрема. Вона повинна бути побудована так, щоб ціни забезпечували зацікавленість медичних установ в наданні ефективної лікувальної допомоги і відповідної якості профілактичних заходів, при раціональному використанні наявних фінансових і матеріальних ресурсів.

Концепція має бути узгоджена, з одного боку, з державними і регіональними формами управління в охороні здоров'я, властивими ринковим галузям, а з іншого – з можливостями комп'ютерної обробки економічної інформації і використанням автоматизованих систем управління базами даних. При цьому, на нашу думку, система цін на медичні послуги повинна вирішувати наступні завдання:

- забезпечувати стійкість системи фінансування лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) в умовах обмежених фінансових ресурсах;
- покращувати використання і відтворення матеріально-технічної бази лікувальних процесів;
- створювати економічні умови підвищення якості медичного обслуговування населення;
- сприяти доступності всіх видів медичної діяльності всьому населенню регіону;
- підвищувати зацікавленість кожного суб'єкта суспільства в збереженні свого здоров'я.

Разом з тим неправильно вимагати, щоб у кожному конкретному випадку ціна обов'язково вирішувала всі поставлені завдання. Ціна – це могутній економічний важіль вдосконалення медичної допомоги та розвитку системи охорони здоров'я населення країни.

Особливістю цієї концепції є відмова від використання такої економічної категорії, як “загальні накладні витрати”, які за

різними методиками розподіляються в кінцевому вигляді по-різному. Ми пропонуємо формування непрямих витрат в розрізі окремих відділень і служб з урахуванням прямого розподілу витрат за окремими видами адміністративно-господарської діяльності ЛПУ. Вводяться такі поняття, як “витрати підрозділу на загальногосподарські потреби”, “витрати відділення на параклінічні послуги”, “власні витрати підрозділу”, “повні накладні витрати підрозділу”.

У медичному ціноутворенні витрати виконують функцію ціни медичних послуг (для поліклініки – вартість одного випадку прийому залежно від виду захворювання і місця обслуговування; для параклінічних служб – вартість однієї умовної одиниці (процедури), аналізу; для швидкої допомоги – вартість одного виклику залежно від категорії складності і кількості наданих послуг).

Дошпитальна (амбулаторно-поліклінічна допомога) є наймасовішим видом медичної допомоги. Вона здійснюється розгалуженою мережею терапевтичних медичних відділень (в т. ч. цехових), а також фахівцями в поліклініках.

Лікарські прийоми бувають двох видів: первинні прийоми хворих і вторинні лікувальні прийоми. На нашу думку, в сьгоднішніх умовах вартісні показники дошпитального лікування не можуть розраховуватися за витратами на одного пролікованого хворого, їх визначення однозначніше через обсяг роботи лікаря, виконаний під час прийому. При цьому трудомісткість і різноманітність лікарського прийому не розділяє їх на первинні та вторинні. Тому *вартість одного лікарського прийому* можна оцінити за такою формулою:

$$P_j = \frac{(Z_{\text{вв}} + Z_{\text{нв}})}{\sum(Q_j \times I_j)} * \left(1 \pm \frac{R}{100}\right) * \left(1 \pm \frac{N}{100}\right), \quad (1)$$

$$I_j = \left(H_j \times \frac{F_j}{T_j}\right) \times k_j + M_j + \frac{H_a \times C_j \times H_j}{T_j}, \quad (2)$$

де P_j – ціна одного лікарського прийому хворого із j -захворюванням у відділенні даної поліклініки;

$Z_{\text{вв}}$ – кошторис власних витрат у відділенні даної поліклініки;

$Z_{\text{нв}}$ – сума накладних витрат, що переносяться на відділення даної поліклініки;

I_j – інтегральний коефіцієнт складності прийому хворого із j -захворюванням;

Q_j – кількість хворих із j -захворюванням, пролікованих у базовому періоді;

H_j – нормативна тривалість прийому хворого з j -захворюванням;

F_j – фактичний місячний фонд заробітної плати медперсоналу, який бере участь у процесі лікування хворого на даному прийомі;

T_j – місячний фонд часу роботи медперсоналу, який надає медичну допомогу хворому;

k_j – коефіцієнт фізичної складності лікарського прийому хворого з j -захворюванням;

M_j – нормативна вартість медикаментів і препаратів, використаних для хворого протягом одного лікарського прийому;

H_a – норма амортизації устаткування, використаного для лікування одного хворого протягом одного лікарського прийому;

C_j – балансова вартість медичного устаткування, використовуваного для лікування хворого протягом лікарського прийому;

T_j – річний фонд робочого часу устаткування, використаного для лікування хворого з j -захворюванням.

Ціна лікарського прийому визначається з урахуванням нормативної рентабельності і частини доданої вартості, у розмірі встановленої ставки податку, що відраховується у бюджет.

На ціну лікувальної або діагностичної процедури параклінічного підрозділу лікувальної установи, так само як на трудомісткість звичайного лікарського прийому, впливає низка чинників. Це дотримання нормативного процесу виконання процедури, коефіцієнт фізичної складності, необхідна кваліфікація медичного працівника, оснащеність робочого місця, інструментальне забезпечення, медикаментозне забезпечення діагностикуму (хімічними реактивами, живильними засобами, контрольно-діагностичними стандартами і тому подібне). Тому *середня вартість однієї процедури* (одного аналізу) може бути розрахована за формулою:

$$C_j = \frac{(Z_{ov} + Z_{nv})}{\sum_j (Q_j + I_j)} * \left(1 \pm \frac{R}{100}\right) * \left(1 \pm \frac{N}{100}\right), \quad (3)$$

$$I_j = \left(N_j \times \frac{Z_j}{T_j}\right) \times k_j + M_d + \frac{N_{ad} \times C_{dj} \times N_{dj}}{T_{dj}}, \quad (4)$$

де C_j – ціна лікувальної або діагностичної процедури (аналізу) j -ого виду;

Z_{ov} – кошторис основних витрат даного параклінічного відділення;

Z_{nv} – сума накладних витрат, перенесених на дане параклінічне відділення;

I_j – інтегральний коефіцієнт складності процедури;

Q_j – кількість пролікованих (обстежених) хворих за базовий період;

N_{dj} – нормативна тривалість процедури (аналізу) на одного хворого;

M_d – нормативна собівартість медикаментів (діагностикумів) на одну процедуру (аналіз);

N_{ad} – норма амортизації діагностичного (лікувального) устаткування, використаного на одну процедуру;

C_{dj} – балансова вартість лікувально-діагностичного устаткування з розрахунку на одну процедуру (аналіз);

T_{dj} – річний фонд робочого часу лікувально-діагностичного устаткування, використаного на одну процедуру (аналіз).

В умовах централізованого фінансування діяльності ЛПУ з бюджетів відповідних рівнів на сьогодні в Україні вартість медичної допомоги в стаціонарних закладах проводиться за укрупненими показниками (ліжко-день – в стаціонарі та пацієнто-день – в денних стаціонарах). При такому підході до ціноутворення в лікарняних установах нема економічної зацікавленості в покращенні здоров'я населення та в ефективному використанні наявних ресурсів. Навпаки, це призводить до повної відсутності контролю за приписками та корупції, до бажання медичного персоналу перенаправити пацієнтів в інші ЛПУ чи до інших спеціалістів, до неякісного обслуговування окремих пацієнтів. В цих умовах лікарні поступово перетворюються в соціальні установи, де персоналу вигідно, щоб пацієнти знаходились там якомога довше та із найкращими захворюваннями [6, 7, 8].

Ціна одного ліжко-дня стаціонарного відділення лікарні є інтегральним показником вартості лікування хворого. Залежно від профілю госпітального відділення міняються витрати на лікування випадку захворювання, тому вартість одного ліжко-дня по кожному з них істотно розрізняється. Ці відмінності обумовлені чисельністю медичного персоналу, рівнем їх кваліфікації, робочими площами, використанням в роботі допоміжних служб, а також технологіями, які застосовуються в процесі лікування. Згідно з нашою концепцією після формування всіх розрахункових накладних показників слід переходити до розрахунків цін на медичні послуги окремо по кожному відділенню.

Вартість одного ліжко-дня визначається за формулою:

$$P_{л.д} = \frac{(Z_{ov} + Z_{nv} + \sum C_j * Q_j) * \left(1 + \frac{R}{100}\right) * \left(1 + \frac{N}{100}\right)}{G * K_n}, \quad (5)$$

де $P_{л.д}$ – середня ціна одного ліжко-дня у даному стаціонарному відділі;

$Z_{вв}$ – повна сума власних витрат відповідного відділу;

$Z_{нв}$ – сума накладних витрат, які повинні бути включені у вартість медичної послуги в даному відділі (послуги операційного блоку, анестезіологічного відділу, реанімаційного відділу й інших);

R – норматив рентабельності медустанови, %;

Kn – нормативна робота ліжка в плановому році;

G – кількість ліжок у даному відділенні;

N – податок на додану вартість, %.

Нормативна кількість ліжко-днів зазвичай встановлюється директивними документами МОЗ України на кожний бюджетний рік без урахування специфіки роботи в регіонах. Проте робота ліжка залежить не тільки від організації праці, а й від простою, що зумовлений об'єктивними причинами (плановий ремонт, терміновий ремонт, санобробка тощо). Якщо до приведених розрахунків додати нормативну рентабельність і податок на додану вартість, то ми виходимо на витратне поняття ціни одного ліжко-дня.

Ціну одного пацієнто-дня розраховують за аналогічною схемою, змінюючи тільки в знаменнику формули нормативну кількість ліжок у відділі на кількість пролікованих пацієнтів у денному стаціонарі в базисному періоді.

Одночасно слід зауважити, що у світовій медичній практиці існують також методи ціноутворення, орієнтовані на результат (за хворого, за захворювання тощо), а саме [7, 8, 9]:

1. За кошторисом витрат на основі договору під узгоджені обсяги медичної допомоги (кількість пролікованих хворих, кількість операцій тощо).

2. За госпіталізацію кожного пацієнта (на основі детальної калькуляції фактично наданих послуг).

3. За середньою вартістю лікування одного хворого в профільному відділенні

за завершений випадок госпіталізації за тарифами, диференційованими у співвідношенні з прийнятою класифікацією (клініко-статистичні групи, медико-економічні стандарти і т. д.).

Кожен із перерахованих вище методів має як свої переваги, так і недоліки. Оплата за послуги є найбільш витратним і найменш контрольованим методом, який призводить до різкого збільшення витрат на стаціонарну допомогу. Оплата за пролікованого хворого є достатньо прогресивним методом, який стимулює лікарів інтенсифікувати лікувально-діагностичний процес, скорочувати строки госпіталізації, підвищувати якість допомоги. Але його використання вимагає відповідної готовності і медичних закладів, і платників до певних способів адміністрування та контролю за обґрунтованістю призначеного лікування [7, 8].

Диференціація тарифів у різних суб'єктах проводиться як за профілями відділів, так і за нозологічними формами (групами нозологічних форм). У цьому випадку, на нашу думку, ціна медичної послуги повинна розраховуватися на базі наявної системи обліку використання в ЛПУ ресурсів за такою формулою:

$$P_{MII}^i = \frac{Z_{не}^i + Z_{нв}^i + \sum Q_j * C_j + \sum C_i * B_i * D_i}{C_i} * \left(1 + \frac{N}{100}\right) * \left(1 + \frac{R}{100}\right), \quad (6)$$

де P_{mn}^i – ціна лікування пацієнта з і-ю патологією (відповідної клініко-статистичної групи);

$Z_{не}^i$ – прямі витрати на лікування пацієнта з і-ю патологією;

$Z_{нв}^i$ – накладні витрати інших відділів на лікування пацієнта з і-ю патологією;

C_i – кількість пацієнтів з і-ю патологією, пролікованих в базисному періоді;

D_i – кількість днів перебування пацієнта в стаціонарі з і-ю патологією;

Таблиця 2

Розрахунок прямих витрат на лікування пацієнтів і-тої нозології

Види ресурсів, які використовувались для лікування	Кількість (шт., мілілітрів, грам.)	Ціна за одиницю (грн.)	Всього витрат (грн.)
Медикаменти			
Матеріали для перев'язки			
Реактиви			
Одноразові комплекти			
Разом	X	X	

B_i – вартість обслуговування пацієнта з і-ю патологією в день, яку розраховують за формулою:

$$B_i = \frac{B_3 - Z_{n6}}{K n * G}, \quad (7)$$

де B_3 – загальні витрати відділу, в якому лікують пацієнтів з і-ю патологією.

Розрахунок прямих витрат на лікування пацієнтів і-тої нозології можна провести з допомогою наступної аналітичної таблиці з відповідною розшифровкою, використовуючи листки призначень (таб. 2).

На основі проведеного дослідження можна стверджувати, що запропонована методика визначення цін на медичну послугу більш науково обґрунтовано відображає всі особливості роботи лікувальних установ і витрат, пов'язаних із забезпеченням здоров'я всього населення, та не потребує докорінних змін в існуючій системі обліку ресурсів в установах системи охорони здоров'я України.

Література

1. Андрущенко В. Л. Орієнтири вітчизняної фінансової думки // *Фінанси України*. – 2000. – № 4. – С. 8–9.
 2. Каминская Т. *Ценообразование и эластичность спроса на медицинские услуги*. – *Бизнес Информ*. – 1999. – № 7. – С. 75–77.

3. Маркс К. і Енгельс Ф. *Твори*. – Т. 23. – К.: *Державне видавництво політичної літератури УРС*, 1960. – 847 с.

4. Макарова Т. Н., Кричегин В. И., Мыльникова И. С., Индейкин Е. Н. *Цены на медицинские услуги*. – М.: *Прогресс*, 1999. – С. 57.

5. Лехан В. Н. *Реформа финансирования стационарной помощи // Главврач*. – 2001. – № 5. – С. 23–27.

6. Пирогов М. В. *Перспективы развития планирования и финансирования в здравоохранении Российской Федерации // Советник бухгалтера в здравоохранении*. – 2008. – № 2. – С. 11–14.

7. Петенко И. В. *Ценообразование: Основной курс – учебное пособие*. – Донецк: *ДонГАУ*, 1999. – 250 с.

8. Семенов В. Ю. *Способы оплаты медицинских услуг // Главврач*. – 2007. – № 4. – С. 18–23.

9. Эрнан Фуэнцилида-Пуэльма. *Четыре системы здравоохранения // Государственное управление в переходной экономике* – 2003. – № 11. – С. 6–13.

10. Бентес М. Е., Урбано Ж. А., Сарвалло М. К., Транквада М. С. *Застосування системи діагностично споріднених груп в Португалії: оцінка досвіду 1993 р. Альтернативні методи фінансування медичних установ: Тижневий семінар. ПроектЗдравРеформ/ZdravReform project (<http://www.health.gov.ua>)*.