

К. В. Павлюк**УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ФІНАНСУВАННЯ
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ**

На сучасному етапі соціально-економічного розвитку України перед системою охорони здоров'я постали серйозні виклики, які зумовлюють потребу в реформуванні всіх її складових, і насамперед фінансового забезпечення та фінансування. На основі оцінки ефективності різних моделей охорони здоров'я — бюджетної, страхової, гібридної (бюджетно-страхової) — аргументовано доцільність збереження бюджетної моделі в Україні, котра найбільше відповідає реаліям соціально-економічного розвитку та має значний потенціал підвищення ефективності. Проаналізовано тенденції бюджетного фінансування охорони здоров'я, вказано на недостатній рівень державного фінансування. Обґрунтовано, що поліпшення якості й доступності медичних послуг можна досягти не тільки шляхом збільшення обсягів фінансування, а й завдяки підвищенню ефективності використання бюджетних ресурсів, зокрема на фінансування лікарень як найвитратнішої складової охорони здоров'я. Розглянуто методи фінансування стаціонарних медичних послуг, їх переваги та недоліки, а також плюси й мінуси методу оплати медичних стаціонарних послуг на основі DRG (клініко-статистичних груп), виокремлено основні компоненти цього методу. Досліджено зарубіжну практику застосування методу DRG для оцінки можливостей його застосування в Україні. Показано позитивні результати використання DRG у контексті підвищення економічної ефективності лікарень, результативності розподілу ресурсів між стаціонарними й амбулаторними послугами, прозорості фінансування, якості, доступності медичних послуг.

Ключові слова: система охорони здоров'я, механізми фінансування, медичні послуги, бюджетна модель охорони здоров'я, метод DRG.

Рис. 1. Табл. 11. Літ. 11.**К. В. Павлюк****СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В УКРАИНЕ**

На современном этапе социально-экономического развития Украины перед системой здравоохранения встали серьезные вызовы, которые обуславливают необходимость реформирования всех ее составляющих, и прежде всего финансового обеспечения и финансирования. На основе оценки эффективности различных моделей здравоохранения — бюджетной, страховой, гибридной (бюджетно-страховой) — аргументирована целесообразность сохранения бюджетной модели в Украине, которая наиболее соответствует реалиям социально-экономического развития и имеет значительный потенциал повышения эффективности. Проанализированы тенденции бюджетного финансирования здравоохранения, указано на недостаточный уровень государственного финансирования. Обосновано, что улучшения качества и доступности медицинских услуг можно достичь не только путем увеличения объемов финансирования, но и благодаря повышению эффективности использования бюджетных ресурсов, в частности на финансирование больниц как наиболее затратной составляющей здравоохранения. Рассмотрены методы финансирования стационарных медицинских услуг, их преимущества и недостатки, а также плюсы и минусы метода оплаты медицинских стационарных услуг на основе DRG (клинико-статистических групп), выделены основные компоненты этого метода. Исследована зарубежная практика применения метода DRG для оценки возможностей его применения в Украине. Показаны положительные результаты использования DRG в контексте повышения экономической эффективности больниц, результативности распределения ресурсов между стационарными и

© Павлюк К. В., 2016

амбулаторними послугами, прозорості фінансування, якості та доступності медичинських послуг.

Ключевые слова: система здравоохранения, механизмы финансирования, медицинские услуги, бюджетная модель здравоохранения, метод DRG.

Claudia Pavlyuk

FINANCING MECHANISMS OF IMPROVEMENT OF MEDICAL SERVICES IN UKRAINE

At the present stage of socio-economic development of Ukraine the health care system faces serious challenges that determine the need for reform of all its components, especially financial support and funding. Based on the assessment of the effectiveness of different models of health care - the budget, insurance, hybrid (budget-insurance) - reasoned feasibility of preservation budget model in Ukraine, which is most consistent with the realities of socio-economic development and has significant potential to improve efficiency. The tendencies of budget financing of health care is indicated on an insufficient level of public funding. Proved that improving the quality and accessibility of health care can be achieved not only by increasing funding, but also by increasing the efficiency of budgetary resources, particularly for funding hospitals as the most costly component of healthcare. The methods of financing inpatient care, their advantages and disadvantages as well as advantages and disadvantages of payment for inpatient medical services through DRG (clinical and statistical groups) singled out the main components of the method. Studied foreign practice of DRG method to assess the possibilities of its application in Ukraine. Showing positive results DRG in the context of increasing economic efficiency of hospitals, the efficiency of resource allocation between stationary and ambulatory services, transparency, financing, quality, accessibility of health services.

Keywords: health system, funding mechanisms, medical services, public health budget model, the method of DRG.

JEL classification: H50, H51.

Стан охорони здоров'я надзвичайно важливий для суспільства, він є одним із компонентів індексу людського розвитку. Конституцією України право на здоров'я проголошується найвищою соціальною цінністю, а право на медичну допомогу гарантується кожному громадянину України. Держава зобов'язується створити умови для ефективного й доступного всім громадянам медичного обслуговування. Однак реалізація зазначених прав на практиці досить проблематична. Причини цього мають комплексний характер та впливають на ефективність реалізації інших базових прав громадян, зокрема права на життя. Виклики, що постали перед системою охорони здоров'я, зумовлюють потребу в реформуванні всіх її складових, насамперед фінансового забезпечення й фінансування. При цьому треба чітко визначитися, якою має бути реформована модель охорони здоров'я.

Цілий ряд дослідників і практиків у сфері охорони здоров'я пропонують запровадити страхову модель, мотивуючи це переважно потребою в збільшенні обсягів фінансування, підвищенні якості медичних послуг. Однак, згідно з результатами низки досліджень, можна стверджувати, що бюджетна модель коштує на 15—20 % дешевше від страхової, при цьому вона дає змогу досягати порівнянних чи навіть вищих показників охорони здоров'я, передбачає економніше витрачання коштів. До того ж пряме бюджетне фінансування є

стабільнішим у кризових умовах. На думку експертів ВООЗ, державне фінансування охорони здоров'я має більше переваг, ніж приватне. Це не дивно, особливо з огляду на необхідність досягнення стійкості не за рахунок таких цінностей, як соціальна справедливість у фінансуванні чи рівність доступу, забезпечуючи захист від фінансових ризиків та відокремлюючи виплати від ризику погіршення здоров'я. Державне фінансування має переваги перед приватним і за ефективністю використання коштів, що є ключовим питанням при досягненні як економічної, так і фінансової стійкості [1].

Більшість розвинутих країн, котрі є лідерами рейтингу рівня здоров'я населення, використовують саме бюджетну модель фінансування (табл. 1). Слід зазначити, що США, де функціонує страхова модель, витрачають у 2—3 рази більше, ніж країни — лідери в охороні здоров'я з бюджетною моделлю.

Європейські країни, які історично орієнтуються на систему страхування (Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Франція, Швейцарія), мають необхідні для цієї моделі умови: порівняно невелику, компактно заселену територію, розвинену транспортну інфраструктуру, велику щільність населення. У цих країнах високий рівень ВВП, видатків на охорону здоров'я, доходів населення, стабільна економіка [2]. Водночас Україна за всіма цими умовами дуже відрізняється від згаданих країн зі страховою моделлю, чий досвід пропонується використати.

Таблиця 1. Рейтинг країн світу за ефективністю систем охорони здоров'я у 2014 р.

Рейтинг 2014	Рейтинг 2013	Країна	Оцінка	1	2	3
1	2	Сінгапур	78,6	82,1	4,5	2 426
2	1	Гонконг	77,5	83,5	5,3	1 944
3	6	Італія	76,3	82,9	9,0	3 032
4	3	Японія	68,1	83,1	10,2	4 752
5	8	Південна Корея	67,4	81,4	7,0	1 703
6	7	Австралія	65,9	82,1	9,1	6 140
7	4	Ізраїль	65,4	81,7	7,0	2 289
8	19	Франція	64,6	82,6	11,8	4 690
10	14	Великобританія	63,1	81,5	9,4	3 647
11	—	Норвегія	63,0	81,5	9,1	9 055
14	5	Іспанія	58,1	82,4	9,9	2 808
15	9	Швейцарія	57,9	82,7	11,4	8 980
18	24	Чехія	54,1	78,1	7,7	1 432
19	23	Фінляндія	53,3	80,6	9,3	4 232
19	10	Швеція	53,3	81,7	9,7	5 319
21	17	Канада	52,9	81,2	11,0	5 741
22	21	Польща	52,4	76,8	6,7	854
23	30	Німеччина	51,6	80,9	11,0	4 683
24	31	Греція	49,9	80,6	9,1	2 044
28	27	Португалія	47,2	80,4	9,4	1 905

Закінчення табл. 1

Рейтинг 2014	Рейтинг 2013	Країна	Оцінка	1	2	3
30	33	Румунія	46,8	74,6	5,0	420
31	36	Словаччина	46,3	76,1	7,8	1 326
34	39	Данія	45,7	80,1	11,2	6 304
35	16	Австрія	45,6	80,9	11,6	5 407
37	38	Угорщина	42,6	75,1	7,9	987
40	25	Нідерланди	41,1	81,1	12,5	5 737
41	34	Бельгія	40,2	80,4	10,9	4 711
44	46	Сполучені Штати Америки	34,3	78,7	17,2	8 895
45	41	Болгарія	33,7	74,3	7,3	516

Примітка. 1 — середня очікувана тривалість життя при народженні, років; 2 — державні витрати на охорону здоров'я на одну особу, % ВВП; 3 — вартість медичних послуг у перерахунку на одну особу, дол. США.

Джерело: Bloomberg: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887>.

Стосовно доцільності впровадження бюджетно-страхової моделі як комбінації елементів бюджетної і страхової моделей (гібридизації), варто зазначити, що жодній розвинутій країні не вдалося забезпечити її ефективність — витрати й далі зростають (у багатьох випадках неконтрольовано), загрожуючи стабільності бюджетних систем, а доступність і якість медичної допомоги знижуються [3]. Отже, в Україні має бути збережена бюджетна модель охорони здоров'я, адже вона найбільше відповідає реаліям економічного й соціального розвитку держави та має великий потенціал для розвитку, підвищення ефективності.

Основним джерелом фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я є державні видатки (табл. 2). У 2013 р. такі видатки, включаючи кошти соціального страхування, становили 56,2 % усіх видатків. Істотною була також частка приватних видатків домогосподарств на медичну допомогу — 41,1 %, що вказує на обмеженість доступу малозабезпечених верств населення до медичної допомоги, причому такі видатки мають тенденцію до зростання. Тому, як зазначають експерти ВООЗ, доцільно поступово зменшувати роль приватного фінансування (платні медичні послуги, приватне медичне страхування) та чітко

Таблиця 2. Розподіл загальних витрат на фінансування охорони здоров'я в Україні за джерелами фінансування у 2003—2013 рр., %

Джерело фінансування	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Державні видатки (включаючи державні фірми)	58,0	59,1	60,4	61,5	57,2	54,7	56,3	55,3	57,2	56,2
Приватні фірми й корпорації	2,9	2,8	2,6	3,1	2,7	2,7	2,6	2,5	2,4	2,5
Домогосподарства	38,6	37,8	36,7	35,1	39,8	42,4	40,8	41,9	40,2	41,1
Донори	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2

Джерело: Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2013 році : стат. бюл. / Держ. служба статистики України. — К., 2015. — С. 8.



Джерело: складено за даними Державної казначейської служби України (<http://www.treasury.gov.ua/main/uk/index/>).

Рис унок. Динаміка бюджетних витрат на охорону здоров'я за 2003—2014 рр., млрд грн

розмежувати державне й приватне фінансування, щоб останнє не використовувало державні кошти та не впливало негативно на їх розподіл [4].

Фінансування охорони здоров'я з бюджетів усіх рівнів загалом збільшується, проте у 2014 р. його обсяги скоротилися (рисунок). Показник відношення бюджетних витрат на охорону здоров'я до ВВП в Україні протягом 2002—2013 рр. коливався в межах 3,3—4,1 %, а в 2014 р. знизився до 3,6 % (табл. 3).

Таблиця 3. Динаміка відношення витратів на охорону здоров'я до ВВП та до загальних витратів бюджету у 2002—2014 рр.

Рік	Частка витратів у ВВП, %			Частка витратів у бюджеті, %		
	Зведений бюджет	Державний бюджет	Місцеві бюджети	Зведений бюджет	Державний бюджет	Місцеві бюджети
2002	3,3	0,7	2,6	12,5	4,5	21,5
2003	3,6	0,9	2,7	12,8	5,3	21,8
2004	3,5	1,0	2,5	11,9	5,4	20,4
2005	3,7	0,8	2,9	10,9	3,9	22,4
2006	3,7	0,8	2,9	11,3	4,0	20,6
2007	3,7	0,9	2,8	11,8	4,9	19,5
2008	3,5	0,8	2,7	10,9	4,1	18,8
2009	4,0	0,8	3,2	11,9	4,2	21,3
2010	4,1	0,8	3,3	11,8	2,9	22,5
2011	3,8	0,8	3,0	11,7	3,1	21,4
2012	4,1	0,8	3,3	11,9	2,9	21,1
2013	4,1	0,8	3,1	12,2	2,5	22,1
2014	3,6	0,7	3,0	10,9	2,5	20,6

Джерело: складено за даними Державної казначейської служби України (<http://www.treasury.gov.ua/main/uk/index/>).

Порівняно із іншими країнами рівень державного фінансування охорони здоров'я в Україні є низьким (табл. 4).

Збільшення обсягів видатків на охорону здоров'я є обов'язковою, але недостатньою умовою для досягнення належної доступності медичної допомоги та якості надання медичних послуг. Кінцевою вимогою є забезпечення

Таблиця 4. Частка державних витрат на охорону здоров'я від загальних витрат на ці потреби в ряді країн світу, %

Країна	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Аргентина	59,8	53,9	53,5	54,7	58,2	61,8	66,0	64,0	66,5	69,2
Канада	71,2	70,4	70,2	69,8	70,2	70,5	70,9	70,8	70,4	70,1
Мексика	42,1	46,6	45,0	45,2	45,4	47,0	48,2	49,0	50,3	51,8
США	45,1	43,0	44,2	45,0	45,2	46,0	47,2	47,6	47,8	46,4
Австрія	73,5	75,6	75,3	75,7	75,8	76,3	76,2	74,7	75,3	75,5
Бельгія	76,8	74,6	76,1	73,8	73,4	74,9	76,0	75,1	75,9	75,9
Болгарія	74,0	60,9	60,9	57,0	58,2	58,5	55,4	55,7	55,3	56,3
Хорватія	86,5	86,1	86,0	86,1	87,0	84,9	84,9	84,8	82,5	82,3
Чехія	90,9	90,3	87,3	86,7	85,2	82,5	84,0	83,8	84,2	84,8
Данія	82,5	83,9	84,5	84,6	84,4	84,7	85,0	85,1	85,3	85,5
Фінляндія	71,7	71,3	73,8	74,8	74,4	74,5	75,2	74,8	75,4	75,4
Франція	79,7	79,4	77,7	77,2	77,3	76,8	77,0	76,9	76,8	76,9
Німеччина	81,4	79,5	76,6	76,4	76,4	76,4	76,8	76,7	76,5	76,3
Греція	51,0	60,0	59,3	61,2	59,6	64,7	69,5	67,9	66,1	67,5
Угорщина	84,0	70,7	70,0	69,8	67,3	67,1	65,7	64,8	65,0	63,6
Ірландія	72,5	75,1	76,0	75,4	75,7	75,4	72,6	69,6	67,0	64,4
Італія	72,8	74,2	77,9	78,2	78,3	78,9	78,9	78,5	77,8	78,2
Латвія	66,3	54,4	57,1	64,1	60,7	62,2	59,5	59,5	57,1	56,7
Литва	74,2	69,7	67,8	69,5	73,0	72,4	72,8	72,9	71,4	70,8
Нідерланди	71,0	63,1	64,7	78,3	78,2	78,9	79,6	79,6	79,5	79,8
Норвегія	84,2	83,6	83,8	84,1	84,4	84,6	84,7	84,9	85,1	85,1
Польща	72,9	70,0	69,4	70,0	70,4	71,8	71,8	71,6	70,6	70,1
Португалія	62,6	66,6	68,0	67,0	66,7	65,3	66,5	65,9	65,0	62,6
Румунія	74,5	81,2	80,8	79,8	82,2	82,0	78,9	80,3	79,2	77,7
Росія	73,9	59,9	62,0	63,2	64,2	66,5	67,0	58,5	59,8	61,0
Іспанія	72,2	71,6	70,9	71,6	71,9	73,0	74,7	74,2	73,0	73,6
Швеція	86,6	84,9	81,2	81,1	81,4	81,5	81,5	81,5	81,6	81,7
Туреччина	70,3	62,9	67,8	68,3	67,8	73,0	75,1	75,1	72,7	73,9
Україна	65,9	51,8	59,5	60,8	61,8	57,7	55,0	56,6	55,7	54,9
Великобританія	83,9	79,1	80,9	81,3	80,2	81,1	82,6	83,5	82,8	82,5
Індія	26,0	26,0	22,1	23,5	24,7	26,3	27,6	28,1	30,5	33,1
Австралія	65,8	66,8	66,9	66,6	67,5	67,9	68,5	67,8	68,4	66,9
Китай	50,5	38,3	38,8	40,7	46,9	49,9	52,5	54,3	55,9	56,0
Японія	82,3	80,8	81,6	79,4	80,4	81,4	81,5	82,1	82,4	82,5
Нова Зеландія	77,2	78,0	79,7	80,1	82,4	82,8	83,0	83,2	82,7	82,7

Джерело: Global Health Expenditure Database [Електронний ресурс].— Режим доступу: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.

ефективності використання ресурсів. У разі раціонального їх використання кожна країна може досягти кращих результатів. Підраховано, що від 20 до 40 % коштів, наданих на охорону здоров'я, є необґрунтованими витратами. Ці ресурси можна було б використати з метою загального охоплення населення медико-санітарними послугами, надання більшої кількості послуг належної якості [1].

Уряд будь-якої країни, незалежно від показника ВВП на одну особу, може з'ясувати причини неефективного використання ресурсів та вжити заходів для зниження його рівня. Є багато можливостей для підвищення ефективності, однак це не означає просто скорочення витрат. Ефективність у сфері охорони здоров'я є мірилом якості та/або кількості результатів (маються на увазі показники здоров'я чи послуг, отримуваних при заданому рівні вхідних ресурсів, тобто витрат). Таким чином, підвищення ефективності може сприяти стримуванню витрат шляхом зниження їх на надання послуги. При цьому не ставиться за мету стримування витрат за рахунок зниження результатів, тому про підвищення ефективності можна говорити, якщо за незмінного рівня витрат збільшується охоплення медичними послугами [1].

Найвитратнішим елементом системи охорони здоров'я є стаціонарне лікування. Видатки на фінансування лікарень становлять у багатьох країнах від половини до двох третин усіх державних видатків на охорону здоров'я [1]. В Україні видатки на лікарні й санаторно-курортні заклади у 2014 р. становили 64,5 % загальних видатків зведеного бюджету. Однак спостерігається тенденція до їх зменшення на користь первинної медико-санітарної допомоги (табл. 5).

При цьому основними критеріями величини витрат є госпіталізація (часто необґрунтована) і тривалість перебування в стаціонарі. За результатами чотирьох досліджень рівня госпіталізації дорослих у Канаді встановлено, що 24—90 % госпіталізацій і 27—66 % часу перебування в стаціонарі були необґрунтованими. Ще одним чинником неефективності є нераціональна кількість стаціонарних установ і набір послуг, які вони надають. Згідно з результатами досліджень, що проводились у США й Великобританії, неефективність починається за чисельності ліжок менш ніж 200 та більш як 600. Визначити ефективність лікарні також допомагає показник використання її потужностей. Дослідження ВООЗ, проведене у 18 країнах із низьким і середнім доходом, показало, що в окремих лікарнях використовується в середньому лише 55 % ліжок, тоді як рекомендовано 80—90 % [1].

У недавньому огляді понад 300 досліджень ВООЗ, у якому аналізувалась ефективність лікарень, зроблений висновок, що середній показник ефективності становить 85 %. Це означає, що лікарні могли б надати послуг на 15 % більше за тієї ж суми видатків або той самий обсяг послуг, знизивши витрати на 15 %, причому державні лікарні показали себе ефективнішими, ніж приватні комерційні й некомерційні. Також наголошено, що країни з низьким доходом

Таблиця 5. Частка видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я за функціональною класифікацією у 2007—2014 рр., %

Показники	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Охорона здоров'я	100	100	100	100	100	100	100	100
Поліклініки та амбулаторії, швидка й невідкладна допомога	13,6	13,8	13,8	14,0	14,0	16,8	20,7	21,5
Поліклініки загального профілю та амбулаторії	7,6	7,6	7,6	7,9	7,7	7,0	5,3	3,4
Спеціалізовані й стоматологічні поліклініки	1,0	1,0	0,9	0,9	1,0	2,6	2,7	3,3
Станції швидкої та невідкладної допомоги	1,6	1,7	1,7	1,7	1,6	2,8	5,6	5,1
Фельдшерсько-акушерські пункти	2,1	2,2	2,2	2,1	2,5	1,0	0,6	0,3
Центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги	1,3	1,4	1,4	1,4	1,2	3,5	6,4	9,4
Лікарні та санаторно-курортні заклади	69,1	70,4	69,7	71,7	71,3	68,1	65,4	64,5
Лікарні загального профілю	45,1	46,9	47,3	48,1	47,0	44,8	42,0	42,1
Спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади	18,4	17,8	17,1	18,2	19,1	18,6	18,4	18,3
Пологові будинки	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9	2,2	2,3
Санаторно-курортні заклади	3,7	3,8	3,3	3,4	3,2	2,8	2,9	1,8
Санітарно-профілактичні й протиепідемічні заходи та заклади	4,7	4,7	6,4	4,6	4,2	3,3	1,8	1,8
Фундаментальні й прикладні дослідження та розробки у сфері охорони здоров'я	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5	0,6
Інша діяльність у сфері охорони здоров'я	11,9	10,4	9,4	9,1	9,8	11,2	11,6	11,5
Будинки дитини	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8
Станції переливання крові	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5
Інші заклади й заходи у сфері охорони здоров'я	10,4	8,8	7,8	7,6	8,4	9,7	10,3	10,2

Джерело: складено за даними Державної казначейської служби України (<http://www.treasury.gov.ua/main/uk/index/>).

можуть економити до 24 % усіх витрат на охорону здоров'я за рахунок підвищення економічної ефективності лікарень, вивільнивши тим самим ресурси для забезпечення потенційного поширення захисту від фінансового ризику на більшу кількість людей чи розширення переліку доступних послуг [4].

Одним із ключових питань підвищення економічної ефективності лікарень, доступності та якості медичних послуг є вдосконалення механізмів їх фінансування. В Україні фінансування лікарень здійснюється в межах бюджетних призначень відповідно до затвердженого кошторису та плану асигнувань із постатейною розбивкою. Обсяг видатків бюджету для кожної лікарні визначається виходячи з її основних виробничих показників і компонентів, які для неї встановлюються, обсягу діяльності, чисельності штату тощо. Результати роботи лікарні, якість надання медичних послуг у розрахунок практично не включаються; самостійність лікарні в управлінні власною діяльністю, фінансовими й матеріальними ресурсами є низькою. Тому кошторисне фінансування об'єктивно не створює стимулів для підвищення

ефективності роботи як керівників лікарень, медичних працівників щодо поліпшення здоров'я населення, результативного використання коштів, так і органів влади, котрим підпорядкований відповідний заклад. За такого механізму фінансування, по суті, утримується інфраструктура лікарняних установ незалежно від обсягу та якості надання ними медичних послуг.

Кошторисне постатейне фінансування, що ґрунтується на нормативах матеріальної інфраструктури, є перепорою на шляху досягнення загальних цілей реформування системи фінансування охорони здоров'я, таких як забезпечення ефективного розподілу фінансових ресурсів, зокрема між стаціонарною й амбулаторною допомогою, підвищення результативності та прозорості використання бюджетних коштів на основі фінансової стійкості й відповідальності.

Отже, усунути причини неефективності у сфері охорони здоров'я неможливо, якщо здійснювати оплату постачальникам медичних послуг, зокрема лікарням, на основі фіксованих постатейних бюджетів. Для скорочення надлишкових потужностей у системі охорони здоров'я, переходу від стаціонарних послуг до економічно ефективніших амбулаторних, створення стимулів для модернізації застарілої клінічної практики та підвищення чутливості до потреб пацієнтів необхідно, щоб системи оплати постачальників медичних послуг розвивалися в бік відшкодування витрат медичних установ за фактично надані послуги, а не за матеріальну інфраструктуру, при цьому право вибору медичної установи має залишатися за пацієнтом [5].

Зазначене підтверджується досвідом усіх розвинутих зарубіжних країн, де оплата послуг стаціонарної допомоги на основі постатейного кошторисного фінансування була замінена на загальні (глобальні) бюджети, а потім на оплату за кількість випадків лікування (госпіталізації), головним чином на основі принципу схожого діагнозу, або клініко-статистичних груп (diagnosis related groups, DRG). DRG — це група клінічно однорідних захворювань, які поєднують схожі методи діагностики й лікування, а також вартість використовуваних ресурсів. Співвідношення методів фінансування стаціонарних послуг у зарубіжних країнах наведено в табл. 6.

Таблиця 6. Методи фінансування стаціонарних медичних послуг

Країна	Метод фінансування
Австралія	Перспективний глобальний бюджет. Платежі за вилікуваний випадок. Фінансування за клініко-статистичними групами
Австрія	Платежі за вилікуваний випадок. Фінансування за клініко-статистичними групами (47 %). Ретроспективне відшкодування витрат (48 %)
Бельгія	Платежі за вилікуваний випадок (45 %). Платежі за медичні послуги (41 %)
Канада	Перспективний глобальний бюджет (79 %). Платежі за вилікуваний випадок (9 %). Платежі за ліжко-день (9 %)

Закінчення табл. 6

Країна	Метод фінансування
Чехія	Перспективний глобальний бюджет (75 %). Платежі за вилікуваний випадок (15 %). Платежі за медичні послуги (8 %)
Данія	Перспективний глобальний бюджет (80 %). Платежі за вилікуваний випадок. Фінансування за клініко-статистичними групами (20 %)
Фінляндія	Платежі за вилікуваний випадок. Фінансування за клініко-статистичними групами
Франція	
Німеччина	
Греція	Платежі за ліжко-день та ретроспективне відшкодування витрат
Угорщина	Платежі за вилікуваний випадок. Фінансування за клініко-статистичними групами
Ісландія	Перспективний глобальний бюджет
Ірландія	Перспективний глобальний бюджет (60 %). Платежі за вилікуваний випадок. Фінансування за клініко-статистичними групами (20 %). Плата за ліжко-день (20 %)
Італія	Платежі за вилікуваний випадок. Фінансування за клініко-статистичними групами
Японія	Платежі за медичні послуги. Платежі за ліжко-день
Республіка Корея	Платежі за медичні послуги. Фінансування за клініко-статистичними групами
Люксембург	Перспективний глобальний бюджет
Мексика	Перспективний глобальний бюджет (60 %). Кошторисне фінансування (30 %). Плата за послуги (10 %)
Нідерланди	Скоригований глобальний бюджет (80 %). Платежі за вилікуваний випадок. Фінансування за клініко-статистичними групами (20 %)
Нова Зеландія	Перспективний глобальний бюджет. Платежі за вилікуваний випадок. Фінансування за клініко-статистичними групами
Норвегія	Перспективний глобальний бюджет (60 %). Платежі за послуги (40 %)
Польща	Платежі за вилікуваний випадок. Фінансування за клініко-статистичними групами
Португалія	Перспективний глобальний бюджет
Словаччина	Платежі за вилікуваний випадок. Фінансування за клініко-статистичними групами
Іспанія	Фінансування за клініко-статистичними групами
Швеція	Платежі за вилікуваний випадок. Фінансування за клініко-статистичними групами (55 %). Глобальний бюджет
Швейцарія	Платежі за вилікуваний випадок. Фінансування за клініко-статистичними групами (2/3 громад). Глобальний бюджет
Великобританія	Платежі за вилікуваний випадок. Фінансування за клініко-статистичними групами (70 %). Глобальний бюджет (30 %)

Джерело: Health system institutional characteristics: a survey of 29 OESD countries [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.wbginvestmentclimate.org/toolkits/public-policy-toolkit/upload/OECD-Survey.pdf>.

Цілі застосування DRG можуть бути згруповані за трьома напрямками: 1) підвищення прозорості роботи лікарні та споживання ресурсів; 2) індукція ефективності; 3) поліпшення якості управління лікарнями [6]. DRG дає змогу позбутися прив'язки до витрат, специфічних для конкретного стаціонару, таким чином у лікарень з'являються набагато потужніші стимули для управління витратами; застосування принципу оплати за кожного пролікованого за укрупненими тарифами оплати робить витрати й виплати більш передбачуваними для платників і постачальників медичних послуг. При цьому система оплати за DRG повинна обмежувати можливість впливу на тарифи за допомогою непомітної зміни процедур, бути націленою на виявлення випадків необґрунтованої госпіталізації та створення умов (стимулів) для перенесення частини обсягів у амбулаторні умови, давати постачальникам лікарняної допомоги можливість прогнозувати розміри надходжень за надані послуги, бути нейтральною щодо бюджету; крім того, тарифи мають відображати обґрунтовані відмінності у вартості ресурсів [7].

Слід зазначити, що впровадження оплати стаціонарних медичних послуг за DRG має як переваги, так і недоліки (табл. 7). Нейтралізувати ці недоліки можна за допомогою проведення стандартизації та експертизи медичних послуг лікарень.

Таблиця 7. **Наслідки впровадження оплати стаціонарних медичних послуг за DRG**

Переваги	Недоліки
Медичні працівники зацікавлені в скороченні термінів лікування	Зменшення обсягу детальних послуг, дострокова виписка недолікованих пацієнтів
Обсяг видатків до певної міри передбачуваний	Імовірність маніпулювання діагнозами з метою віднесення пацієнтів до дорожчих груп оплати
Готовність лікарень до використання цього методу	Можливі відмови важким хворим, чиє лікування коштуватиме дорожче, ніж передбачено тарифами

Джерело: Коваль Д. А. Финансирование стационарной помощи по системе диагностически-родственных групп (DRG) / Д. А. Коваль [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.hta-rus.ru/files/koval_1301479885.pdf.

Як показують результати останніх досліджень, оплата за випадок лікування на основі різних варіантів DRG практикується майже в усіх країнах ЄС (табл. 8). Деякі країни застосовують DRG для оцінки бюджетів стаціонарів (наприклад, Швеція та Фінляндія), інші — для визначення тарифів оплати стаціонарної допомоги [8].

Незалежно від цілей застосування DRG у різних країнах, існують загальні причини для їх впровадження, котрі можуть бути згруповані за двома напрямками: 1) з метою підвищення прозорості інформації про фактичне надання послуг стаціонарами (за рахунок класифікації випадків лікування, вимірювання результатів діяльності стаціонарів тощо); 2) для стимулювання ефективного використання ресурсів у лікарнях, оскільки оплата послуг стаціонарів здійснюється на основі кількості та видів випадків лікування. Крім того, поєднання

Таблиця 8. Використання оплати послуг лікарень на основі DRG у європейських країнах

Країна	Стаціонарне лікування	Денна амбулаторія	Психіатрія	Реабілітація
Австрія	+	+ ^a	—	—
Великобританія	+	+	У процесі розширення	
Естонія	+	+ ^c	—	—
Фінляндія	+	+	+ ^b	+ ^b
Франція	+	+	У процесі розширення	
Німеччина	+	+ ^a	Планується з 2013 р.	—
Нідерланди	+	+	+	+
Ірландія	+	+	—	—
Польща	+	+ ^a	У процесі розширення	
Португалія	+	+ ^a	— ^c	— ^c
Іспанія	+	— ^d	—	—
Швеція	+	+	+	+

Умовні позначення: + — метод DRG використовується; — метод DRG не використовується; ^a — не є частиною алгоритму групування, але випадок явно розглядається для цілей платежу; ^b — система DRG призначена для покриття таких випадків, але в усіх лікарнях психіатричні пацієнти та хворі, які потребують довгострокового інтенсивного лікування, виключені з DRG-рахунків; ^c — дослідження проведені у зв'язку з можливістю використання в психіатрії й реабілітації; ^d — хірургічні випадки згруповані та фінансуються за допомогою DRG так само, як для стаціонарної допомоги; постійні дослідження проводяться відносно міжнародного рефінансування (IR-) DRGs; ^e — тільки хірургічні випадки згруповані та фінансуються за допомогою DRG.

Джерело: DRG systems and similar patient classification systems in Europe / С. Kobel, J. Thuilliez, M. Bellanger and K.-P. Pfeiffer // Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals / eds.: R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, M. Wiley ; European Observatory on Health Systems and Policies Series. — Berkshire : McGraw Hill, 2011. — 490 p.

прозорості й ефективності використання ресурсів сприяє поліпшенню якості медичної допомоги [8]. Також метод DRG є базою для точної оцінки вартості лікування пацієнта з урахуванням його діагнозу та належності до відповідної групи, виконуваних процедур, що дає можливість порівняти тривалість, обсяг витрат і якість надання послуг різними лікарнями [8]. Стимули оплати послуг на основі DRG для лікарень та їх вплив на ефективність і якість відображені в табл. 9, ступінь впливу стимулів для впровадження DRG — у табл. 10.

Незважаючи на те, що DRG активно застосовується в різних країнах світу й кількість таких країн постійно зростає, стандартної його моделі не створено. Кожна країна використовує власний варіант цього методу, котрий визначається рівнем розвитку клінічних та інформаційних технологій, наявністю економічної інформації й іншими факторами [9].

Метод оплати стаціонарної допомоги на основі DRG включає чотири основних компоненти, такі як:

1. Система класифікації випадків лікування. Використовується для групування випадків за взаємовиключними категоріями (групами), кількість котрих може варіюватися. Ці категорії об'єднують діагнози, клінічно пов'язані

Таблиця 9. Стимули лікарняних платіжних систем на основі DRG та їх вплив на якість і ефективність

Стимули оплати на основі DRG	Стратегії лікарень	Ефекти
Скорочення витрат на пацієнта	1. Зменшення тривалості перебування: - оптимізація шляхів внутрішнього догляду;	Якість ↑, ефективність ↑
	- передача іншим постачальникам;	Якість ↑, ефективність ↑
	- поліпшення координації / інтеграції з іншими постачальниками;	Якість ↓
	- передача/уникнення не вигідних випадків (демпінгу);	Якість ↓
	- необґрунтовано рання виписка.	Якість ↓
	2. Зниження інтенсивності наданих послуг:	Ефективність ↑
	- уникнення надання непотрібних послуг;	Ефективність ↑
	- послуги-замінники з низькою вартістю дорогих альтернатив (праця/капітал);	Якість ↓
	- зосередження на необхідних послугах.	Ефективність ↑, якість ↑
	3. Вибір пацієнта: - спеціалізація на лікуванні хворих, для яких лікарня має конкурентну перевагу; - вибір "дешевих" пацієнтів ("зняття вершків").	Ефективність ↓
Зростання доходів на одного пацієнта	1. Зміна практики кодування: - поліпшення кодування діагнозів і процедур;	Якість ↑
	- шахрайська рекласифікація пацієнтів, наприклад шляхом додавання неіснуючих вторинних діагнозів ("докодування").	Ефективність ↓
	2. Зміна зразка практики: - надання послуг, які призводять до рекласифікації пацієнтів у більш високооплачувану DRGs (надлишкове лікування).	Ефективність ↓, якість ↓
Збільшення кількості пацієнтів	1. Зміна правил прийому: - скорочення списку очікування;	Ефективність ↑
	- епізоди сплати догляду в декількох випадках госпіталізації;	Ефективність ↓↑, якість ↓↑
	- прийом пацієнтів на не потрібні їм послуги.	Ефективність ↓
	2. Поліпшення репутації лікарні: - підвищення якості послуг;	Якість ↑
	- зосередження зусиль виключно на вимірних сферах.	Якість ↓↑

Джерело: DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences / F. Cots, P. Chiarello, X. Salvador and others // *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals* / eds.: R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, M. Wiley ; European Observatory on Health Systems and Policies Series. — Berkshire : McGraw Hill, 2011. — P. 83.

та схожі за витратоємністю (тобто однорідні як з медичної, так і з економічної точок зору).

2. Система обліку витрат стаціонару. Потрібна для визначення відносної вартості кожної категорії (групи), що, як правило, розраховується виходячи з вартості лікування "середнього пацієнта" в конкретній категорії.

3. Економічні параметри системи. Включають базову ставку, котра являє собою вартість середнього по системі випадку та використовується для

Таблиця 10. Ступінь впливу стимулів для впровадження DRG

Система	Мета					
	Підвищення активності	Контроль витрат	Поліпшення якості	Підвищення ефективності		
				технічна	економічна	алокаційна
Вартість на основі плати за послуги	сильний	слабкий	сильний	слабкий	слабкий	слабкий
Глобальний бюджет	слабкий	сильний	помірний	слабкий	помірний	помірний
Метод DRG	помірний	помірний	помірний	сильний	помірний	сильний

Джерело: Geissler A. Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems / A. Geissler, W. Quentin, D. Scheller-Kreinsen // Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals / eds.: R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, M. Wiley ; European Observatory on Health Systems and Policies Series. — Berkshire : McGraw Hill, 2011. — P. 13.

наступного розрахунку вартості пролікованого випадку виходячи з відносної вартості групи, а також поправочні коефіцієнти, що враховують різницю між структурними чи іншими факторами (наприклад, рівень організації стаціонарної допомоги, географічні особливості та, крім того, чинники, специфічні для конкретного випадку, такі як нетипова тривалість перебування в стаціонарі, використання медикаментів високої вартості тощо).

4. Система управління. Охоплює інформаційну систему, порядок виставлення рахунків, надання звітності, а також систему моніторингу й оцінки [9].

Ефективність методу DRG залежить від розробленості кожного з цих компонентів і встановлення зв'язків між ними. Хоча всі чотири компоненти є важливими, провідну роль поряд із системою класифікації випадків лікування відіграє система обліку витрат стаціонарів. У європейських країнах застосовуються різні підходи до збору даних для визначення вартості витрат (табл. 11).

Досвід окремих країн світу щодо оплати медичних послуг стаціонарів на основі DRG може бути корисним для оцінки можливостей застосування цього методу в Україні. Так, у Німеччині Федеральне міністерство охорони здоров'я на виконання закону про фінансування лікарень (KHG, § 17b) зобов'язало їх перейти на систему DRG, видавши відповідне розпорядження. При цьому ставилося за мету створити стимулюючу систему, яка, з одного боку, забезпечить економічність надання медичних послуг, а з другого — сприятиме підвищенню прозорості та якості стаціонарного лікування. Оскільки на той час подібні системи подекуди вже використовувалися, було вирішено взяти за основу австралійську систему AR-DRG та поступово адаптувати її до німецьких умов.

Німецька система G-DRG налічує 23 основні діагностичні категорії (major diagnostic categories, MDC), у які об'єднано понад 1200 можливих випадків лікування. Кожному такому випадку присвоюється оціночний коефіцієнт

Таблиця 11. Підходи до збору даних про вартість медичних послуг стаціонарів, застосовувані в європейських країнах

Країна	Обов'язкова система обліку витрат	Національні керівні принципи калькуляції	Дані обліку витрат, що використовуються для визначення ціни DRG
Австрія	–	–	+
Великобританія	+	+	+
Естонія	–	–	+
Фінляндія	–	–	+
Франція	–	+	+
Німеччина	–	+	+
Ірландія	–	+	–
Польща	–	–	–
Португалія	+	+	–
Нідерланди	+	+	+
Іспанія	–	–	–
Швеція	–	+	+

Джерело: DRGs and cost accounting: Which is driving which? / S. S. Tan, L. Serdén, A. Geissler and others // *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals* / eds.: R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, M. Wiley ; European Observatory on Health Systems and Policies Series. — Berkshire : McGraw Hill, 2011. — 490 p.

(costweight), котрий визначається залежно від складності захворювання, тривалості перебування в лікарні та обсягу витрачених ресурсів. Щоб розрахувати вартість лікування, треба перемножити оціночний коефіцієнт на базову ставку вартості лікування (basisrate) [10]. Така ставка єдина для всіх федеральних земель.

Система G-DRG постійно розвивається й удосконалюється. Близько 25 % німецьких лікарень, у т. ч. 10 університетських клінік, щороку надсилають свої розрахункові дані до спеціально створеного Інституту розвитку лікарняної розрахункової системи — InEK. На підставі цих даних укладається каталог, у якому можна знайти всі параметри, що створюють вартість кожного стандартного випадку лікування. У лікарнях країни передбачено спеціальний відділ, котрий займається кодуванням діагнозів та від якого безпосередньо залежить вартість лікування кожного пацієнта [10].

У результаті запровадження системи G-DRG витрати на стаціонарне лікування знизилися на 40 %, а на амбулаторне зросли. Також скоротилися терміни перебування в стаціонарах, поліпшилася спеціалізація медичної допомоги, підвищилася економічна ефективність, конкуренція, прозорість фінансування і діяльності лікарень загалом. Поряд із цим у Німеччині запроваджена система зовнішнього контролю якості, для чого використовується 200 індикаторів, причому лікарні публікують звіти про якість медичної допомоги.

У Данії було розроблено власну модель системи DRG — DrDRG. Така система почала формуватися наприкінці 1990-х років, а повноцінно

функціонувати — з 2002 р. DrDRG класифікує пацієнтів із 12 000 різних діагнозів по 588 групах захворювань, у рамках котрих пацієнти мають загальний характер хвороби й методику лікування. Для кожної групи захворювань тариф DRG розраховується як середня плата в розрахунку на пацієнта. Цей тариф відображає також витрати певного округу на лікування пацієнтів із інших округів, а також вартість додаткових послуг. Тариф DRG включає фіксовану базову плату за розміщення в палатах, догляд і харчування у відповідному відділенні та змінні витрати, пов'язані з використанням обладнання для обстежень, сканування, лабораторних досліджень, проведення процедур, операцій, фізіотерапії тощо. Данські лікарні ведуть облік усіх наданих послуг та кожну ніч подають коректну інформацію в належному форматі Національній раді з питань охорони здоров'я, котра тісно співпрацює з округами й лікарнями з метою адаптації надісланих даних, їх групування та формування звітності, а наступного дня отримують розрахунок вартості послуги. Раз на місяць вони одержують огляд, що показує, чи досягли вони цілей відповідно до урядових вимог [11].

DrDRG допомагає лікарням локально контролювати свої бюджети, надаючи в режимі реального часу оновлену інформацію про послуги, ресурси та фінанси. Нині всі лікарні країни мають доступ до цієї інформації через Інтернет, і кожний лікарняний заклад може порівняти свої обсяги витрат за певними видами лікування з тарифом DRG або з витратами інших лікарень, з тим щоб знайти нові можливості зекономити ресурси, а також запозичити найкращий досвід. До речі, завдяки такому порівняльному аналізу вдалося досягти помітної економії. Варто зауважити, що в Данії, як і в Німеччині, застосовується оцінка якості послуг [11].

В Угорщині починаючи з 1990-х років проведено низку реформ системи оплати медичної допомоги. Зокрема, вона першою серед країн Центральної Європи запровадила оплату стаціонарної допомоги за закінчений випадок лікування на основі DRG. Однією з головних цілей зазначених реформ було підвищення ефективності стаціонарного сектору й рівності при перерозподілі ресурсів шляхом відмови від фінансування за статтями бюджетного кошторису, що розраховуються на базі наявних ресурсів, та переходу до системи оплати за результатами діяльності. У системі оплати за закінчений випадок джерелом доходу є пацієнт, а не інфраструктура. У результаті впровадження цього методу значно підвищилась ефективність діяльності стаціонарів, а також зменшилися регіональні диспропорції в розподілі ресурсів.

Тривалість застосування та еволюція системи DRG у цій європейській державі може слугувати керівництвом для інших країн ЄС. Угорщина декілька разів вносила в цю систему зміни, щоб зменшити число повторних госпіталізацій та коректив діагнозу в бік "дорогих" груп пацієнтів. Нещодавно знову введено, також за допомогою верхнього ліміту бюджетів, контроль

інтенсивності обслуговування, для того щоб сприяти скороченню середньої тривалості госпіталізації й витрат на стаціонарне лікування [4]. Успіху реформ системи оплати стаціонарної допомоги сприяла низка чинників: по-перше, наявність політичного консенсусу щодо підвищення ефективності та шляхів досягнення цієї мети; по-друге, чітке розуміння після вивчення зарубіжного досвіду, що для успіху потрібні час і послідовність у реалізації реформ; по-третє, підтримка з боку учасників завдяки постійному коригуванню системи, стабільне функціонування та націленість на якомога вищу ефективність її використання. Слід наголосити, що в Угорщині вдалося досягти максимального впливу системи оплати стаціонарного лікування за закінченим випадком на ефективність надання відповідних послуг [5].

Підсумовуючи викладене, доходимо таких висновків. Одним із основних напрямів реформування системи охорони здоров'я є вдосконалення механізмів фінансування медичних послуг, зокрема методів оплати стаціонарних послуг як найвитратніших. Оптимальна система оплати медичних послуг спрямована на забезпечення ефективності розподілу й використання ресурсів, доступності та якості послуг, мотивації для лікарів і вільного вибору для пацієнта. Однак ідеального методу оплати медичних послуг, у т. ч. стаціонарних, не існує. Зарубіжний досвід переконливо свідчить, що найбільш наближеною до розв'язання проблем ефективності, якості, доступності, контролю медичних послуг стаціонарів, задоволення інтересів усіх сторін є оплата методом DRG.

В Україні є нагальна потреба впровадження цього методу для ефективнішого використання ресурсів, їх розподілу між стаціонарною й первинною медико-санітарною допомогою, оптимізації інфраструктури лікарень, підвищення прозорості фінансування, поліпшення контролю та якості послуг. Уводити DRG слід поступово: на першому етапі (2016 р.) має бути розроблений пілотний проект, а в середньостроковій перспективі (2017—2018 рр.) — запроваджене в системі надання стаціонарних медичних послуг у цілому.

Список використаних джерел

1. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью : доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf?ua=1.
2. Горбачева А. Страховая медицина или бюджетная? / А. Горбачева [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.mywebs.su/blog/coin/27088.html>.
3. Маркина Н. Страны, использующие бюджетное здравоохранение, имеют более качественную медицину при меньших расходах / Н. Маркина [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.gazeta.ru/health/2013/10/15_a_5704585.shtml.
4. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе: проблемы и стратегические решения / S. Thomson, T. Fouboster, E. Mossialos ; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. — ВОЗ, 2010. — 270 с. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf.

5. Реформы финансирования здравоохранения: опыт стран с переходной экономикой / под ред. J. Kutzin, Ch. Cashin, M. Jakab ; Европ. обсерватория по системам и политике здравоохранения. — М. : ИД “Практическая медицина”, 2011. — 463 с. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/151023/e94240R.pdf.

6. Scheller-Kreinsen D. The ABC of DRGs / D. Scheller-Kreinsen, A. Geissler, R. Busse [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://eurodrgr.projects.tu-berlin.de/publications/EuroObserver_Winter_2009.pdf.

7. Коваль Д. А. Финансирование стационарной помощи по системе диагностически-родственных групп (DRG) / Д. А. Коваль [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.hta-rus.ru/files/koval_1301479885.pdf.

8. Geissler A. Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems / A. Geissler, W. Quentin, D. Scheller-Kreinsen // Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals / eds.: R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, M. Wiley ; European Observatory on Health Systems and Policies Series. — Berkshire : McGraw Hill, 2011. — 490 p. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://eurodrgr.projects.tu-berlin.de/publications/DRGbook/Ch2_Geissler.pdf.

9. Гиуффрида А. Введение в систему клинко-статистических групп / А. Гиуффрида, А. Кацара, Д. Лангенбруннер [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.tfoms.e-burg.ru/upload/press-reliz/state_2_2013.pdf.

10. Zaib A. DRG: Verschlüsselung leicht gemacht / A. Zaib [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://hanke-medconsult.de/ru/система_расчета_g-drg.html.

11. Национальный совет по вопросам здравоохранения Дании использует SAS® Activity-Based Management для предоставления гражданам повышенного качества медицинского обслуживания без увеличения расходов [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.sas.com/ru_ru/customers/dnbh2.html.

References

1. World Health Organization. Finansirovanie sistem zdavoohraneniya: put' k vseobshhemu ohvatu naseleniya mediko-sanitarnej pomoshh'yu : doklad o sostoyanii zdavoohraneniya v mire [The world health report: health systems financing: the path to universal coverage]. (2010). *www.who.int*. Retrieved from http://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf?ua=1 [in Russian].

2. Gorbacheva, A. (n. d.). Strakhovaya medicina ili byudzhetnaya? [Insurance medicine or budget?]. *www.mywebs.su*. Retrieved from <http://www.mywebs.su/blog/coin/27088.html> [in Russian].

3. Mirkina, N. (2013, October 15). Strany, ispol'zuyushhie byudzhetnoe zdavoohranenie, imeyut bolee kachestvennyuyu medicinu pri men'shikh rashodah [Countries using fiscal financing of health, have better healthcare at a lower cost]. *www.gazeta.ru*. Retrieved from http://www.gazeta.ru/health/2013/10/15_a_5704585.shtml [in Russian].

4. Thomson, S., Fouboster, T., & Mossialos, E. (2010). *Finansirovanie zdavoohraneniya v Evropejskom Soyuze: problemy i strategicheskie resheniya* [Health care financing in the European Union: challenges and strategic decisions]. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf [in Russian].

5. Kutzin, J., Cashin, Ch., & Jakab, M. (Eds.). (2011). *Reformy finansirovaniya zdavoohraneniya: opyt stran s perekhodnoj ekonomikoj* [Health care financing reforms: the experience of countries with economies in transition]. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/151023/e94240R.pdf [in Russian].

6. Scheller-Kreinsen, D., Geissler, A., & Busse, R. (2009). The ABC of DRGs. *The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 11 (4), 1-5. Retrieved from http://eurodrgr.projects.tu-berlin.de/publications/EuroObserver_Winter_2009.pdf.

7. Koval' D. A. (n. d.). *Finansirovanie stacionarnej pomoshhi po sisteme diagnosticheskirodstvennyh grupp (DRG)* [Funding for hospital care by diagnostic-related groups (DRG) system]. Retrieved from http://www.hta-rus.ru/files/koval_1301479885.pdf [in Russian].

8. Geissler A., Quentin W., & Scheller-Kreinsen D. (2011). Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems. In R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, M. Wiley (Eds.), *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Berkshire: McGraw Hill. Retrieved from http://eurodrp.projects.tu-berlin.de/publications/DRGbook/Ch2_Geissler.pdf.

9. Giuffrida, A., Kaczaga, A., & Langenbrunner, D. (2013). *Vvedenie v sistemu kliniko-statisticheskikh grupp* [Introduction to the system of clinical and statistical groups]. Retrieved from http://www.tfoms.e-burg.ru/upload/press-reliz/state_2_2013.pdf [in Russian].

10. Zaib, A. Sistema rascheta G-DRG [G-DRG calculation system]. *hanke-medconsult.de*. Retrieved from http://hanke-medconsult.de/ru/система_расчета_g-drg.html [in Russian].

11. Nacional'nyj sovet po voprosam zdravookhraneniya Danii ispol'zuet SAS® Activity-Based Management dlya predostavleniya grazhdanam povyshennogo kachestva medicinskogo obsluzhivaniya bez uvelicheniya rashodov [Danish National Board of Health uses SAS® Activity-Based Management to provide citizens with high-quality health care without increasing costs]. (n. d.). *www.sas.com*. Retrieved from http://www.sas.com/ru_ru/customers/dnbh2.html [in Russian].