

Совершенствование механизмов оплаты стационарной помощи, ориентированной на результат, в добровольном медицинском страховании

С.А. Мартынич¹, О.В. Соколова²

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова,

²ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

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

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

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.

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

Внедрение в практику добровольного медицинского страхования эффективных способов финансирования и оплаты стационарной помощи на принципах бюджетирования, ориентированного на результат, позволит обеспечить качество медицинской помощи, а также экономическую заинтересованность больничного учреждения и персонала в результатах своего труда [2].

Выбор адекватного способа оплаты медицинской помощи в условиях стационара должен отражать современное видение проблем возмещения затрат, с ориентацией на клинические и экономические результаты и необходимые медико-организационные и экономические условия ее оказания.

В целях обеспечения качества и эффективного использования ресурсов больницы рекомендуется шире применять способы оплаты медицинской помощи застрахованным пациентам с наиболее распространенными формами социально значимых заболеваний, ориентированные на «конечные результаты» — эффективно пролеченного больного [3].

Модель «конечного результата» деятельности больничного учреждения, работающего по договорам коммерческого страхования, должна включать набор показателей, отражающих качество — клиническую и затратную эффективность.

Преимущества и недостатки ретроспективного способа оплаты стационарной помощи, оказываемой по договорам добровольного медицинского страхования

Для финансового обеспечения медицинской помощи в условиях стационара могут использоваться следующие способы оплаты по договорам коммерческого медицинского страхования [3]:

- оплата фактических расходов на лечение каждого госпитализированного пациента на основе деталь-

ной калькуляции по фактически оказанным медицинским услугам;

- оплата по числу фактически проведенных пациентом койко-дней в профильном отделении стационара;
- оплата по средней стоимости лечения больного, закончившего лечение в профильном отделении;
- оплата по клинко-статистической группе (КСГ) заболеваний.

В настоящее время наиболее распространенным способом оплаты в практике договорных отношений больницы и страховой медицинской организации является комбинированная оплата за койко-день с отдельным финансированием не вошедших в его стоимость медицинских услуг. Несмотря на простоту расчетов, сложившаяся система ретроспективной оплаты за фактические объемы помощи носит затратный характер и не создает стимулов к эффективному использованию ресурсов и повышению качества страховой защиты. К недостаткам этого способа оплаты отнесены: чрезмерная агрегированность показателя проведенных койко-дней, рост числа услуг и стремление к увеличению сроков госпитализации больных [5].

Принципы и способы организации проспективной оплаты за пролеченного больного в добровольном медицинском страховании

Изучение нормативно-правовых документов показало, что основной тенденцией трансформации механизмов финансирования стационарной помощи является переход к проспективным (предварительным) способам оплаты и тарифам по укрупненным единицам объема помощи по видам и группам, объединяющим болезни (КСГ), отнесенным на законченный случай госпитализации (пролеченный больной) [3, 4].

КСГ – это классификация стационарных больных по диагнозу и стоимости оказываемой помощи, сходных главным образом по затратам ресурсов, технологиям оказания медицинской помощи, используемая страховыми компаниями для составления шкал возмещения расходов [1,5].

При этом КСГ определяются с позиций значения, использования и способа действий.

Значение – укрупненная единица объема помощи, группы, объединяющие болезни по видам и перечню нозологических форм, клинической и затратной однородности, выраженная в стоимостной форме.

Использование – для составления дифференцированных шкал возмещения расходов с учетом весовых коэффициентов удорожания стоимости по степени сложности применяемых технологий и уровня затрат.

Способ действий – проспективная оплата фактического числа случаев пролеченных больных, планирование бюджета страховых программ и тарифное регулирование при отклонениях.

Принципы и способы организации проспективной оплаты за пролеченного больного в коммерческом медицинском страховании включают: метод возмещения расходов – нормативный, способ оплаты – предварительный, уровень агрегирования единицы объема помощи – КСГ, единица оплаты – пролеченный больной [2].

Цели организации этого способа оплаты – стимулирование качества, экономическая эффективность, снижение необоснованных издержек на лечение, предсказуемость расходов.

Способы достижения целей – стандартизация технологий измерения и нормирования объема помощи и оптимизация финансовых взаиморасчетов по полной себестоимости [6].

Стандартные операции и процедуры построения КСГ для исполнения нормативов оказания стационарной помощи и формирования договорных цен в добровольном медицинском страховании

КСГ относится к усовершенствованному аналогу внутриучрежденческого стандарта больницы с «наилучшей» практикой [5].

Определены стандартные операции и процедуры построения системы КСГ согласно статистической классификации болезней:

- типизация больных в соответствии с правилами формулировки и кодирования заключительного клинического (патологоанатомического) диагноза с учетом структуры госпитализированной заболеваемости по рубрикам МКБ-10;
- тарификация медицинских услуг по степени потребления ресурсов, отнесенных на КСГ (удельные затраты по числу медицинских услуг, трудозатрат, весовых коэффициентов стоимости);
- отбор КСГ по признакам (средний возраст, длительность лечения, весовые коэффициенты стоимости, исход заболевания) и способ их ранжирования по квартилям с шагом 25%, 50%, 75% значений процентиля.

Договорные цены, рассчитанные по стандарту КСГ и полной себестоимости медицинских услуг, выполняют функцию тарифов и предназначены для взаиморасчетов за пролеченного больного по твердым и единым

ставкам. При этом тарифы являются инструментом оплаты и финансирования стационарной помощи, а нормативы финансовых затрат – элементом контроля эффективности использования ресурсов. Процесс формирования тарифов проходит этапы: определение единицы измерения и оплаты, расчет по полной стоимости, моделирование возмещения затрат, согласование на тарифной комиссии [5].

Механизм проспективной оплаты больничной помощи, выражающий взаимовыгодную связь всех субъектов экономических отношений в системе добровольного медицинского страхования

Организационно-экономический механизм возмещения затрат на пролеченного пациента в коммерческом медицинском страховании рассматривается как способ воздействия с целью совершенствования системы организации, форм и методов оплаты на основе построения стандартов КСГ. Механизм отражает переход от ретроспективной модели оплаты на модель проспективного способа оплаты, ориентированного на результат [5].

Для реализации этого механизма предложены три основных инструмента воздействия: полный тариф, стандарты (нормативы) оказания стационарной помощи на принципах КСГ и тарифное регулирование, с применением которых согласуются экономические интересы как больницы, так и страховой медицинской организации [2].

Организационно-экономический механизм компенсации затрат на проспективной основе реализуется по направлениям [3]:

- способ оплаты по каждой конкретной КСГ классификации болезней с учетом весовых коэффициентов удорожания стоимости, отражающих степень использования расходов (за пролеченного больного, по согласованному бюджету);
- инструменты тарифного регулирования (технологические стандарты, нормативы финансовых затрат, шкала тарифов, тарифное соглашение);
- целевое использование (финансово-экономическое обоснование программ страхования, порядок и способ оплаты, установление обязательств оплаты, планирование бюджета страховых программ, контроль за отклонениями, анализ эффективности использования ресурсов, пересмотр цен и тарифов).

Оценка экономической эффективности использования ресурсов стационара в целях его финансового менеджмента осуществляется по показателям: рентабельность, порог рентабельности (безубыточность), запас финансовой прочности, эффект операционного рычага.

Функции и потенциал управления деятельностью субъектов в системе коммерческих отношений в медицинском страховании по уровням организации и формам взаимодействия

С внедрением проспективной системы оплаты стационарной помощи по договорам коммерческого медицинского страхования обеспечивается расширение функций страховщиков, повышение их роли в планировании и управлении объемами медицинской помощи, развитие системы персонифицированного учета оказанной помощи с применением медицинских информационных систем [5].

Расширение потенциала управления деятельностью субъектов коммерческих отношений в медицинском страховании обеспечивается по направлениям:

- организация (принцип заказываемых объемов помощи, размещение планового заказа страховой медицинской организацией и установление плановых заданий больничному учреждению);
- планирование (согласование между страховой медицинской организацией и больницей структуры и объемов помощи в увязке с результатами);
- контроль (контроль расходов, оценка и мониторинг выполнения договоров по структуре, объемам и качеству помощи, установление уровня ответственности сторон при отклонениях);
- экономическая мотивация больницы и персонала (оптимизация объема помощи, снижение числа необоснованных госпитализаций и их длительности, обеспечение качества, рациональное использование ресурсов).

Координация деятельности участников коммерческого страхования осуществляется путем договорных отношений и тарифного регулирования, а также установления договорных обязательств по застрахованным контингентам по уровням организации и формам взаимодействия.

Заключение

Переход от ретроспективной модели оплаты на модель проспективной оплаты за законченный случай госпитализации больного в добровольном медицинском страховании обусловлен приоритетами достижения новых целей: предсказуемость затрат, формирование противозатратных стимулов и эффективное использование ресурсов.

Финансирование и оплата стационарной медицинской помощи на проспективной основе и в соответствии с нормативами финансовых затрат, или ожидаемыми прогнозными издержками, должны рассчитываться на основе стандартов медицинской помощи на принципах КСГ, отражающих её качество.

Механизм возмещения затрат на пролеченного больного по стандарту КСГ и полному тарифу отражает реальные затраты стационара, ориентированные на результат — клинически эффективную медицинскую помощь с высоким процентом улучшенных состояний и рациональное использование ресурсов.

Литература

1. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. *Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов. Справочник.* — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. — 424 с.

2. Мартынчик С.А., Тимчинский Д.Л. *Совершенствование механизмов оплаты стационарной помощи в системе добровольного медицинского страхования // Здоровоохранение. Журнал для руководителя и главного бухгалтера.* — 2009. — № 5. — С. 67–74.

3. *Письмо Минздравсоцразвития РФ № 20-0/10/2-5067 от 29.06.2009 г. «Рекомендации по способам оплаты медицинской помощи, ориентированным на результаты деятельности медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».*

4. *Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29 декабря 2008 г. № 786 н, от 30 декабря 2009 г. «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам РФ на 2009 г. за счет ассигнований федерального бюджета».*

5. Семенов В.Ю. *Способы оплаты медицинских услуг. Главврач.* — 2007. — № 4. — С.

6. *Федеральный закон «О техническом регулировании» от 27.12.2002 г. № 184-ФЗ.*