

АНАЛІЗ НАДАНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗА ПАКЕТОМ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ «ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТА СУПРОВІД ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ У АМБУЛАТОРНИХ ТА СТАЦІОНАРНИХ УМОВАХ»

¹ Гусак Н.Б. <https://orcid.org/0009-0000-4651-5438>

² Котуза А.С. <https://orcid.org/0000-0002-1910-0197>

³ Зуб В.О. <https://orcid.org/0000-0001-9823-4216>

¹ Національна служба здоров'я України, Київ, Україна

² Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, Київ, Україна

³ Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Київ, Україна

zub.valeriyoleksiyovych@gmail.com

Актуальність. Запроваджені в Національній службі здоров'я України підходи до критеріїв віднесення пролікованого випадку/взаємодії до пакету за напрямом «Онкологія» та принципи їх оплати потребують оптимізації з метою попередження ризиків запровадження неадекватних тарифів, а саме: не надання послуг на визначену в тарифі суму та подвійного/потрійного фінансування.

Ціль: дослідити та ідентифікувати основні дефекти та прогалини в існуючих правилах групера щодо віднесення пролікованого випадку/взаємодії до пакету за напрямом «Онкологія» та розробити за отриманими даними пропозиції до удосконалення існуючих правил групера за даним напрямом.

Матеріали та методи. Проведено одномоментне описово-аналітичне дослідження аналізу наданих медичних послуг за онкологічним пакетом 17 «Хіміотерапевтичне лікування та супровід дорослих та дітей з онкологічними захворюваннями у амбулаторних та стаціонарних умовах» за перші 8 місяців 2022 р. в Україні. Використано статистичні методи, структурно-логічний аналіз та системний підхід.

Результати. Дослідженням встановлено певні прогалини в кодуванні діагнозів за діагностично спорідненою групою «R63 Хіміотерапія», однією з яких є неправильне кодування основного діагнозу при проведенні хіміотерапевтичного лікування, оскільки лише в 20% усіх Електронних Медичних Записів (ЕМЗ) основний діагноз був закодований відповідно до австралійської системи кодування (код Z51.1). Також виявлено неправильне кодування онкологічних захворювань, що може сприяти збільшенню оплати випадку. Так, всього за 8 місяців 2022 року зареєстровано 19 368 взаємодій, з них 35,7% (6923) без додаткових діагнозів, тобто за такими ЕМЗ здійснено оплату без чітких критеріїв наявності злоякісного новоутворення, що суперечить вимогам 17 пакету.

Висновок. На підставі отриманих результатів пропонується внесення змін до Програми медичних гарантій напрямку «Онкологія» та запровадження автоматичного медичного моніторингу ЕМЗ, в яких закодовано основний діагноз визначених категорій класів С та D, що дозволить привести у відповідність надані медичні послуги пацієнтам з онкогематологічними захворюваннями до тарифу.

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

Актуальність. Із 2020 року на виконання Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [1] Програма медичних гарантій запрацювала в повному обсязі. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) закуповує медичні послуги у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) усіх рівнів надання медичної допомоги і оплачує

їх за договором, в тому числі й за напрямом «Онкологія» [2, 3, 4]. Процедура закупівель медичних послуг передбачає дотримання надавачами умов надання послуг та специфікацій на конкретні послуги чи групи послуг. Проте, запроваджені в Національній службі здоров'я України підходи до критеріїв віднесення пролікованого випадку/взаємодії до пакету за на-

прямом «Онкологія» та принципи їх оплати потребують оптимізації з метою попередження ризиків запровадження неадекватних тарифів, а саме: не надання послуг на визначену в тарифі суму та подвійного/потрійного фінансування.

Ціль: дослідити та ідентифікувати основні дефекти та прогалини в існуючих правилах групера щодо віднесення пролікованого випадку/взаємодії до пакету за напрямом «Онкологія» та розробити за отриманими даними пропозиції до удосконалення існуючих правил групера за даним напрямом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено одномоментне описово-аналітичне дослідження аналізу наданих медичних послуг за онкологічним пакетом 17 «Хіміотерапевтичне лікування та супровід дорослих та дітей з онкологічними захворюваннями у амбулаторних та стаціонарних умовах» за перші 8 місяців 2022 р. в Україні, за даними Національної служби здоров'я України (НСЗУ), та нормативно-правових актів, які регулюють питання реалізації Програми медичних гарантій [2]. Критеріями входження в пакет є перелік кодів діагнозів Міжнародної статистичної класифікації хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я 10 перегляду (МКХ-10) рубрики C та D і перелік інтервенцій, що стосуються введення протипухлинного препарату. Оплата за цим пакетом здійснюється за глобальною ставкою, яка становить 36807 гривень за готовність надати лікування одній особі. При цьому застосовують такі коригувальні коефіцієнтів залежно від віку пацієнтів: 3,555 – за готовність надати медичні послуги пацієнтам, яким не виповнилося 18 років; 0,97 – за готовність надати медичні послуги пацієнтам від 18 років і старше.

У роботі проводився аналіз адекватності критеріїв для входження Електронних Медичних Записів (ЕМЗ) в пакет з точки зору австралійських стандартів кодування (АСК) та клінічних підходів, а також відповідності тарифу наданим медичним послугам пацієнтам з онкологічними та онкогематологічними захво-

рюваннями в рамках 17 пакету.

Аналіз даних в рамках 17 пакету проводився на загальній вибірці усіх взаємодій з використанням статистичних методів, структурно-логічного аналізу та системного підходу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дослідженням встановлено, що діагностично споріднені групи (ДСГ) в Україні та Австралії майже однакові, проте існують певні відмінності. По-перше, це відсутність таких ДСГ в Україні як R05 «Аллогенна трансплантація кісткового мозку» та R06 «Аутологічна трансплантація кісткового мозку», хоча в проаналізованих ЕМЗ існують взаємодії з інтервенціями, які відносяться до вказаних ДСГ. Слід також звернути увагу на те, що лише в єдиній ДСГ R05 з-поміж усіх введено диференціювання послуг для дітей та дорослих, тоді як в усіх інших ДСГ такого диференціювання немає (табл. 1).

По-друге, це відсутність в Україні підгруп за рівнем складності в більшості ДСГ. По-третє, назва ДСГ R63 в Україні відрізняється від назви в Австралії. Так, в АСК ця група має назву «R63 Хіміотерапія», а в українській ДСГ – «R63 Хіміостаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій», при цьому назва ДСГ в українській інтерпретації значно змінює сутність даної діагностично спорідненої групи.

Також були встановлені прогалини в кодуванні діагнозів за ДСГ R63. Так, і в Австралії, і в Україні, визначено, що критерієм входження ДСГ R63 є тільки діагноз за кодом Z51.1 «Курс фармакотерапії при новоутворенні», при цьому даний діагноз виставляється при проведенні хіміотерапії, яка позначається відповідними кодами. Проте, лише в 20% усіх ЕМЗ основний діагноз був закодований відповідно до АСК за кодом Z51.1.

При аналізі взаємодій також було виявлено ряд проблем. Зокрема, встановлено паралельне існування хіміотерапевтичного пакету та ДСГ R63 «Хіміостаціонарна допомога» в рамках терапевтичного пакету, що призводить до подвійної оплати за одну і ту ж послугу. Напри-

Таблиця 1

Порівняння українських та австралійських ДСГ за напрямком «Онкологія»

Австралія		Україна			Вартість за пакетом
ДСГ, назва	Коефі- цієнт	ДСГ, назва	Коефі- цієнт	Вартість за ДСГ	
Хірургічні ДСГ					
R05 Аллогенна трансплантація кісткового мозку	18,29	відсутня	-	-	-
R05A вік <=16 років або Висока складність	22,60	відсутня	-	-	-
R05 B вік >=17 років та Низька складність	13,99	відсутня	-	-	-
R06 Аутологічна трансплантація кісткового мозку	7,57	відсутня	-	-	-
R06 A Висока складність	9,66	відсутня	-	-	-
R06 B Низька складність	5,49	відсутня	-	-	-
R01 Лімфома та лейкемія із значними загальними втручаннями	6,89	R01 Лімфома та лейкемія із значними загальними втручаннями	3,479	26 113	Хірургічні ДСГ
R01A – складність висока	9,17	відсутня	-	-	
R01B – складність помірна	4,61	відсутня	-	-	
R02 Інші неопластичні захворювання із значними загальними втручаннями	4,23	R02 Інші неопластичні захворювання із значними загальними втручаннями	1,778	13 346	Хірургічні ДСГ
R02A – складність висока	6,87	відсутня	-	-	
R02B – складність помірна	4,0	відсутня	-	-	
R02C – складність низька	1,83	відсутня	-	-	
R03 Лімфома та лейкемія з іншими загальними втручаннями	6,55	R03 Лімфома та лейкемія з іншими загальними втручаннями	3,258	24 455	Хірургічні ДСГ
R03A – складність висока	12,66	відсутня			
R03B – складність помірна	5,03	відсутня			
R03C – складність низька	1,94	відсутня			
R04 Інші неопластичні захворювання з іншими загальними втручаннями	2,76	R04 Інші неопластичні захворювання з іншими загальними втручаннями	0,837	6 283	Хірургічні ДСГ
R04A – складність висока	3,85	відсутня			
R04B – складність помірна	1,67	відсутня			

Терапевтичні ДСГ					
R60 Гостра лейкемія	4,21	R60 Гостра лейкемія	2,69	20 191	74429 гривень Коеф. 3,008 – для дітей; Коеф. 0,824 – для дорослих
R60A – складність висока	8,42	відсутня			
R60B – складність помірна	2,68	відсутня			
R60C – складність помірна	1,52	відсутня			
R61 Лімфома і хронічна лейкемія	1,85	R61 Лімфома і хронічна лейкемія	1,185	8 895	74429 гривень Коеф. 3,008 – для дітей; Коеф. 0,824 – для дорослих
R61A – складність висока	3,17	відсутня			
R61B – складність помірна	1,61	відсутня			
R61C – складність помірна	0,78	відсутня			
R62 Інші неопластичні захворювання	1,69	R62 Інші неопластичні захворювання	1,083	8 129	36807 гривень Коеф. 3,55 – для дітей; Коеф. 0,97 – для дорослих
R62A – складність висока	3,04				
R62B – складність помірна	1,35				
R62C – складність помірна	0,69				
R63 Хіміотерапія	0,33	R63 Хіміоста-ціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	0,21	1 576	36807 гривень Коеф. 3,55 – для дітей; Коеф. 0,97 – для дорослих

клад, за послугу «Внутрішньовенне введення протипухлинного препарату», ЗОЗ з контрактом на 17 пакет від НСЗУ отримує 36807 грн, а ЗОЗ без контракту на 17 пакет – 1576 грн. Причому в рамках хіміотерапевтичного пакету немає диференціювання на дорослих та дітей, а в 17 пакеті є, що призводить до різниці в оплаті для дорослих у 22,65 рази, для дітей – в 83 рази. У цьому випадку виникає питання щодо різної оплати закладам за однакову послугу, для виконання якої не потрібно унікального обладнання.

Також нами встановлено, що правило групери щодо включення пролікованого випадку в 17 пакет в Україні не відповідає австралійським стандартам кодування, оскільки за АСК інтервенція «введення протипухлинного препарату пероральний шлях» не повинна кодуватися ні в стаціонарних, ні в амбулаторних умовах (АСК стандарт 0044 Хіміотерапія), і відповідно не повинна оплачуватися. Проте, за даними Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) за 8 місяців у 17 пакет було

включено і оплачено цю послугу для 205 дітей та 16654 дорослих. Це при тому, що їм в Електронному медичному записі було закодовано тільки ентеральне / оральне / неуточнене введення протипухлинного засобу (3 інтервенції) при наданні медичних послуг в амбулаторних та стаціонарних умовах.

Дослідження співставлень вимог програми медичних гарантій на 2023 рік та АСК показало невідповідність правил групери щодо входження пролікованого випадку в 17 пакет. Так, за групером НСЗУ підставами для віднесення випадку в 17 пакет є діагнози класів D10-D49 «Доброякісні новоутворення та Новоутворення невизначеного або невідомого характеру», які, відповідно до австралійських стандартів не входять в онкологічні ДСГ. Також у вимогах до 17 пакету зазначено, що підставами надання послуги є «направлення пацієнта з клінічно та морфологічно підтвердженим злоякісним захворюванням», що також не належить до класів D10-D49. Усього за 8 місяців за 17 пакетом було оплачено закладам за лікування 18 дітей

та 111 дорослих з вище вказаними діагнозами. У той же час порівняльний аналіз австралійських та українських ДСГ та їх коефіцієнтів показав, що в перелік діагнозів для входження в 17 пакет включено діагнози категорії доброякісні новоутворення з мінімальними коефіцієнтами (табл. 2).

До прикладу, в 17 пакет включено діагноз D17.6 «Доброякісне новоутворення жирової тканини сім'яного канатика» з коефіцієнтом 0,302 та оплатою випадку 2267 грн. і якщо за-

клад має 17 пакет за лікування такого випадку, то він отримає 35702 грн за дорослого або 130848 грн за дитину, а заклад без даного пакету – 2267 грн, хоча лікування даного захворювання є однаковим і не потребує унікального обладнання. Таким чином, включення діагнозів класу D10-D49 в 17 пакет з клінічної та фінансової точки зору є необґрунтованим, оскільки вартість випадку в рамках 17 пакету є майже в 10 раз є вищою за оплату в рамках відповідної ДСГ.

Таблиця 2

Порівняння українських та австралійських ДСГ щодо захворювань класу D в рамках 17 пакету

Діагноз	ДСГ, назва	Коеф. Австралія	Коеф. Україна	Сума за ДСГ	Сума за пакетом
D10.00-D10.03 Доброякісні новоутворення ротової порожнини та глотки (+інтервенції) D16.5	D40	0,65	0,522	3 918	36068
D10.00-D10.03 Доброякісні новоутворення ротової порожнини та глотки	D67	0,68	0,53	3 978	36068
D10.4-D10.9 Доброякісні новоутворення ротової порожнини та глотки D11 Доброякісне новоутворення великих слинних залоз D14.0- D14.1	D66	0,55	0,421	3 160	36068
D12 Доброякісне новоутворення ободової кишки, прямої кишки, ануса та анального каналу D13.0-D13.7	G70	0,76	0,594	4 459	36068
D13.4-D13.5 Інші захворювання печінки	H63	1,13	0,79	5 930	36068
D13.7 Ендокринні порушення	K64	1,0	0,708	5 314	36068
D14.2- D14.4 Новоутворення органів дихання D15.2, D15.7, D15.9, D16.7, D17.4, E71	E71	1,8	1,285	9 645	36068
D15.1 Інші захворювання органів кровообігу	F75	1,69	1,158	8 692	36068
D16 Доброякісне новоутворення кісток та суглобових хрящів	I76	0,86	0,618	4 639	36068
D17. Доброякісне новоутворення жирової тканини шкіри та підшкірної клітковини голови, обличчя та шиї D22	J67	0,71	0,522	3 918	36068
D17.6Доброякісне новоутворення жирової тканини сім'яного канатика	M64	0,45	0,302	2 267	36068

У результаті проведеного аналізу нами також було виявлено неправильне кодування деяких онкологічних захворювань, що може сприяти збільшенню оплати випадку. Згідно з діючим групером, критерієм входження в 17 пакет є такі діагнози: Z08.2 «Подальше обстеження після комбінованого лікування злоякісного новоутворення», Z08.7 «Подальше обстеження після комбінованого лікування злоякісного новоутворення», Z51.1 «Курс фармакотерапії при новоутворенні» та Z54.2 «Період видужування після хіміотерапії», при цьому за АСК в додаткових діагнозах обов'язково повинен стояти діагноз класу С або D, тобто злоякісне новоутворення (для підтвердження того, що хіміотерапевтичне лікування проводилось саме при злоякісному новоутворенні, а не при інших захворюваннях). Усього за 8 місяців 2022 року в Україні було зареєстровано 19 368 взаємодій, з них 35,7% (6923) без додаткових діагнозів, тобто за такими ЕМЗ здійснено оплату без чітких критеріїв наявності злоякісного новоутворення, що суперечить вимогам 17 пакету.

Проведений аналіз дозволив сформулювати основні пропозиції та їх обґрунтування для внесення змін з метою удосконалення Програми медичних гарантій напрямку «Онкологія» на майбутні роки:

1. Рекомендуємо виключити з 17 пакету хвороби категорії «Доброякісні новоутворення» та привести перелік хвороб для входження в пакет відповідно до австралійських стандартів, оскільки включення доброякісних захворювань в онкологічний пакет суперечить вимогам 17 пакету (підставою є «направлення лікуючого лікаря, видане пацієнтам з клінічно та морфологічно встановленим діагнозом злоякісного новоутворення») та австралійським стандартам, в яких доброякісні новоутворення не входять в онкологічні ДСГ, а також сприяє нецільовому використанню ресурсів.
2. Пропонуємо змінити ідеологію всіх онкологічних пакетів, а саме прибрати такі компоненти пакету як супровід та амбулаторна допомога і застосувати новий підхід, зокрема: всі відвідування пацієнта з онкологічними

та онкогематологічними діагнозами в амбулаторних умовах відносити до амбулаторного пакету, крім випадків, в яких заcodовано «введення протипухлинного препарату»; всі випадки з онкологічними та онкогематологічними діагнозами (17 та 38 пакети), в яких заcodовано інтервенції щодо введення протипухлинного лікарського засобу (крім перорального введення) включати у ДСГ «Хіміотерапія», зі значно меншим коефіцієнтом. Так, коефіцієнт в ДСГ «Хіміотерапія» становить 0,33, а в ДСГ «Гостра лейкемія» – 4,21, ДСГ «Лімфома і хронічна лейкемія» – 1,61, а в ДСГ «Інші неопластичні захворювання» – 1,69, тому пропонуємо привести групер у відповідності до австралійських стандартів кодування.

3. Рекомендуємо не включати в розрахунок глобального бюджету пацієнтів, яким при наданні медичних послуг в амбулаторних умовах при всіх взаємодіях, заведених на нього, критерієм входження в пакет було заcodовано тільки «Ентеральне введення фармакологічного засобу, протипухлинний засіб» та «Оральний шлях введення фармакологічного засобу, протипухлинний засіб», оскільки за АСК ці інтервенції не повинні кодуватися і, відповідно, оплачуватися. Також рекомендуємо не включати інтервенції «Інший шлях введення фармакологічного засобу, протипухлинний засіб» та «Неуточнений шлях введення фармакологічного засобу», оскільки заклад звітує про інтервенції, проведені в закладі, тому вони знають куди вводиться препарат.
4. Пропонуємо розробити тригери для автоматичного та медичного моніторингу ЕМЗ, в яких заcodовано основний діагноз визначених категорій МКХ-10 класів С та D та запровадити автоматичний моніторинг в рамках терапевтичного пакету щодо перевірки онкологічних ДСГ, коли основним діагнозом заcodовано онкологічні захворювання. А також ввести автоматичний медичний моніторинг правильності кодування в рамках онкологічних пакетів. Оскільки нами виявлені випадки, коли в закладах без наявного договору на пакети за напрямом

«онкологія» потрапляють у терапевтичний пакет проліковані випадки з закодованим діагнозом класу С та D такі ДСГ:

- R60 Гостра лейкемія з коефіцієнтом 2,69 (тариф 20191 грн.),
- R61 Лімфома і хронічна лейкемія з коефіцієнтом 1,185 (тариф 8895 грн.),
- R62 Інші неопластичні захворювання з коефіцієнтом 1,083 (тариф 8129 грн.).

В таких ситуаціях, якщо лікарі закладу (без онкологічного пакету) в якості основного діагнозу закодують гострий лейкоз, то випадок потрапляє у ДСГ R60 Гостра лейкемія з коефіцієнтом 2,69 (тариф 20191 грн.). Якщо пацієнт з таким діагнозом госпіталізувався 5 разів, то НСЗУ порахує в глобальний бюджет або заплатити 100955 грн. (оплата за кожний випадок госпіталізації). При цьому безпосередньо причиною таких госпіталізацій може не бути лікування лейкозу, а наприклад, гіпертонічний криз або перелом руки. Тоді в такому випадку лейкоз не може бути основним діагнозом. У той же час, якщо цей пацієнт буде 5 разів госпіталізований з приводу лікування гострого лейкозу у заклад з наявним контрактом на онкологічний пакет НСЗУ заплатити вдвічі менше – 36807 грн. Тому, на нашу думку, всі випадки визначених категорій класів С та D в рамках терапевтичного пакету повинні підлягати на першому етапі автоматичному моніторингу, а на другому – медичному в ручному режимі.

5. Таким чином, кодування онкологічних захворювань має дуже багато нюансів, які лікарі у своїй звичайній напруженій практиці не в змозі запам'ятати, крім того лікарі або інші особи не несуть за це ніякої адміні-

стративної відповідальності. Тому рекомендуємо розробити навчальний курс щодо правильності кодування онкологічних та онкогематологічних діагнозів для спеціально визначених у закладах осіб-кодувальників, які мають право кодувати діагнози та інтервенції. Навчання повинно проводитись для визначених та затверджених адміністрацією закладу осіб, які повинні відповідати за ведення ЕМЗ, правильність кодування, навчати інших працівників свого закладу тощо.

Наведені рекомендації допоможуть усунути невідповідності та прогалини в Програмі медичних гарантій напрямку «Онкологія», що дозволить покращити рівень надання медичної допомоги онкопацієнтам [5-8] та збалансувати фінансування пролікованих випадків цього напрямку.

ВИСНОВКИ

На підставі отриманих результатів пропонується внесення змін до Програми медичних гарантій напрямку «Онкологія» та запровадження автоматичного медичного моніторингу ЕМЗ, в яких закодовано основний діагноз визначених категорій класів С та D, що дозволить привести у відповідність надані медичні послуги пацієнтам з онкогематологічними захворюваннями до тарифу.

Конфлікт інтересів. Автори рукопису стверджують, що конфлікт інтересів під час виконання дослідження та написання рукопису відсутній.

Джерела фінансування. Дослідження було виконано без зовнішнього фінансування.

REFERENCES

1. [On state financial guarantees of medical care for the population]. Law of Ukraine No. 2168-VIII dated October 19, 2017 (edition dated January 1, 2023). [in Ukrainian]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
2. [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). [in Ukrainian]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text>

3. Budget of the Medical Guarantees Program-2022: NHSU. [in Ukrainian]. URL: <https://nszu.gov.ua/novini/byudzheth-programi-medichnih-garantij-2022-na-338-milyarda-bi-684>
4. From diagnosis to rehabilitation: NHSU. [in Ukrainian]. URL: <https://nszu.gov.ua/novini/vid-diaagnostiki-do-reabilitaciyi-yake-bezoplatne-likuvannya-825>
5. Zimenkovsky AB, Gutor TG, Lesniak OM. Quality assessment of medical care according to data of annual reports (as exemplified by Urology Department of Municipal Non-profit Enterprise «Lviv Clinical Emergency Hospital»). *Acta Medica Leopoliensia*. 2021. DOI: 10.25040/aml2021.01-02.083
6. Haggstrom DA, Doebebling BN. Quality measurement and system change of cancer care delivery. *Med Care*. 2011 Dec. DOI: 10.1097/MLR.0b013e3181d59529
7. Mukai H, Higashi T, Sasaki M, Sobue T. Quality evaluation of medical care for breast cancer in Japan. *Int J Qual Health Care*. 2016 Feb. DOI: 10.1093/intqhc/mzv109
8. Samuel CA, Zaslavsky AM, Landrum MB, Lorenz K, Keating NL. Developing and Evaluating Composite Measures of Cancer Care Quality. *Med Care*. 2015 Jan. DOI: 10.1097/MLR.0000000000000257

ANALYSIS OF PROVIDED MEDICAL SERVICES IN THE MEDICAL GUARANTEES PROGRAM PACKAGE «CHEMOTHERAPY TREATMENT AND MAINTENANCE OF ADULTS AND CHILDREN WITH ONCOLOGICAL DISEASES IN OUTPATIENT AND INPATIENT SETTINGS»

¹Husak N.B., ²Zub V.O., ³Kotuz A.S.

¹The National Health Service of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

³Feofaniya Clinical Hospital, State Management of Affairs of Ukraine, Kyiv, Ukraine

zub.valeriyoleksiyovych@gmail.com

Background. The approaches to the criteria for assigning a treated case/interaction to the “Oncology” package and the principles of their payment introduced in the National Health Service of Ukraine need to be optimized in order to prevent the risks of introducing inadequate rates, namely: not providing services for the amount specified in the rate and double/triple funding.

Aim: to investigate and identify the main defects and gaps in the existing U-Grouper rules regarding the assignment of a treated case/interaction to a package in the field of “Oncology” and to develop recommendations for improving the existing U-Grouper rules in this field based on the findings.

Materials and methods. A single descriptive-analytical study of the analysis of medical services provided in the oncology package 17 “Chemotherapy treatment and maintenance of adults and children with oncological diseases in outpatient and inpatient settings” for the first 8 months of 2022 in Ukraine was performed. Statistical methods, structural-logical analysis and systematic approach were used.

Results. The study found certain gaps in the coding of diagnoses under the diagnostically related group “R63 Chemotherapy”, one of which is the incorrect coding of the main diagnosis during chemotherapy treatment, as only 20% of all Electronic Medical Records (EMRs) had the main diagnosis coded according to the Australian coding system (code Z51.1). Incorrect coding of oncological diseases was also detected, which may contribute to an increase in the payment of the case. Thus, in just 8 months of 2022, 19,368 interactions were registered, of which 35.7% (6,923) were without additional diagnoses, i.e., payment was made for such EMRs without clear criteria for the presence of a malignant neoplasm, which contradicts the requirements of the 17th package.

Conclusions. Based on the findings, it is proposed to make changes to the Medical Guarantees Program in the field of “Oncology” and to introduce automatic medical monitoring of EMRs, in which the main diagnosis of certain categories of classes C and D is coded, which will allow to bring the medical services provided to patients with oncohematological diseases into compliance with the rate.

Key words: oncology, medical guarantees program in the field of “Oncology”, medical services, rate.