

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
_____ 2017 р. № _____

МЕТОДИКА РОЗРАХУНКУ ВАРТОСТІ ПОСЛУГИ З МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

I. Загальна частина

1. Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування (далі – Методика) розроблена на виконання відповідних положень частини шостої статті 18 Основ законодавства України про охорону здоров'я і визначає методологію та порядок обліку фактичних витрат, які здійснюють заклади охорони здоров'я у зв'язку з наданням медичних послуг і враховуються при встановленні єдиних тарифів (ставок оплати) за медичні послуги, що надаються відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми державних гарантій медичного обслуговування населення згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (далі – програма медичних гарантій).

Методика спрямована на забезпечення стандартизації та уніфікації підходів до обліку витрат в закладах охорони здоров'я України та встановлення базових принципів універсальної національної системи розрахунку вартості послуг з медичного обслуговування, фінансування яких забезпечується за рахунок бюджетних коштів у межах програми медичних гарантій.

У рамках Методики врегульовані ключові методологічні аспекти процесу обліку витрат на основі методу стандартного аналізу витрат шляхом їх покрокового розподілу «зверху донизу».

2. Методика є обов'язковою для застосування:

референтними закладами охорони здоров'я, дані аналізу витрат у яких використовуються для розрахунку єдиних тарифів на медичні послуги в межах програми медичних гарантій – для обліку та аналізу фактичних витрат, пов'язаних з наданням вказаних послуг;

МОЗ – при розробці пропозицій щодо єдиних тарифів на медичні послуги в межах програми медичних гарантій.

3. Як один з інструментів поліпшення внутрішнього управління витратами Методика може використовуватися також в інших, ніж зазначені у пункті 2, закладах охорони здоров'я, які надають медичні послуги у межах програми медичних гарантій.

4. У Методиці терміни вживаються у такому значенні:

адміністративні підрозділи – структурні підрозділи, які надають іншим відділенням/підрозділам допоміжні послуги, пов'язані з виникненням накладних витрат;

вартість одиниці послуги – вартість визначеної законодавством одиниці кінцевого продукту/результату надання медичного обслуговування, (пролікованого випадку, лабораторного тесту тощо);

допоміжні медичні підрозділи – структурні підрозділи, які надають основним клінічним відділенням допоміжні послуги, пов'язані із забезпеченням діагностики та лікування;

загальна (повна) вартість – вартість усіх ресурсів, що використовуються закладом охорони здоров'я для виробництва послуги з медичного обслуговування, включно з прямими та непрямими витратами;

критерії розподілу – правило (або значення параметра), що використовується для розподілу непрямих витрат між структурними підрозділами закладу охорони здоров'я. Критерій розподілу безпосередньо пов'язаний з витратами, що розподіляються, або з причиною їх виникнення;

непрямі витрати – вартість виробничих ресурсів (комунальні послуги, адміністративні видатки, накладні витрати тощо), які важко простежити безпосередньо до конкретних об'єктів витрат (організацій, відділень, послуг, пацієнтів тощо) та які мають розподілятися;

одиниця послуг – визначена законодавством одиниця кінцевого продукту/результату надання медичного обслуговування у стаціонарних або амбулаторних умовах, для якої встановлюються тарифи (ставки) оплати;

основні клінічні відділення – структурні підрозділи, які безпосередньо надають пацієнтам медичні послуги;

прямі витрати – вартість виробничих ресурсів (персоналу, лікарських засобів тощо), які безпосередньо пов'язані з виробництвом медичної послуги, та за даними бухгалтерського обліку можуть бути безпосередньо віднесені

до об'єкта витрат (до структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, послуги або конкретного пацієнта);

референтна вартість медичної послуги – вартість конкретної послуги у кожному окремому референтному закладі охорони здоров'я, визначена на основі Методики, дані про яку використовується для розрахунку єдиних тарифів на медичні послуги, що надаються за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми медичних гарантій;

референтні заклади охорони здоров'я – визначені Міністерством охорони здоров'я заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності, дані аналізу витрат у яких використовуються для розрахунку єдиних тарифів на медичні послуги, що надаються за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми медичних гарантій;

центр витрат – чітко визначена неподільна до більш низького рівня організаційна одиниця надавача медичних послуг, в якій накопичуються витрати (у т.ч. прямі і непрямі витрати).

Інші терміни вживаються у значенні, наведеному в Основах законодавства України про охорону здоров'я та Бюджетному кодексі України.

II. Аналіз обліку витрат із застосуванням методу покрокового розподілу витрат «зверху донизу»

5. Метод покрокового розподілу витрат «зверху донизу» передбачає проведення економічних розрахунків, результатом яких є розподіл усіх витрат закладу охорони здоров'я (як прямих, так і непрямих) «зверху донизу» від –адміністративних та допоміжних підрозділів (центрів витрат) до основних клінічних відділень (центрів витрат), для яких розраховується кінцева середня вартість одиниці медичної послуги (виписаний пацієнт, ліжко-день у стаціонарному відділенні лікарні, амбулаторне відвідування тощо) на основі критеріїв розподілу витрат, перелік та порядок застосування яких визначаються Міністерством охорони здоров'я.

6. У схематичному вигляді процес покрокового розподілу витрат наведений у додатку 1.

7. Аналіз видатків із використанням покрокового розподілу витрат «зверху донизу» здійснюється поетапно за таким алгоритмом:

1) стандартизація переліку клінічних відділень та структурних підрозділів закладу охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я визначає стандартний перелік і систему кодування основних клінічних відділень та типовий перелік адміністративних та допоміжних підрозділів закладів охорони здоров'я, що використовуються при застосуванні Методики.

Заклади охорони здоров'я використовують цей перелік для кодування своїх основних клінічних відділень, адміністративних та допоміжних підрозділів;

2) класифікація підрозділів/відділень закладу охорони здоров'я за типами центрів витрат.

Після стандартизації переліку структурних підрозділів закладу охорони здоров'я їх необхідно класифікувати за трьома типами відповідно до функціональної ролі того чи іншого підрозділу у забезпеченні діяльності закладу охорони здоров'я:

Адміністративні підрозділи – до таких підрозділів можуть бути віднесені адміністративно-управлінські підрозділи (керівництво, відділ кадрів, планово-економічний відділ, бухгалтерія, відділ статистики тощо), підрозділи загальногосподарського та технічного обслуговування (адміністративно-господарська частина, гараж, підрозділи технічного обслуговування медичного та немедичного обладнання, відділ інформаційних технологій, пральня, харчоблок, стерилізаційне відділення тощо).

Допоміжні медичні підрозділи – до таких підрозділів можуть бути віднесені лабораторії, підрозділи з проведення інструментальних та апаратних діагностичних досліджень, операційні блоки та підрозділи реанімації та інтенсивної терапії, що обслуговують потреби основних клінічних відділень. В окремих випадках допоміжні підрозділи можуть виконувати функції основних клінічних відділень.

Основні клінічні відділення – до таких відділень відносяться структурні підрозділи, які безпосередньо надають пацієнтам медичні послуги зі стаціонарного лікування, під час амбулаторних відвідувань чи у режимі денного стаціонару. Одиницями послуг основних клінічних відділень є виписані зі стаціонару пацієнти; використані для надання послуг у стаціонарному відділенні ліжко-дні; візити амбулаторних пацієнтів тощо. Результатом процесу обліку витрат є забезпечення розрахунку середньої вартості одиниць послуг для кожного основного клінічного відділення;

3) визначення видатків, які включатимуться до розрахунку витрат.

Загальний бюджет закладу охорони здоров'я, на основі якого здійснюється подальший розподіл витрат, охоплює усі витрати закладу з основного та спеціального фондів. Капітальні витрати (капітальний ремонт і закупівля високовартісного обладнання та інших основних засобів) і амортизація не включаються в аналіз витрат за Методикою, а враховуються додатково. Крім того, до аналізу витрат не включають витрати, що безпосередньо не пов'язані з наданням закладом охорони здоров'я медичних послуг, що не передбачені програмою медичних гарантій. Зокрема, до цього аналізу не входять витрати, пов'язані з медичними послугами, що надаються при виконанні закладами охорони здоров'я функції клінічних навчальних баз вищих навчальних медичних закладів освіти, що розташовані на базі лікарень, централізований перерозподіл ліків, який здійснюється через заклад охорони здоров'я тощо;

4) розподіл прямих витрат між усіма структурними підрозділами закладу.

На цьому етапі здійснюється розподіл загальної суми прямих витрат на всі адміністративні та допоміжні підрозділи, а також клінічні відділення закладу охорони здоров'я. Прямими витратами є витрати, які за даними бухгалтерського обліку можуть бути безпосередньо віднесені до центру витрат. Витрати, класифіковані як прямі витрати, можуть відрізнятися залежно від конкретного закладу, внутрішніх особливостей організації бухгалтерського обліку, рівня розвитку систем електронного збору та обробки даних, на основі яких відповідні заклади ведуть облік витрат у розрізі структурних підрозділів.

Для забезпечення необхідного рівня стандартизації та точності розрахунків до обов'язкового переліку прямих витрат включають:

витрати на заробітну плату та пов'язані з нею нарахування;

витрати на лікарські засоби;

витрати на технічне забезпечення та обслуговування (поточний ремонт) високовартісного обладнання;

комунальні витрати за можливості прямого віднесення;

5) визначення критеріїв розподілу витрат.

Цей етап передбачає прийняття рішення про визначення критеріїв розподілу для двох типів витрат:

критерії розподілу загальної суми непрямих витрат на основні клінічні відділення, адміністративні та допоміжні підрозділи закладу охорони здоров'я;

критерії розподілу всіх витрат (прямих і непрямих) на утримання адміністративних і допоміжних структурних підрозділів, на основні клінічні відділення закладу охорони здоров'я.

Для реалізації цього етапу заклад охорони здоров'я має визначити відповідні критерії розподілу витрат за допомогою примірного переліку цих критеріїв, що затверджується Міністерством охорони здоров'я. Більшість критеріїв являють собою значення окремих параметрів, що вимірюються (кількість ліжко-днів, лабораторних досліджень, використовуваних квадратних метрів площі приміщень або загальна кількість персоналу тощо), але можуть використовуватися і інші непрямі параметри, включаючи експертну оцінку, якщо більш точні дані недоступні.

Прикладом непрямих витрат можуть бути витрати закладу охорони здоров'я на оплату електроенергії. Для розподілу витрат на електроенергію безпосередньо до підрозділів було б необхідно безпосередньо виміряти обсяг споживання електроенергії за допомогою електричних лічильників із зазначенням при цьому кількості споживаних кіловат-годин. Це був би найточніший спосіб визначення вартості електроенергії, яка припадає на певний підрозділ. Однак заклади охорони здоров'я зазвичай не мають настільки докладних відомостей щодо споживання електроенергії, а, якщо вони і є, то електричні лічильники можуть реєструвати рівень споживання електроенергії разом для кількох підрозділів, об'єднаних загальним місцем розташування. Використання електроенергії у цьому прикладі має розглядатися як непрямі витрати, що вимагає застосування певного непрямого показника оцінки – критерію розподілу – для розподілу витрат за підрозділами.

У випадку споживаної електроенергії загальним критерієм розподілу витрат виступає площа приміщення (наприклад, кількість квадратних метрів) у кожному структурному підрозділі, яка застосовується в якості непрямого показника рівня споживання електроенергії. Це базується на припущенні, що підрозділи, які займають більшу площу, споживають більше електроенергії, тобто, вартість електроспоживання змінюється пропорційно площі, яку займає певний підрозділ у межах всього закладу. В даному випадку критерій розподілу витрат, виражений у квадратних метрах, є непрямим показником оцінки рівня споживання електроенергії структурними підрозділами та використовується для розподілу відповідних витрат на електроенергію.

Іншим прикладом розподілу витрат на утримання допоміжного підрозділу може бути лабораторія. Всі витрати на утримання лабораторії (прямі і непрямі) можуть бути розподілені на основні клінічні відділення пропорційно кількості проведених досліджень (критерій розподілу), які були зроблені для кожного основного клінічного відділення;

б) розподіл непрямих витрат.

Непрямі витрати розподіляються між усіма підрозділами/відділеннями закладу охорони здоров'я, включаючи адміністративні, допоміжні, а також клінічні відділення за допомогою критеріїв, визначених у підпункті 5 пункту 7, і відповідно до формули № 1:

$$IndirectCost_{ih} = IndirectCost_h \times \frac{AS_i}{\sum_{j=1}^{j=N} AS_j},$$

Формула № 1:

де:

$IndirectCost_{ih}$ – частка непрямих витрат (у грошовому вираженні) за статтею\виду витрат h , яка припадає на i -й підрозділ/відділення закладу охорони здоров'я;

$IndirectCost_h$ – частка (у грошовому вираженні) h -ої статті\виду непрямих витрат на рівні закладу охорони здоров'я, наприклад, загальна сума витрат лікарні на комунальні послуги;

AS_i – значення параметру для i -го підрозділу/відділення закладу охорони здоров'я, визначеного критерієм для розподілу непрямих витрат, наприклад, його площа;

$$\sum_{j=1}^{j=N} AS_j$$

- сума значень параметру витрат, визначеного критерієм для розподілу непрямих витрат для всього закладу охорони здоров'я, наприклад, загальна площа всіх підрозділів/відділень лікарні;

N – загальна кількість підрозділів/відділень закладу охорони здоров'я, включаючи адміністративні, допоміжні та клінічні;

7) виконання покрокового розподілу витрат.

При покроковому розподілі витрат «зверху донизу» витрати всіх підрозділів/відділень закладу охорони здоров'я розташовуються у вигляді вертикального списку з дотриманням такої послідовності: діяльність підрозділів/відділень, розташованих вище у списку, має більш загальний

характер та/або сприяє здійсненню діяльності підрозділів/відділень, розташованих нижче у списку.

Таким чином, адміністративні підрозділи перебуватимуть у списку вище за допоміжні, а останні, в свою чергу, вище за основні клінічні відділення. Витрати адміністративних та допоміжних підрозділів послідовно розподіляються зверху вниз між підрозділами/відділеннями, розташованими нижче у списку, відповідно до встановлених критеріїв розподілу. Після того як витрати чергового підрозділу/відділення розподілені між усіма підрозділами/відділеннями, розташованими нижче у списку, здійснюється перехід до розподілу витрат наступного підрозділу/відділення, що відображається як сходинка в таблиці розподілу (див. додаток 2).

Якщо загальна кількість підрозділів/відділень закладу охорони здоров'я дорівнює N , то для підрозділу/відділення з номером M частка витрат підрозділу/відділення L , розташованого вище у списку, визначається за формулою № 2:

$$Alloc. Cost_M = Cost_L \times \frac{AP_M}{\sum_{i=L+1}^{i=N} AP_i},$$

Формула № 2:

де:

$Alloc. Cost_M$ – витрати (в грошовому вираженні) підрозділу/відділення, розподілені від відділення з номером L на відділення з номером M . Підрозділи/відділення відліковуються зверху вниз i , отже, $L < M$;

$Cost_L$ – усі витрати (в грошовому вираженні) підрозділу/відділення з номером L , враховуючи розподілені витрати підрозділів/відділень, що розташовані вище у списку;

AP_M – значення параметру, підрозділу/відділення закладу охорони здоров'я M , визначеного критерієм для розподілу непрямих витрат, наприклад, кількість тестів, проведених клінічною лабораторією для цього підрозділу/відділення;

$\sum_{i=L+1}^{i=N} AP_i$ – сумарне значення статистики розподілу для всіх підрозділів/відділень закладу охорони здоров'я, розташованих за списком нижче підрозділу/відділення L , наприклад, загальна кількість лабораторних тестів, проведених для всіх підрозділів/відділень закладу охорони здоров'я.

Загальна вартість кожного з основних медичних підрозділів/відділень розраховується як сума власних загальних видатків і витрат, розподілених від

кожного адміністративного та допоміжного медичного підрозділу відповідно до формули № 3:

$$TotalCost_i = Dep.Cost_i + \sum_{j=1}^K Alloc.Cost_{ij}$$

Формула № 3:

де:

TotalCost_i – загальні витрати клінічного відділення **i** після розподілу;

Dep.Cost_i – загальні витрати клінічного відділення **i** до розподілу витрат від адміністративних і допоміжних підрозділів/відділень, що складається з прямих і непрямих витрат;

$\sum_{j=1}^K Alloc.Cost_{ij}$ – сума розподілених витрат від адміністративних і допоміжних підрозділів/відділень на клінічне відділення **i** ;

K – загальна кількість адміністративних та допоміжних підрозділів/відділень.

На цьому етапі перевіряється правильність розрахунків. Загальна вартість основних медичних підрозділів/відділень після розподілу витрат повинна дорівнювати загальному бюджету або загальній сумі витрат всієї лікарні до проведення розподілу витрат (підпункт 3 пункту 7).

Результатом процесу обліку витрат є забезпечення розрахунку середньої вартості одиниць послуг для кожного основного клінічного відділення.

З використанням загальної кількості ліжко-днів і пролікованих (виписаних) пацієнтів у всіх основних клінічних відділеннях лікарні розраховується загальна середня вартість одного ліжко-дня (Формула № 4) та середня загальна вартість, яка припадає на одного пролікованого (випсаного) пацієнта в розрізі кожного клінічного відділення (Формула № 5).

$$Avg.BDayCost_i = \frac{TotalCost_i}{\#BDays_i}$$

Формула № 4:

де:

Avg.BDayCost_i – середня вартість ліжко-дня у клінічному відділенні **i** ;

TotalCost_i – загальна вартість клінічного відділення **i** після виконання покрокового розподілу витрат;

#BDays_i – загальна кількість ліжко-днів у клінічному відділенні **i** .

$$\text{Avg. Case Cost}_i = \frac{\text{Total Cost}_i}{\# \text{Cases}_i} ,$$

Формула № 5:

де:

Avg. Case Cost_i – середня вартість пролікованого випадку в клінічному відділенні *i* ;

Total Cost_i – загальна вартість клінічного відділення *i* після виконання покрокового розподілу витрат;

#Cases_i – кількість пролікованих випадків у клінічному відділенні *i* .

Приклад розподілу витрат одного з адміністративних підрозділів між усіма «нижчими» підрозділами закладу охорони здоров'я наведено у додатку 2.

III. Інформаційні та технічні аспекти обліку та аналізу витрат закладів охорони здоров'я

8. Технічна реалізація процесу аналізу витрат може бути проведена з використанням стандартних продуктів MS Office, таких як Excel, або за допомогою спеціально розробленого програмного забезпечення. При цьому має бути забезпечена сумісність отриманих результатів із системами, які підтримують формування баз даних з інформацією про виписаних пацієнтів (статистична форма 066/о «Карта хворого, який вибув із стаціонару», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974).

Для забезпечення цієї відповідності внутрішні коди відділень, які використовуються при заповненні статистичної форми 066/о, повинні збігатися з внутрішніми кодами відділень, які використовуються в автоматизованих системах аналізу витрат.

При заповненні статистичної форми 066/о слід забезпечити кодування всіх діагнозів відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) та випадків хірургічної активності із застосуванням чинного затвердженого Міністерством охорони здоров'я галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій.

IV. Використання даних обліку та аналізу витрат для встановлення єдиних тарифів на медичні послуги, що надаються у межах програми медичних гарантій

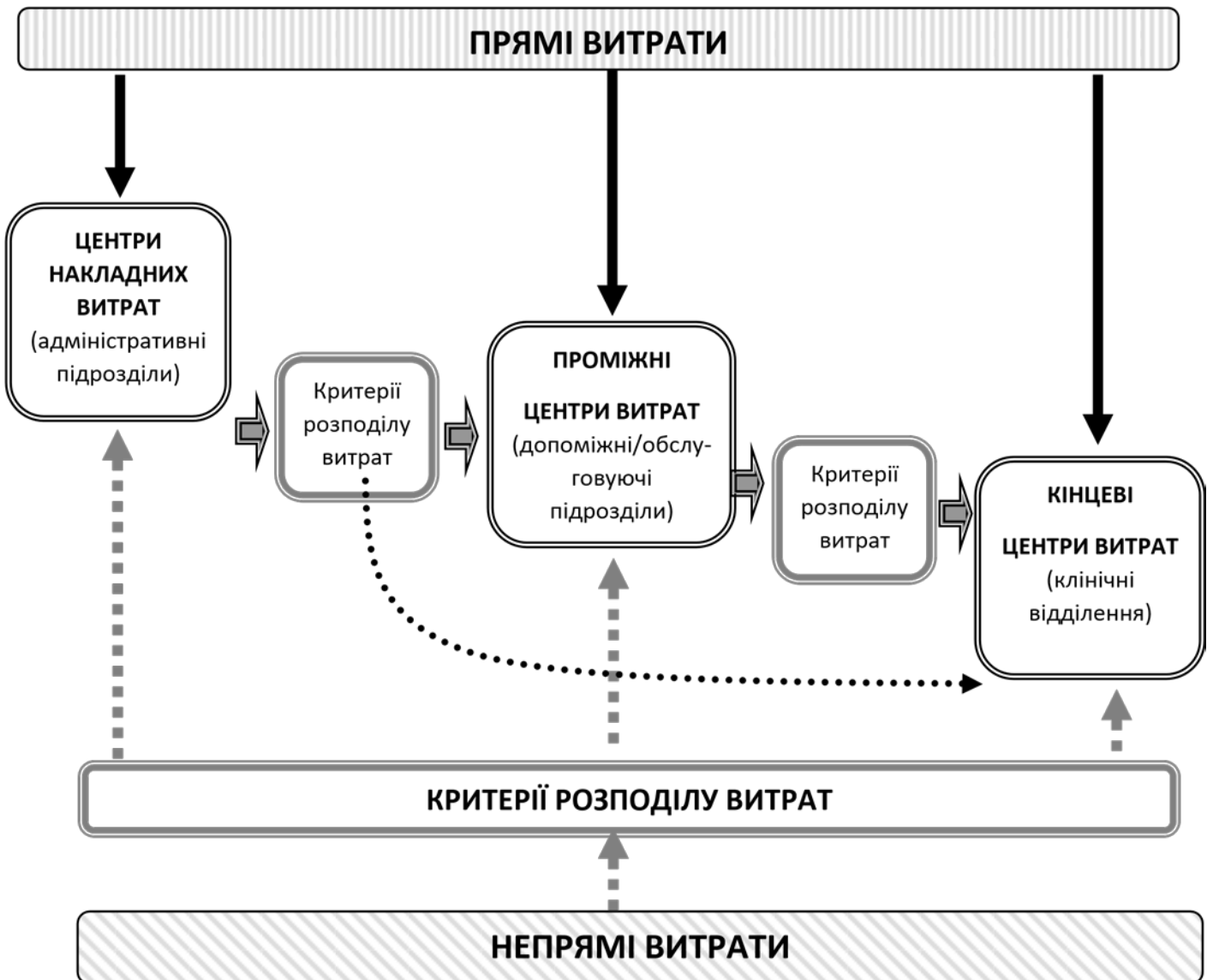
9. Єдині тарифи на медичні послуги, що надаються у межах програми медичних гарантій, встановлюються на основі даних про відповідні витрати, отриманих від референтних закладів охорони здоров'я на основі обліку та аналізу цих витрат, проведених відповідно до Методики, і затверджуються в порядку, встановленому законодавством.

10. Вартість конкретної послуги у кожному окремому референтному закладі охорони здоров'я, визначена на основі Методики, є референтною вартістю цієї послуги.

11. Середня референтна вартість у розрізі одиниць послуг по усіх референтних закладах охорони здоров'я, дані аналізу витрат яких використовуються для розрахунку єдиних тарифів на медичні послуги, що надаються за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми медичних гарантій, є базою для визначення зазначених тарифів.

Додаток 1
до Методики розрахунку
вартості послуги з
медичного обслуговування
(пункт 6 розділу II)

Схема
покрокового розподілу витрат за принципом зверху донизу



Додаток 2
до Методики розрахунку
вартості послуги з
медичного обслуговування
(підпункт 7 пункту 7
розділу II)

**Приклад розподілу витрат одного з адміністративних підрозділів між усіма
«нижчими» підрозділами закладу охорони здоров'я**

категорія підрозд.	Номер підрозд.	Назва структурних підрозділів	Критерії розподілу- лабораторні тести	Критерії розподілу- персонал (загалом)	Загальна сума витрат (Суми до розподілу)	Адміністрація	АГЧ	Клінічна лабораторія	УЗД	Рентген	Фізіотерапія	Функціональна діагностика	Ендоскопія	Анестезіологія та IT	Проймальне відділення	Загальні фактичні видатки відділення	Ліжко-дня	Вибуло хворих	Вартість випадку	Вартість ліжко-дня	
		Міська лікарня № 1	815774	329.25	17,192,212	292.25															
Адміністративні	1	Адміністрація		37.00	2,160,266	2,160,266	252.25														
	2	АГЧ (інж.відділ, гараж,)		40.00	1,257,801	295,674	1,553,474	62,666													
	3	Харчоблок		8.25	363,045	60,983	50,807	474,835	815,774												
Допоміжні	4	Клінічна лабораторія		29.25	1,418,349	216,211	180,135	0	1,814,696	1,336											
	5	УЗД		2.25	135,827	16,632	13,857	0	166,315	3,733											
	6	Рентген		10.00	535,011	73,918	61,585	0	0	670,514	87,230										
	7	Фізіотерапія		10.00	459,800	73,918	61,585	0	0	0	595,303	10,181									
	8	Функціональна діагностика		3.00	142,068	22,176	18,475	0	0	0	0	182,719									
	9	Ендоскопія		2.25	179,278	16,632	13,857	0	0	0	0	209,766	449								
	10	Анестезіологія та IT	55399	22.50	1,479,553	166,316	138,566	0	123,235	0	12,367	0	0	1,920,037	4,893						
	11	Проймальне відділення		12.75	614,005	94,246	78,521	0	0	0	0	0	0	0	786,771						
Клінічні	12	від.Неврологія	33796	21.25	1,093,510	157,077	130,868	70,211	75,180	18,492	57,381	52,417	1,061	33,130	0	138,733	1,828,059	10,323	956	1912.2	177.1
	13	від.Терапевтичне	61411	21.25	1,116,190	157,077	130,868	76,026	136,609	53,034	150,872	38,931	19,599	35,816	0	115,660	2,030,680	11,178	797	2547.9	181.7
	14	від.Травматологія	23355	24.25	1,478,224	179,252	149,343	63,872	51,953	9,072	201,657	48,056	245	29,996	287,206	98,245	2,597,120	9,391	677	3836.2	276.6
	15	від...Хірургія	361464	38.75	2,039,600	286,434	238,641	137,357	804,081	60,015	193,496	91,276	17,345	50,831	1,400,957	281,468	5,601,502	13,047	1,411	3969.9	429.3
	16	від.Кардіологія	252487	18.00	967,247	133,053	110,852	60,730	561,659	19,422	46,828	363,126	35,869	28,653	0	103,324	2,430,764	8,929	712	3414.0	272.2
	17	від.Опікове	27862	28.50	1,752,438	210,667	175,516	66,640	61,979	6,280	7,915	1,497	108,601	31,339	231,873	49,340	2,704,087	9,798	340	7953.2	276.0
			Загалом:	815774	329.25	17,192,212	2,160,266	1,553,474	474,835	1,814,696	166,315	670,514	595,303	182,719	209,766	1,920,037	786,771	17,192,212	62,666	4,893	3513.6

Примітка. Це фрагмент таблиці покрокового розподілу витрат зверху вниз на прикладі розподілу усіх витрат підрозділу/відділення №4 «Клінічна лабораторія» між усіма підрозділами/відділеннями закладу охорони здоров'я, які скористалися послугами клінічної лабораторії.

В наведеному прикладі усі витрати лабораторії становлять 1 814 696 гривень і включають витрати на утримання лабораторії (колонка «Загальна сума витрат (Суми до розподілу)») плюс розподілені витрати відділень, що розташовані вище у списку (підсумкові значення виділені контуром).

Ці витрати розподіляються між усіма підрозділами/відділеннями закладу охорони здоров'я, які скористалися послугами клінічної лабораторії, пропорційно кількості тестів, проведених лабораторією для цих підрозділів/відділень (колонка «Критерії розподілу – лабораторні тести»).

Таким чином, над кожним кроком таблиці вказана статистика розподілу витрат, а всередині кожного кроку (клітинка, виділена жирним контуром) – усі витрати підрозділу/відділення, які повинні бути розподілені між підрозділами/відділеннями, які розташовані нижче у списку з використанням

формули № 2, наведеної у підпункті 7 пункту 7 «Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування».

На цьому прикладі також видно, що значення критерію розподілу «Персонал (загалом)» 329.25, яке використовується для розподілу витрат адміністрації, зменшується на величину чисельності персоналу самої адміністрації та в якості статистики розподілу використовується значення 292.25. Ця поправка необхідна для забезпечення повного розподілу витрат підрозділу/відділення між підрозділами/відділеннями, які розташовані нижче у списку.

У наведеному прикладі підсумкове значення колонки «Загальна сума витрат (Суми до розподілу)» повинна збігатися з сумою колонки «Загальні фактичні видатки відділення» – 17,192,212 гривень.