

© 2023 by the author(s).

This work is licensed under Creative Commons Attribution 4.0 International License
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



DOI: [https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11\(2\):184-193](https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11(2):184-193)

ABSTRACT

Nataliya Husak

<https://orcid.org/0009-0000-4651-5438>

*National Health Service of Ukraine,
Kyiv, Ukraine*

Valeriy Zub

<https://orcid.org/0000-0001-9823-4216>

*Department of Health Care
Management and Public
Administration, Shupyk National
Healthcare University of Ukraine,
Kyiv, Ukraine*

Andrii Kotuza

<https://orcid.org/0000-0002-1910-0197>

*Feofaniya Clinical Hospital, State
Management of Affairs of Ukraine,
Kyiv, Ukraine*

ONCOLOGICAL SERVICE PROVISION WITHIN THE MEDICAL CARE GUARANTEE PACKAGE OF THE NATIONAL HEALTH SERVICE "TREATMENT AND FOLLOW-UP OF ADULTS AND CHILDREN WITH HEMATOLOGICAL AND ONCOHEMATOLOGICAL DISEASES IN OUTPATIENT AND IN-PATIENT SETTINGS"

Introduction. The approaches to the criteria for assigning a treated case/interaction to oncology packages and the principles of their payment introduced by the National Health Service need to be improved in order to prevent the introduction of inadequate tariffs, in particular, failure to provide services in the amount specified in the tariff or, on the contrary, double/triple funding, which can lead to a significant increase in the costs of financing oncology medical services.

The aim of the study is the identification of the main defects and gaps in the existing rules of the grouper regarding the assignment of a treated case/interaction to the oncology package "Treatment and follow-up of adults and children with hematological and oncohematological diseases in outpatient and inpatient settings" and, on this basis, developing suggestions for improving services in this direction.

Materials and Methods. A descriptive-analytical study of the analysis of medical services provided in the oncology package 38 "Treatment and follow-up of adults and children with hematological and oncohematological diseases in outpatient and inpatient settings" for the first 8 months of 2022 was performed according to the data of the National Health Service of Ukraine and the normative legal acts that regulate the issue of implementing the Medical Guarantees Program.

Results. The study assessed the correctness of the criteria for the entry of Electronic Medical Records into package 38 compared to the Australian coding standards and analyzed the consistency of payment according to the rate for the provided medical services to patients with oncological and oncohematological diseases within the limits of all interactions of package 38.

Certain inconsistencies in the selection of diagnoses for inclusion in the list of reasons for providing medical services and the vagueness of the criteria for including a case in the package were revealed, when a specific diagnosis is a criterion for inclusion in both the 38th package

and the corresponding DRG, but with different funding. It was established that 1/5 of all children within the framework of this package sought medical help in an outpatient setting only once or twice, and the list of interventions does not correspond to the package rate; among adults, there was a significant number of patients who sought medical care 1 or 2 times in an outpatient setting, and paid for these cases at the full rate.

The findings indicate an urgent need for two-stage medical monitoring of all interactions established for oncological diagnoses within the framework of the therapeutic package. The first automatic monitoring should be carried out according to certain indicators with the formation of "a red list of interactions", and then doctors check these interactions, even in manual mode.

Conclusions. On the basis of the results, recommendations were developed regarding changes to the Medical Guarantee Program in oncology, namely to the interactions in the package "Treatment and follow-up of adults and children with hematological and oncohematological diseases in outpatient and inpatient settings", which relate to the grounds for providing services within the framework of oncology packages and coordination of medical services provided to patients with oncohematological diseases with a tariff that will allow for proper payment of the medical services and will improve the provision of medical services.

Keywords: oncological diseases, oncology medical guarantee program, medical services, tariff, funding.

Corresponding author: Valeriy Zub, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine, e-mail: zub.valeriyoleksiyovych@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Наталія Гусак

<https://orcid.org/0009-0000-4651-5438>

Національна служба здоров'я України, м. Київ, Україна

Валерій Зуб

<https://orcid.org/0000-0001-9823-4216>

Кафедра управління охороною здоров'я та публічного адміністрування, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Андрій Котуза

<https://orcid.org/0000-0002-1910-0197>

Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, м. Київ, Україна

НАДАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У РАМКАХ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ НАЦІОНАЛЬНОЇ СЛУЖБИ ЗДОРОВ'Я ЗА ПАКЕТОМ «ЛІКУВАННЯ ТА СУПРОВІД ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ З ГЕМАТОЛОГІЧНИМИ ТА ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В АМБУЛАТОРНИХ ТА СТАЦІОНАРНИХ УМОВАХ»

Вступ. Введені в НСЗУ підходи до критеріїв віднесення пролікованого випадку/взаємодії до онкологічних пакетів та принципи їх оплати потребують удосконалення з метою запобігання введення неадекватних тарифів, зокрема, не надання послуг на визначену в тарифі суму або, навпаки, подвійного/потрійного фінансування, що може привести до значного збільшення витрат на фінансування медичних послуг за напрямом «Онкологія».

Мета – ідентифікація основних дефектів та прогалин в наявних правилах групера щодо віднесення пролікованого випадку/взаємодії до онкологічного пакету «Лікування та супровід дорослих та дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах» і розроблення на цій основі пропозицій з удосконалення послуг за цим напрямом.

Матеріали та методи. Проведено описово-аналітичне дослідження аналізу медичних послуг за онкологічним пакетом 38

«Лікування та супровід дорослих та дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах» за перші 8 місяців 2022 р. за даними НСЗУ та нормативно-правових актів, які регулюють питання реалізації Програми медичних гарантій.

Результати. У роботі проводилась оцінка коректності критеріїв для входу в Електронних Медичних Записів в 38 пакет порівняно з австралійськими стандартами кодування та аналіз узгодженості оплати за тарифом до наданих медичних послуг пацієнтам з онкологічними та онкогематологічними захворюваннями в межах всіх взаємодій 38 пакету.

Виявлено певні невідповідності вибору діагнозів для включення у перелік підстав надання медичних послуг та нечіткість критеріїв включення випадку в пакет, коли конкретний діагноз є критерієм включення як в 38 пакет, так і в відповідну ДСТГ, але з різним фінансуванням. Встановлено, що 1/5 всіх дітей в рамках цього пакету звернулися за медичною допомогою в амбулаторних умовах лише один-два рази, а перелік інтервенцій не відповідає тарифу пакету; серед дорослих була значна кількість пацієнтів, які 1 чи 2 рази звернулися за медичною допомогою в амбулаторних умовах, а заплачено за ці випадки за повним тарифом.

Отримані дані свідчать про нагальну потребу проведення двоетапного медичного моніторингу усіх взаємодій заведених на онкологічні діагнози в рамках терапевтичного пакету, при цьому спочатку слід проводити автоматичний моніторинг за визначеними індикаторами з формуванням «червоного списку взаємодій», а потім проводити перевірку цих взаємодій лікарями, навіть у ручному режимі.

Висновок. На підставі отриманих результатів опрацьовано рекомендації щодо змін до Програми медичних гарантій у напрямку «Онкологія», а саме до взаємодій у межах пакету «Лікування та супровід дорослих та дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах», які стосуються підстав надання послуг в рамках онкологічних пакетів та узгодженості наданих медичних послуг пацієнтам з онкогематологічними захворюваннями із тарифом, що дозволить належним чином оплачувати медичні послуги, надані пацієнтам з онкогематологічними захворюваннями та удосконалити надання медичної допомоги таким пацієнтам.

Ключові слова: онкологічні захворювання, програма медичних гарантій з напрямку «Онкологія», медичні послуги, тариф, фінансування.

Автор, відповідальний за листування: Валерій Зуб, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна
e-mail: zub.valerivoleksiyovych@gmail.com

How to cite / Як цитувати статтю: Husak N, Zub V, Kotuza A. [Oncological service provision within the Medical Care Guarantee Package of the National Health Service "Treatment and follow-up of adults and children with hematological and oncohematological diseases in outpatient and in-patient settings"]. *East Ukr Med J.* 2023;11(2):184-193

DOI: [https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11\(2\):184-193](https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11(2):184-193)

INTRODUCTION / ВСТУП

Україна є однією із останніх країн європейського регіону, яка розпочала запровадження гарантій держави в отриманні медичної допомоги. Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який був прийнятий парламентом 19 жовтня 2017 року [1], запровадив в Україні практику встановлення гарантій з медичного обслуговування – програму державних гарантій медичного обслуговування населення як перелік та обсяг медичних послуг та ліків, які оплачуються з державного бюджету на основі єдиних національних тарифів. У міжнародній практиці усталеним терміном для позначення гарантій держави щодо надання медичної допомоги є «державний гарантований пакет» [2]. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) оплачує медичні послуги в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) за всіма пакетами медичних послуг, включаючи і онкологічні [3, 4]. Однак, введені в НСЗУ підходи до критеріїв віднесення пролікованого випадку/взаємодії до онкологічних пакетів та принципи їх оплати потребують удосконалення з метою запобігання введення неадекватних тарифів, зокрема, не надання послуг на визначену в тарифі суму або, навпаки, подвійного/потрійного фінансування, що може привести до значного збільшення витрат на фінансування медичних послуг за напрямом «Онкологія».

Метою цього дослідження є ідентифікація основних дефектів та прогалин в наявних правилах групера щодо віднесення пролікованого випадку/взаємодії до онкологічного пакету «Лікування та супровід дорослих та дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах» і розроблення на цій основі пропозицій з удосконалення послуг за цим напрямом.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проведено описово-аналітичне дослідження аналізу медичних послуг за онкологічним пакетом 38 «Лікування та супровід дорослих та дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах» за перші 8 місяців 2022 р. за даними НСЗУ та нормативно-правових актів, які регулюють питання реалізації Програми медичних гарантій [3]. Критеріями входження в 38 пакет є наступні коди діагнозів Міжнародної статистичної класифікації хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я 10 перегляду (МКХ-10): С81-96 «Злоякісні новоутворення лимфоїдної, кровотворної та

споріднених їм тканин» та D45-82 «Хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму». Оплата за цим пакетом здійснюється за глобальною ставкою, яка становить 74 429 гривень за готовність надати лікування одній особі, із застосуванням коригувальних коефіцієнтів залежно від віку пацієнтів: 3,008 – за готовність надати медичні послуги пацієнтам, яким не виповнилося 18 років; 0,824 – за готовність надати медичні послуги пацієнтам від 18 років і старше.

У роботі проводилась оцінка коректності критеріїв для входження Електронних Медичних Записів (ЕМЗ) в 38 пакет порівняно з австралійськими стандартами кодування (АСК) та аналіз узгодженості оплати за тарифом до наданих медичних послуг пацієнтам з онкологічними та онкогематологічними захворюваннями в межах всіх взаємодій 38 пакету.

Зважаючи на те, що тариф на надання медичної допомоги дитячому населенню в рамках 38 пакету є найвищим, більш детальний аналіз був проведений у загальній когорті дітей. Аналіз медичних послуг наданих дорослому населенню проводився на репрезентативній вибірці пацієнтів, що дозволило інтерполювати отримані дані на загальну когорту дорослих пацієнтів. Було використано статистичні методи [5], структурно-логічний аналіз та системний підхід.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведений аналіз показав, що враховуючи те, що підставами для входження в 38 пакет є захворювання, які відносяться до груп С81-96 та D45-82, нами було виявлено випадки внесення цих захворювань до інших пакетів. Таким чином сформувалась клінічна колізія, яка збільшує фінансові ризики щодо подвійного фінансування, а саме те, що випадок може потрапити одночасно не тільки в 38 пакет, а й в 17, 18 та у відповідну (онкологічну) діагностично споріднену групу (ДСГ) терапевтичного пакету. Прикладом цього є дані, що представлено в таблиці 1.

Отже, ми вважаємо, що включення в 38 пакет діагнозів, які, відповідно до австралійської системи кодування (АСК), також входять в різні ДСГ з різною оплатою, є некоректним. Якщо практично всі діагнози класу «Новоутворення» (крім С91-С95.9) є ідентичними щодо входження випадку у відповідний пакет (за нашим групером) і у відповідну ДСГ (за АСК) з майже однаковими коефіцієнтами (відповідно 1,85 та 1,182), то діагнози класу «Хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням

імунного механізму», які є критеріями входження випадку у 38 пакет (за нашими правилами), відносяться до декількох ДСГ (за АСК) зі значно меншими коефіцієнтами (0,64 – у ДСГ Q61, 0,95 – у ДСГ Q60, 0,79 – у ДСГ K63) порівняно з

коефіцієнтом 1,85 у R61, тобто різниця становить у 2–3 рази, що свідчить про потребу виключення низки діагнозів з 38 пакету, як підстав для входження в цей пакет.

Таблиця 1 – Діагнози, що є критеріями до включення в 38 пакет, та їх співставлення з австралійськими та українськими ДСГ

Діагноз	Україна			Австралія	
	Пакет	ДСГ 4 (терапевт.) пакету	коэф.	ДСГ	коэф.
НОВОУТВОРЕННЯ					
Злоякісні новоутворення лімфоїдної та споріднених тканин (лімфоми) (C81-C88.9);	17, 18, 38	R61	1,185	R61	1,85
Множинна міелома та злоякісні плазмоклітинні новоутворення (C90.0-C90.3);	17, 18, 38	R61	1,185	R61	1,85
Злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин (лейкемії) (C91-C95.9);	17, 18, 38	R60	2,69	R60	4,21
Інші та неуточнені злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин (гістіоцитози) (C96);	17, 18, 38	R61	1,185	R61	1,85
Істина поліцитемія (D45);	17, 18, 38	R61	1,185	R61	1,85
Мієлодиспластичні синдроми (D46);	17, 18, 38	R61	1,185	R61	1,85
Інші новоутворення невизначеного або невідомого характеру лімфоїдної, кровотворної та споріднених ім тканин (D47.1, D47.2, D47.3, D47.4, D47.5);	17, 18, 38	R61	1,185	R61	1,85
ХВОРОБИ КРОВІ І КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ ТА ОКРЕМІ ПОРУШЕННЯ ІЗ ЗАЛУЧЕННЯМ ІМУННОГО МЕХАНІЗМУ					
D56.0 Альфа-таласемія, D56.1 Бета-таласемія (ще 5 таласемій не увійшли в пакет)	17, 18, 38	Q61	0,473	Q61	0,64
D57.0 Серпоподібноклітинна анемія з кризами (ще 4 таких захворювання не увійшли в пакет)	17, 18, 38	Q61	0,473	Q61	0,64
D59.5 Пароксизмальна нічна гемоглобінурія (Маркіафави-Мікелі) (інші набуті гемолітичні анемії не увійшли в пакет)	17, 18, 38	Q61	0,473	Q61	0,64
D60.0 Хронічна набута чиста еритроцитарна аплазія (інші хвороби D60 не увійшли в пакет)	17, 18, 38	Q61	0,473	Q61	0,64
D61.3 Ідіопатична апластична анемія (інші апластичні анемії не увійшли)	17, 18, 38	Q61	0,473	Q61	0,64
D64.0 Спадкова сидеробластна анемія D64.4 Вроджена дизеритропоетична анемія (інші не увійшли)	17, 18, 38	Q61	0,473	Q61	0,64
D70 Агранулоцитоз	17, 18, 38	Q60	0,919	Q60	0,95
D76.1 Гемофагоцитарний лімфогістіоцитоз (інші лімфогістіоцитози не входять)	17, 18, 38	K63	0,591	K63	0,79
D81. Комбіновані імунодефіцити (не всі)	17, 18, 38	Q60	0,919	Q60	0,95
D82. Імунодефіцит, пов'язаний з іншими основними порушеннями (не всі)	17, 18, 38	Q60	0,919	Q60	0,95

Також потребує вдосконалення принцип вибору діагнозів для включення у перелік підстав надання медичних послуг. До прикладу з класу D56 «Таласемія» включено тільки 2 діагнози D56.0 «Альфа-таласемія» та D56.1 «Бета-таласемія» і не включено D56.2 «Дельта-бета-таласемія».

Окрім того, встановлено нечіткість критеріїв включення випадку в пакет, коли конкретний діагноз є критерієм включення як в 38 пакет, так і в відповідну ДСГ, але з різним фінансуванням. Наприклад, випадок з закодованим діагнозом «Гостра лейкемія» може потрапити і в 38 пакет з оплатою 68 800 грн. і в терапевтичний пакет, ДСГ R60 з оплатою 20 191 грн., що складає різницю майже в три рази, а у разі лікування

дитини така різниця буде становити майже 10 разів (20 191 грн. проти 223 882 грн.). Отримана різниця в оплаті викликає сумніви щодо обґрунтованості тарифу в рамках 38 пакету. Аналіз показав, що за 8 місяців 2022 року в рамках терапевтичного пакету зареєстровано 2202 випадки ДСГ R61 (тариф 8 895 грн.) та 369 випадків ДСГ R60 (тариф 20 191 грн.), в яких в основному діагнозі стояв код (C91-C95.9), хоча при цьому в додаткових діагнозах закодовано діагнози/стани, які, на нашу думку, були основними показаннями для госпіталізації таких пацієнтів, і які, в свою чергу, повинні бути основними діагнозами. У таблиці 2 наводимо для прикладу двох пацієнтів з такими випадками.

Таблиця 2 – Приклади оплати в рамках терапевтичного пакету

	Основний діагноз	Пакет	Додаткові діагнози
I пацієнт	Гострий лімфобластний лейкоз, у стадії ремісії	4	"B18.2-Хронічний вірусний гепатит С", "M87.11-Остеонекроз, спричинений лікарськими засобами, ділянка плеча"
		4	"N39.0-Інфекція сечових шляхів неуточної локалізації"
		4	"N39.0-Інфекція сечових шляхів неуточної локалізації"
		4	"B18.2-Хронічний вірусний гепатит С", "M87.10-Остеонекроз, спричинений лікарськими засобами, множинні локалізації"
		4	"M87.10-Остеонекроз, спричинений лікарськими засобами, множинні локалізації"
II пацієнт	Гострий мієлоїдний лейкоз (ГМЛ), без згадки про ремісію	38	відсутні
		38	відсутні
		38	відсутні
		4	"D64.1-Вторинна сидеробластна анемія внаслідок інших захворювань", "D69.5-Вторинна тромбоцитопенія", "U07.1-2019-nCoV гостра респіраторна хвороба"
		4	"D64.1-Вторинна сидеробластна анемія внаслідок інших захворювань", "D69.5-Вторинна тромбоцитопенія"
		4	"D64.1-Вторинна сидеробластна анемія внаслідок інших захворювань", "D69.5-Вторинна тромбоцитопенія"
		4	"D64.1-Вторинна сидеробластна анемія внаслідок інших захворювань", "D69.5-Вторинна тромбоцитопенія"

Проблеми з кодування та оплатою в рамках терапевтичного пакету слід розглядати з двох позицій.

По-перше, це неправильне кодування, як представлено у пацієнта 1. Судячи з записів пацієнта з лейкозом у стадії ремісії, він двічі

госпіталізувався з приводу «Інфекції сечових шляхів неуточненої локалізації» (ДСГ L63, тариф 4 961 грн.) та тричі з приводу «Остеонекрозу, спричинений лікарськими засобами ділянка плеча» (ДСГ I64, тариф 12 115 грн.). При цьому аналіз інтервенцій засвідчив, що лікування проводилось саме з приводу цих вказаних додатковими діагнозів. Отже неправильне розташування діагнозу, який пояснює причину госпіталізації, а саме кодування його як додатковий діагноз, а кодування хронічного захворювання (гострий лімфобластний лейкоз не у фазі загострення) як основного діагнозу, призводить до надмірних виплат. При правильному кодуванні захворювання «Інфекції сечових шляхів неуточненої локалізації» закладу потрібно платити 4 961 грн. замість 20 191 грн., а оскільки таких епізодів було два, то 9 800 грн. замість 40 200 грн. які було заплачено, тобто має місце перебільшення виплат є у чотири рази. Також, при правильному кодуванні у цього пацієнта трьох взаємодій з діагнозом «M87.11-Остеонекроз, спричинений лікарськими засобами, ділянка плеча», НСЗУ повинна була заплатити 36 345 грн., а не 60 573 грн. Отже в цілому за лікування одного пацієнта НСЗУ заплатила 100 955 грн. замість 46 145 грн., різниця становить 54 810 грн.. Отримані дані свідчать про нагальну потребу проведення двоетапного медичного моніторингу усіх взаємодій заведених на онкологічні діагнози в рамках терапевтичного пакету, при цьому спочатку проводити автоматичний моніторинг за визначеними індикаторами з формуванням «червоного списку взаємодій», а потім проводити перевірку цих взаємодій лікарями, навіть у ручному режимі.

По-друге, оплата за двома пакетами призводить до несправедливої оплати послуг в рамках терапевтичного та онкогематологічного пакету. Так, у пацієнта 2 основний діагноз був «Гострий мієлоїдний лейкоз (ГМЛ), без згадки про ремісію», з приводу лікування якого він двічі був госпіталізований у заклад, який має 38 пакет. За два епізоди лікування заклад отримує 77 000 грн. Окрім цього ще 4 рази пацієнт був госпіталізований у заклад без 38 пакету і додатковим діагнозом при цьому була «Вторинна сидеробластна анемія внаслідок інших захворювань» (Q61, тариф 3 550 грн.). Інтервенції проводились власне з приводу лікування анемії (трансфузія крові тощо), тобто основний та додаткові

діагнози закодовано правильно. Але в рамках терапевтичного пакету заклад без 38 пакету отримує за лікування ускладнень (за 4 госпіталізації) у даного пацієнта 80 764 грн, тоді як з 38 пакетом за дворазову госпіталізацію лікування безпосередньо лейкозу отримує практично таку ж суму.

Окрім цього, у результаті проведеного аналізу нами виявлено дублювання 38 пакету з ендоскопічними пакетами та мамографією. На сьогодні діючі правила груперу сформовані таким чином, що за випадок з гострим лейкозом НСЗУ може заплатити одночасно в рамках 38 пакету, де згідно вимог повинні проводитись і обстеження, у т.ч. ендоскопії та мамографія, й лікування, у т.ч. хіміотерапевтичне лікування, та будь-що інше. Проте, одночасно з цими правилами існує інше правило груперу, яке сформовано таким чином, що якщо у взаємодії з діагнозом «гострий лейкоз» буде закодовано будь-яку ендоскопічну процедуру, то таку взаємодію за умови відповідного віку пацієнта буде віднесено в ендоскопічний пакет. Наприклад, якщо на пацієнта віком 60 років буде сформовано 1 взаємодію на амбулаторне лікування з закодованою бронхоскопією, 1 взаємодію на амбулаторне лікування з закодованою колоноскопією, 1 взаємодію на амбулаторне лікування з закодованою інтервенцією консультацію гематолога, то першу взаємодію групер віднесе у 15 пакет, другу – у 13, третю – у 38 пакет, хоча ці всі інтервенції згідно вимог пакету повинні виконуватися в рамках 38 пакету.

Також нами було проаналізовано спектр наданих послуг в рамках онкологічного 38 пакету та їх відповідність тарифам. Оскільки в НСЗУ запроваджено втричі більший тариф при наданні допомоги дітям, аналіз проводився окремо для дитячого та дорослого населення.

Аналіз послуг, наданих дитячому населенню за 38 пакетом дав підстави зробити такі висновки:

1. Усього за 8 місяців 2022 року в системі зареєстровано 5321 епізодів, при цьому надано послуг 1530 дітям, з яких була відмічена значна частка дітей, яким медична допомога надавалась тільки в амбулаторних умовах (29,2 %, 447 дітей). Окрім того, тільки в стаціонарних умовах пролікувалось 39,9 % (610) дітей, а одночасно амбулаторно і стаціонарно – решта 30,9 % (473) дітей.
2. Була виявлена значна частка дітей, які тільки один раз звернулися за медичною допомогою в амбулаторних умовах –

46,1 % із загальної кількості дітей, які зверталися тільки за амбулаторною допомогою (221 з 479 дітей), що склало 14,4 % до загальної кількості дітей в рамках даного пакету (221 з 1530 дітей). По два амбулаторних візити (без стаціонарних) мали відповідно 20,4 % дітей (98 з 479) та 6,4 % дітей (98 з 1530). Більш детальний аналіз послуг наданих в рамках цього пакету засвідчив, що в усіх взаємодіях закодowano консультацію гематолога та велику кількість інших консультувань (навчання та консультування), і лише в поодиноких випадках закодowano забір крові, без наведення діагностичних звітів про виконання лабораторних досліджень. Отже, 1/5 всіх дітей в рамках цього пакету звернулися за медичною допомогою в амбулаторних умовах лише один-два рази, а перелік інтервенцій не відповідає тарифу пакету.

3. Середня кількість амбулаторних візитів з розрахунку на одну дитину становить 2,5 (95% ДІ 2,2–2,8) рази.
4. Стаціонарна допомога в середньому 1,87 (95% ДІ 1,75–1,99) взаємодій з розрахунку на одного пацієнта, середній ліжко-день – 15,06 (95% ДІ 14,2–15,96), при цьому частка стаціонарних взаємодій з тривалістю три доби та менше становить 23,8 % (553 з 2322), отже майже чверть госпіталізацій не відповідає тарифу щодо лікування пацієнтів з онкогематологічними захворюваннями.
5. Частка дітей з захворюваннями класу «Хвороби крові та кровотворних органів, та окремі порушення з залученням імунного механізму», в яких тариф лікування є меншим за онкогематологічний тариф, становить 8,0 % (123 з 1530 дітей), серед яких 20,3 % (25 з 123 дітей) здійснили лише один амбулаторний візит до лікаря.

Аналіз послуг, наданих дорослому населенню за 38 пакетом (онкогематологія) показав наступне:

1. Усього за 8 місяців в системі зареєстровано 53 472 взаємодії, з яких 60,8 % (32 521) надано в амбулаторних умовах, при цьому надано послуг 26 010 дорослим.
2. Виявлена значна частка дорослих, які лише тільки один раз звернулися за медичною допомогою в амбулаторних умовах – 53,5 % (4720 з 8826 дорослих) із загальної кількості дорослих, які зверталися

тільки за амбулаторною допомогою. Двічі звернулися за медичною допомогою 21,6 % (1910 з 8826) дорослих.

3. Частка пацієнтів з діагнозами класів «Хвороби крові та кровотворних органів, та окремі порушення з залученням імунного механізму» становить 2,3 % (614 з 26 010) дорослих.

Отже звертає увагу значна кількість пацієнтів, які один чи 2 рази звернулися за медичною допомогою в амбулаторних умовах, а заплачено за ці випадки за повним тарифом.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Проведений аналіз дозволив сформуванати основні рекомендації щодо змін до Програми медичних гарантій на наступні роки.

1. Зміни до підстав надання послуг в рамках онкологічних пакетів:

- Рекомендуємо виключити з 38 пакету діагнози, які не відносяться до онкогематологічних захворювань класу D45-82 «Хвороби крові та кровотворних органів, та окремі порушення з залученням імунного механізму», оскільки відповідно до австралійських стандартів хвороби класу D, що включено в перелік підстав надання медичних послуг, відносяться до декількох ДСГ зі значно меншим коефіцієнтом.
- Пропонуємо всі випадки з онкологічними та онкогематологічними діагнозами, в яких закодowano інтервенції щодо введення протипухлинного лікарського засобу (крім перорального введення) включати у ДСГ «Хіміотерапія» зі значно меншим коефіцієнтом і в якості пілотного проекту запровадити діагностичні коефіцієнти за складність випадку. Порівняння коефіцієнтів щодо введення протипухлинного лікарського засобу: коефіцієнт в ДСГ «Хіміотерапія» становить 0,33, а в ДСГ «Гостра лейкемія» – 4,21, в ДСГ «Лімфома і хронічна лейкемія» – 1,61, в ДСГ «Інші неопластичні захворювання» – 1,69.
- Рекомендуємо в стаціонарних умовах включати в онкологічні та онкогематологічні ДСГ тільки випадки лікування злоякісних новоутворень та онкогематологічних захворювань з вказанням в клінічному статусі «активний» або «рецидив», а у випадку «ремісії» оплачувати за

терапевтичним пакетом. Так, до прикладу, коефіцієнт в ДСГ «Інші неопластичні захворювання» коливається від 3,04 при високій складності до 0,69 при низькій складності випадку (різниця в 4,4 рази).

2. Відповідність наданих медичних послуг пацієнтам з онкогематологічними захворюваннями тарифу:

- Пропонуємо не включати в подальшому у розрахунок глобального бюджету пацієнтів, які зверталися тільки за амбулаторною допомогою менше за 3 рази в рамках 17 та 38 пакетів, що дозволить ефективніше використовувати фінансових ресурсів, оскільки оплата буде проводитись за фактично надані послуги, а не за віртуальні.

CONCLUSIONS / ВИСНОВКИ

1. Виявлено певні невідповідності вибору діагнозів для включення у перелік підстав надання медичних послуг та нечіткість критеріїв включення випадку в пакет, коли конкретний діагноз є критерієм включення як в 38 пакет, так і в відповідну ДСГ, але з різним фінансуванням.

2. Опрацьовано рекомендації щодо змін до Програми медичних гарантій у напрямку «Онкологія», а саме до взаємодій у межах пакету

- Перейти на оплату пролікованих випадків за ДСГ відповідно до австралійських стандартів, при цьому базовими кроками повинні стати виділення ДСГ «Хіміотерапія» та включення радіотерапії у відповідну ДСГ. А всі амбулаторні послуги оплачувати в рамках амбулаторного пакету.

Таким чином, лише системний підхід до вирішення запропонованих заходів із залученням всіх необхідних служб та закладів дозволить удосконалити Програму медичних гарантій [6, 7, 8] за напрямом «Онкологія», що приведе у відповідність оплату за тарифами до наданих медичних послуг пацієнтам з онкологічними та онкогематологічними захворюваннями та покращить рівень надання медичної допомоги таким хворим.

«Лікування та супровід дорослих та дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах», які стосуються підстав надання послуг в рамках онкологічних пакетів та узгодженості наданих медичних послуг пацієнтам з онкогематологічними захворюваннями із тарифом, що дозволить належним чином оплачувати медичні послуги, надані пацієнтам з онкогематологічними захворюваннями та удосконалити надання медичної допомоги таким пацієнтам.

PROSPECTS FOR FUTURE RESEARCH / ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Передбачається провести порівняльний аналіз взаємодій в межах інших онкологічних пакетів та розробити комплексні рекомендації щодо змін до Програми медичних гарантій напрямку «Онкологія».

CONFLICT OF INTEREST / КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Автори декларують відсутність явних і потенційних конфліктів інтересів, про які необхідно повідомити в зв'язку з публікацією даної статті.

FUNDING / ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ

Відсутні.

AUTHOR CONTRIBUTIONS / ВКЛАД АВТОРІВ

Усі автори зробили істотний внесок у написання цієї статті. Вони несуть повну відповідальність за всі аспекти роботи і вирішення питань, пов'язаних з точністю або цілісністю наведеної інформації.

REFERENCES/СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. On state financial guarantees of medical care for the population. Law of Ukraine dated October 19, 2017 No. 2168-VIII. [Electronic resource]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
2. Program of medical guarantees: implementation in Ukraine. [Electronic resource]. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantij_vprovadzenna_v_ukraini.pdf

3. Some issues of implementation of the program of state guarantees of medical care for the population in 2022. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated December 29, 2021 No. 1440 (edition dated November 15, 2022). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text>
4. Budget of the Medical Guarantees Program-2022: NHSU. URL: <https://nszu.gov.ua/novini/byudzhet-programi-medichnih-garantij-2022-na-338-milyarda-bi-684>
5. Gutor T, Zimenkovsky A, Mysak Z. Statistical methods to improve the quality assessment of clinical audit results. *Acta Medica Leopoliensia*. 2022;28(3-4): 9-21. <https://doi.org/10.25040/aml2022.3-4.009>
6. Ataguba JE, Kabaniha GA. Characterizing key misconceptions of equity in health financing for universal health coverage. *Health Policy Plan*. 2022 Aug 3;37(7):928-931. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czac041>
7. Yang F, Chen M, Si L. What can we learn from China's health insurance reform to improve the horizontal equity of healthcare financing? *Int J Equity Health*. 2022 Dec 1;21(1):170. doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01793-3>
8. Yang L, Sun L, Wen L, Zhang H, Li C, Hanson K, Fang H. Financing strategies to improve essential public health equalization and its effects in China. *Int J Equity Health*. 2016 Dec 1;15(1):194. doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0482-x>

Received 06.04.2023

Accepted 08.05.2023

Одержано 06.04.2023

Затверджено до друку 08.05.2023

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS / ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Гусак Наталія Борисівна – голова Національної служби здоров'я України; проспект Степана Бандери, 19, м. Київ, 04073; e-mail: husaknataliya2@gmail.com

Зуб Валерій Олексійович – кандидат медичних наук, докторант кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112; e-mail: zub.valeriyoleksiyovych@gmail.com

Котуза Андрій Степанович – доктор медичних наук, професор, заступник головного лікаря з організаційної роботи клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами; вул. Академіка Заболотного, 21, м. Київ, 03680; e-mail: nauka@feofaniya.org