

ВИТРАТИ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ДОБРОВІЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ СТРАХУВАННІ

Резюме. У роботі представлено організаційно-економічний механізм відшкодування витрат на закінчений випадок надання стаціонарної допомоги застрахованим пацієнтам через систему добровільного медичного страхування. Показано, що перехід на фінансування за пролікованих хворих за моделлю «кінцевого результату» здійснюється на принципах проспективної системи оплати з використанням стандарту клініко-статистичної групи, повним тарифом та тарифного регулювання.

Ключові слова: оплата, орієнтована на результат; клініко-статистична група, пролікований хворий, страховий тариф, тарифне регулювання.

Актуальність. Впровадження у практику добровільного медичного страхування ефективних способів фінансування й оплати стаціонарної допомоги на принципах бюджетування, орієнтованого на результат, дозволить забезпечити якість медичної допомоги, а також економічну зацікавленість лікарняного закладу і персоналу в результатах своєї праці [2].

Вибір адекватного способу оплати медичної допомоги в умовах стаціонару повинен відображати сучасне бачення проблем відшкодування витрат з орієнтацією на клінічні та економічні результати і необхідні медико-організаційні та економічні умови її надання.

З метою забезпечення якості та ефективного використання ресурсів лікарні рекомендується ширше застосовувати способи оплати медичної допомоги застрахованим пацієнтам з найбільш поширеними формами соціально значущих захворювань, орієнтовані на «кінцеві результати» – ефективно пролікованого хворого [3].

Модель «кінцевого результату» діяльності лікарняної установи, що працює за договорами комерційного страхування, повинна включати набір показників, що відображають якість – клінічну і витратну ефективність.

Переваги та недоліки ретроспективного способу оплати стаціонарної допомоги, що надається за договорами добровільного медичного страхування

Для фінансового забезпечення медичної допомоги в умовах стаціонару можуть використовуватися такі способи оплати за договорами комерційного медичного страхування [3]:

- оплата фактичних витрат на лікування кожного госпіталізованого пацієнта на основі детальної калькуляції за фактично наданими медичними послугами;
- оплата за кількістю фактично проведених пацієнтом ліжко-днів у профільному відділенні стаціонару;
- оплата за середньою вартістю лікування хворого, який закінчив лікування в профільному відділенні;
- оплата за клініко-статистичною групою (КСГ) захворювань.

На сьогодні найбільш поширеним способом оплати в практиці договірних відносин лікарні і страхової медичної організації є комбінована оплата за ліжко-день з роздільним фінансуванням. Незважаючи на простоту розрахунків, система ретроспективної оплати за фактичні обсяги допомоги носить витратний характер і не створює стимулів до ефективного використання ресурсів та підвищення якості страхового захисту. До недоліків цього способу оплати віднесено: надмірну агрегованість показника проведених ліжко-днів, зростання числа послуг та прагнення до збільшення термінів госпіталізації хворих [5].

Принципи та способи організації проспективної оплати за пролікованих хворих у добровільному медичному страхуванні

Вивчення нормативно-правових документів показало, що основною тенденцією трансформації механізмів фінансування стаціонарної допомоги є перехід до проспективних (попередніх) способів оплати і тарифів за укрупне-

ними одиницями обсягу допомоги за видами і групами, що об'єднують хвороби (КСГ), віднесених на закінчений випадок госпіталізації (пролікований хворий) [3, 4].

КСГ – це класифікація стаціонарних хворих за діагнозом та вартістю наданої допомоги, подібних головним чином за витратами ресурсів, технологій надання медичної допомоги, яка використовується страховими компаніями для складання шкал відшкодування витрат [1, 5].

При цьому КСГ визначаються з позицій значення, використання і способу дій. Значення – укрупнена одиниця обсягу допомоги, групи, які об'єднують хвороби за видами і переліком нозологічних форм, клінічною та витратною однорідністю; вона виражена у вартісній формі.

Методи дослідження. Використання для складання диференційованих шкал відшкодування витрат з урахуванням вагових коефіцієнтів подорожчання вартості за ступенем складності застосовуваних технологій і рівня витрат.

Спосіб дій – проспективна оплата фактичного числа випадків пролікованих хворих, планування бюджету страхових програм і тарифне регулювання при відхиленнях.

Принципи та способи організації проспективної оплати за пролікованих хворих у комерційному медичному страхуванні включають: метод відшкодування витрат – нормативний, спосіб оплати – попередній, рівень агрегування одиниці об'єму допомоги – КСГ, одиниця оплати – пролікований хворий [2].

Мета організації цього способу оплати – стимулювання якості, економічна ефективність, зниження необґрунтованих витрат на лікування, передбачуваність витрат.

Способи досягнення мети – стандартизація технологій вимірювання та нормування обсягу допомоги й оптимізація фінансових взаєморозрахунків за повною собівартістю [6].

Стандартні операції та процедури побудови КСГ для виконання нормативів надання стаціонарної допомоги і формування договірних цін у добровільному медичному страхуванні КСГ належать до вдосконаленого аналога всередині засновницького стандарту лікарні з «найкращою» практикою [5].

Визначено стандартні операції та процедури побудови системи КСГ згідно зі статистичною класифікацією хвороб:

- типізація хворих відповідно до правил формулювання і кодування заключного клінічного (патолого-анатомічного) діагнозу з урахуванням структури госпіталізованої захворюваності за рубриками Міжнародної класифікації хвороб МКХ-10;

- тарифікація медичних послуг за ступенем споживання ресурсів, віднесених на КСГ (питомі витрати за числом медичних послуг, трудовитрат, вагових коефіцієнтів вартості);

- відбір КСГ за ознаками (середній вік, тривалість лікування, вагові коефіцієнти вартості, результат захворювання) і спосіб їх ранжування поквартально з кроком 25%, 50%, 75%.

Договірні ціни, розраховані за стандартом КСГ і повною собівартістю медичних послуг, виконують функцію тарифів і призначені для взаєморозрахунків за пролікованих хворих за твердою і єдиною ставками. При цьому тарифи є інструментом оплати і фінансування стаціонарної допомоги, а нормативи фінансових витрат – елементом контролю ефективності використання ресурсів. Процес формування тарифів проходить етапи: визначення одиниці виміру й оплати, розрахунок за повною вартістю, моделювання відшкодування витрат, узгодження на тарифній комісії [5].

Механізм проспективної оплати лікарняної допомоги виражає взаємовигідний зв'язок усіх суб'єктів економічних відносин у системі добровільного медичного страхування. Організаційно-економічний механізм відшкодування витрат на пролікованого пацієнта в комерційному медичному страхуванні розглядається як спосіб впливу з метою вдосконалення системи організації, форм і методів оплати на основі побудови стандартів КСГ. Механізм відображає перехід від ретроспективної моделі оплати до моделі проспективного способу оплати, орієнтованої на результат [5].

Для реалізації цього механізму запропоновано три основних інструменти впливу: повний тариф, стандарти (нормативи) надання стаціонарної допомоги на принципах КСГ і тарифне регулювання, із застосуванням яких узгоджу-

ються економічні інтереси як лікарні, так і страхової медичної організації [2].

Організаційно-економічний механізм компенсації витрат на проспективній основі реалізується за напрямками [3]:

- спосіб оплати за кожною конкретною КСГ класифікації хвороб з урахуванням вагових коефіцієнтів подорожчання вартості, що відбивають ступінь використання витрат (за пролікованих хворих за узгодженим бюджетом);

- інструменти тарифного регулювання (технологічні стандарти, нормативи фінансових витрат, шкала тарифів, тарифна угода);

- цільове використання (фінансово-економічне обґрунтування програм страхування, порядок та спосіб оплати, встановлення зобов'язань оплати, планування бюджету страхових програм, контроль за відхиленнями, аналіз ефективності використання ресурсів, перегляд цін і тарифів).

Результати дослідження. Оцінка економічної ефективності використання ресурсів стаціонару з метою його фінансового менеджменту здійснюється за показниками: рентабельність, поріг рентабельності (беззбитковість), запас фінансової міцності, ефект операційного важеля.

Функції і потенціал управління діяльністю суб'єктів у системі комерційних відносин у медичному страхуванні за рівнями організації і формами взаємодії

Із впровадженням проспективної системи оплати стаціонарної допомоги за договорами комерційного медичного страхування забезпечується розширення функцій страховиків, підвищення їх ролі в плануванні та управлінні обсягами медичної допомоги, розвиток системи персоніфікованого обліку наданої допомоги із застосуванням медичних інформаційних госпітальних систем [5].

Розширення потенціалу управління діяльністю суб'єктів комерційних відносин у медичному страхуванні забезпечується за напрямками:

- організація (принцип замовлення обсягів допомоги, розміщення планового замовлення

страховою медичною організацією і встановлення планових завдань лікарняним установам);

- планування (узгодження між страховою медичною організацією і лікарнею структури й обсягів допомоги разом із результатами);

- контроль (контроль витрат, оцінка та моніторинг виконання договорів за структурою, обсягами та якістю допомоги, встановлення рівня відповідальності сторін при відхиленнях);

- економічна мотивація лікарні і персоналу (оптимізація обсягу допомоги, зниження числа необґрунтованих госпіталізацій і їх тривалості, забезпечення якості, раціональне використання ресурсів).

Координація діяльності учасників комерційного страхування здійснюється шляхом договірних відносин і тарифного регулювання, а також встановлення договірних зобов'язань щодо застрахованих контингентів за рівнями організації і формами взаємодії.

Висновок. Перехід від ретроспективної моделі оплати до моделі проспективної оплати за закінчений випадок госпіталізації хворого в добровільному медичному страхуванні обумовлений пріоритетами досягнення нових цілей: передбачуваність витрат, формування противитратних стимулів і ефективне використання ресурсів.

Фінансування та оплата стаціонарної медичної допомоги на проспективній основі і відповідно до нормативів фінансових витрат, або за очікуваними прогнозними витратами, повинні розраховуватися на основі стандартів медичної допомоги на принципах КСГ, що відображають її якість.

Механізм відшкодування витрат на пролікованого хворого за стандартом КСГ і повним тарифом відображає реальні витрати стаціонару, орієнтовані на результат – клінічно ефективну медичну допомогу з високим відсотком поліпшених станів і раціональне використання ресурсів.

Список використаних джерел

1. *Zaratyants O.V., Kaktursky L.V.* The formulation and comparison of clinical and pathologic anatomical diagnoses. Directory. – Moscow: Medical Information Agency LLC, 2008. – 424 p.
2. *Martynchik S.A., Timchinsky D.L.* Perfection mechanisms of payment for inpatient care in the system of voluntary medical insurance // Healthcare. Magazine for the head and chief accountant. – 2009. – № 5. – P. 67–74.
3. Letter of the Ministry of Healthcare and Social Development of the Russian Federation No. 20-0/10/2-5067 of June 29, 2009, “Recommendations on methods of payment for medical care, focused on the results of the activities of medical organizations involved in the implementation of the territorial program of state guarantees for the provision of citizens of the Russian Federation free medical help.”
4. *Order* of the Ministry of Healthcare and Social Development of the Russian Federation of December 29, 2008 No. 786 n., dated December 30, 2009, “On the Procedure for the Formation and Approval of the State Task for Providing High-Tech Medical Assistance to the Citizens of the Russian Federation for 2009 at the expense of federal budget allocations.”
5. *Semenov V.Yu.* Methods of payment for medical services. Head Doctor. – 2007. – № 4.
6. *Federal Law* “On Technical Regulation” of December 27, 2002, № 184-ФЗ.
7. *Гесць В.М.* Характер перехідних процесів до економіки знань / В.М. Гесць // Економіка України. – 2004. – № 4. – С. 4–14.
8. *Григорак М.Ю.* Інтелектуалізація ринку логістичних послуг: концепція, методологія, компетентність: монографія / М.Ю. Григорак. – К.: Сік Груп Україна, 2017. – 516 с.
9. *Касаткина В.В.* Інтелектуалізація економіки: теоретический анализ: автореф. дис. ... канд. екон. наук / В.В. Касаткина. – М., 2011. – 28 с.
10. *Турило А.М.* Інтелектуальний капітал – основа інновацізації, ефективності і корпоративної стратегії підприємства: монографія / А.М. Турило, О.В. Корнух. – Кривий Ріг: Видав. дім, 2012. – 228 с.
11. *Друкер П.Ф.* Задачи менеджмента в XXI веке: монографія / П.Ф. Друкер; пер. с англ. – М.: Издат. дом «Вильямс», 2004. – 272 с.
12. *Нильсон Н.* Искусственный интеллект. Методы поиска решений / Н. Нильсон. – М.: Мир, 1973. – 273 с.
13. *Нильсон Н.* Принципы искусственного интеллекта / Н. Нильсон. – М.: Радио и связь, 1985. – 376 с.
14. *Сакайя Т.* Стоимость, создаваемая знаниями, или История будущего / Т. Сакайя // Новая постиндустриальная волна на Западе. Антология / Под ред. В.Л. Иноземцева. – М.: Academia, 1999. – 640 с.
15. *Беленя И.А.* Применение интеллектуальных систем в медицине для поддержки принятия лечебно-диагностических решений / И.А. Беленя, И.С. Алексеев, Н.А. Сергеева // Решетневские чтения. – 2016. – С. 159–161. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-intellektualnyh-sistem-v-meditsine-dlya-podderzhki-prinyatiya-lechebno-diagnosticheskikh-resheniy> (дата 12.09.2018). – Название с экрана.
16. *Карпов О.Э.* Применение интеллектуальных систем в здравоохранении / О.Э. Карпов, Г.С. Клименко, Г.С. Лебедев // Современные наукоемкие технологии. – 2016. – № 7 (1). – С. 38–43.
17. *Кобринский Б.А.* Особенности медицинских интеллектуальных систем / Б.А. Кобринский // Информационно-измерительные и управляющие системы. – 2013. – Т. 11. – № 5. – С. 58–64.
18. *Кобринский Б.А.* Системы поддержки принятия решений в здравоохранении и обучении / Б.А. Кобринский // Врач и информационные технологии. – 2010. – № 2. – С. 39–45.
19. *Гриценко В.І.* Персоніфіковані засоби цифрової медицини – крок до здоров'я / В.І. Гриценко, Л.С. Файнзільберг // Вісник Національної академії наук України. – 2012. – № 8. – С. 62–70. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vnanu_2012_8_8 (дата 09.10.2018). – Назва з екрану.
20. *Майоров О.Ю.* Исследование биоэлектрической активности мозга с позиций многомерного линейного и нелинейного анализа ЭЭГ / О.Ю. Майоров, В.Н. Фенченко // Клиническая информатика и телемедицина. – 2008. – Т. 4 (5). – С. 12–20. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://nbuv.gov.ua/UJRN/kiit_2008_4_5_5 (дата 12.09.2018). – Название с экрана.
21. *Продеус А.Н.* Экспертные системы в медицине / А.Н. Продеус, Е.Н. Захрабова. – К.: Век, 2004. – 320 с.
22. *ISSN 2312-1025.* Інтелектуалізація системи управління охороною здоров'я // Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. – 2018. – Т. 2, № 4.

РАСХОДЫ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДОБРОВОЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

Ю.А. Цвиллий, А.С. Котуза

Резюме. В работе представлен организационно-экономический механизм возмещения затрат на законченный случай оказания стационарной помощи застрахованным пациентам через систему добровольного медицинского страхования. Показано, что переход на финансирование по пролеченным больным по модели «конечного результата» осуществляется на принципах проспективной системы оплаты с использованием стандарта клинико-статистической группы, полного тарифа и тарифного регулирования.

Ключевые слова: оплата, ориентированная на результат; клинико-статистическая группа, пролеченный больной, страховой тариф, тарифное регулирование.

COSTS OF INPATIENT CARE WITH VOLUNTARY HEALTH INSURANCE

Yu. Tsviliy, A. Kotuza

Summary. In the present paper the authors describe an economic and management mechanism for reimbursing expenses in a complete case of in-patient medical help to insured patients via the system of voluntary medical insurance. It has been shown that transition to financing a treated patient by the model of “final result” is based on the principles of prospective payment system using the standard of clinico-statistical group, full rate and rate regulation.

Keywords: payment depending on the results, clinico-statistical group, treated patient, insurance rate, rate regulation.

Рекомендовано до публікації:
доктор мед. наук **І.П. Семенів**

Дата надходження рукопису: 11.12.2018

Цвілій Юлія Олександрівна – головний бухгалтер КЛ «Феофанія» ДУС

Адреса: 03143, м. Київ, вул. акад. Заболотного, 21

E-mail: kancelar@feofaniya.org

Контактні телефони: (067) 478-72-38; (044) 259-64-80 (для кореспонденції)