

УДК 614.2:368:005

КЛАСИФІКАЦІЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЗАВДАННЯХ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

О. І. Твердохліб, Є. В. Горшков

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

У статті розглянуті проблеми класифікації закладів охорони здоров'я для завдань медичного страхування. Запропоновано новий підхід до їх систематизації, заснований на оцінюванні середньої вартості одного страхового випадку.

Ключові слова: класифікація закладів охорони здоров'я, медичне страхування.

КЛАССИФИКАЦИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЗАДАЧАХ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

А. И. Твердохлеб, Е. В. Горшков

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика

В статье рассмотрены проблемы классификации учреждений здравоохранения для задач медицинского страхования. Предложен новый подход к их систематизации, основанный на оценке средней стоимости одного страхового случая.

Ключевые слова: классификация учреждений здравоохранения, медицинское страхование.

CLASSIFICATION OF MEDICAL INSTITUTIONS FOR THE TASKS OF HEALTH INSURANCE

O. I. Tverdokhlib, Ye. V. Horshkov

National Medical Academy of Post-Graduate Education by P. L. Shupyk

The article adduces the implementing classification of medical institutions for the tasks of health insurance. A new approach to the systematization of medical institutions was proposed. This method is based on an assessment of the average cost per insured event.

Key words: classification of medical institutions, medical insurance.

Вступ. Відомо, що вартість полісу добровільного медичного страхування (ДМС) складається з таких компонентів: обсяг передбачених програм страхування (поліклініка, стаціонар, стоматологічна допомога тощо), страхові ризики (гострі та/або хронічні захворювання, травми, отруєння тощо), рівень медичних закладів, в яких можливе отримання медичних послуг, страхові суми [1]. Вагому частину з цієї вартості складає саме ціновий рівень медичних закладів, можливість обслуговування в яких включено до програми ДМС [2].

Переважає більшість страхових компаній (СК) використовує так звану трикомпонентну систему градацій цінкових груп (ЦГ) медичних закладів: а) державні та відомчі; б) комерційні; в) брендові. При цьому критеріями включення закладів охорони здоров'я

(ЗОЗ) до тієї чи іншої установи є тільки форма власності та/або позиціонування медичного закладу на ринку [2]. Деякі СК включають до програми ДМС жорсткий перелік ЗОЗ з прописаним обсягом покриття по кожній із клінік окремо - тобто без наявності будь-якої систематизації взагалі.

Отже, на даний час відсутня загальноприйнята класифікація ЗОЗ, що віддзеркалює реальну вартість лікування страхового випадку. Відповідно, страхова премія (вартість полісу ДМС) розраховується без врахування такого параметра як «середня вартість страхового випадку» (СВСВ) [3].

В рамках роботи з формування загальної моделі взаємодії суб'єктів страхової медицини, що містить в собі СВСВ, нами було оброблено 59 658 рахунків від 374 закладів охорони здоров'я України. Аналіз

© О. І. Твердохліб, Є. В. Горшков, 2011

даних виявив наявність ряду проблем, що подекуди виявляються в цілому ряді страхових випадків.

Періодично зустрічається невідповідність розмірів збитків за окремою застрахованою особою з ЦГ ЗОЗ, в яких застрахованій особі (ЗО) надавали медичні послуги. Така невідповідність виявлялася при порівнянні загальних виплат СК протягом року різним ЗО, але за надання допомоги з приводу однієї і тієї ж нозології.

У ряді випадків виявилось, що при зверненні ЗО в ЗОЗ із задекларованою високою вартістю за кожну окрему послугу, загальні виплати склали меншу суму, ніж при зверненні пацієнтів з аналогічною патологією в ЗОЗ з задекларованим більш низьким преїскурантом на послуги.

Метою нашого дослідження стало проведення порівняльного аналізу вартості лікування ЗО з аналогічним діагнозом в лікувальних установах, що відрізняються за формою власності і декларованою вартістю окремих послуг.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження базувалось на масиві даних за зверненнями та відповідними виплатами більш ніж по 17 000 ЗО за період 2008-2010 роки.

Перша частина дослідження була направлена на аналіз бази даних звернень ЗО за нозологіями, за якими було б можливе проведення достовірного розгляду всіх діагностичних і лікувальних заходів, щодо скарг ЗО.

Після перевірки достовірності кластерного рішення нами були відібрані для подальшого дослідження дві групи страхових випадків. У першу групу увійшли випадки з діагнозом ГРВІ, гострий ринофарингіт. У другу групу увійшли звернення, остаточний діагноз у яких був: остеохондроз поперекового відділу хребта, корінцевий синдром.

На початковому етапі дослідження нами були виділені страхові випадки, з діагнозами, що були найчастіше зареєстровані в інформаційній системі медичного асистанса. Ними виявилися: гостра респіраторно-вірусна інфекція (4,6 %); остеохондроз різних відділів хребта (3,3 %); гострий цервіцит; гострий вагініт (0,9 %); хронічний карієс (4,1 %).

Перед подальшим детальним аналізом зі списку були виключені запальні захворювання сечостатевої системи, оскільки провести достовірний аналіз всіх діагностичних і лікувальних заходів не є можливим через обмеження, обумовлені договорами ДМС.

Також з подальшого вивчення виключили всі види стоматологічної допомоги, оскільки існують досить жорсткі субліміти та обмеження, обумовлені дого-

ворами ДМС, що не дозволяють простежити всі маніпуляції з приводу конкретної нозології.

Отже, для аналізу були відібрані дві групи звернень: випадки гострих респіраторних захворювань і дегенеративні зміни хребта. До цих двох груп був застосований метод кластерного аналізу за наступними показниками: форма перебігу захворювання, супутня патологія, наявні фактори ризику. До першої групи увійшли пацієнти з діагнозом ГРВІ, гострий ринофарингіт. До другої групи - хворі, остаточний діагноз у яких був: остеохондроз поперекового відділу хребта, корінцевий синдром.

Друга частина дослідження була пов'язана з вибором лікувальних закладів для наступного вивчення. Проаналізовано, до яких ЗОЗ була найбільша кількість звернень за даними діагнозами, і відібрані 4 із них: два - приватні, назовемо їх ЗОЗ_п 1 і ЗОЗ_п 2; один державний - ЗОЗ_д 3 і відомча установа - ЗОЗ_в 4.

Аналіз базувался на 800 випадках ГРВІ, гострий ринофарингіт (група 1), по 200 випадків, з приводу яких були звернення в кожний ЗОЗ, і 700 звернень з діагнозом: остеохондроз поперекового відділу хребта, корінцевий синдром (група 2).

Проведено аналіз медичних звітів і рахунків з відібраних ЗОЗ за вказаними випадками. З'ясувалося, що в групі 1 мінімальні виплати за рік склали 61,45 грн. Вони склались з вартості однієї консультації у ЗОЗ_в 4 - 40 грн. і вартості медикаментозного забезпечення 21,45 грн. Максимальна вартість складала 899,76 грн. Це вартість 7 первинних і повторних консультацій, додаткових обстежень та медикаментів, призначених у тому ж ЗОЗ_в 4. З цієї суми вартість тільки консультацій складала 220,00 грн. Медикаменти виписані на суму 399,76 грн. та 280,00 грн. було виплачено на додаткові обстеження (рентгенографія, лабораторна діагностика).

Результати та обговорення. Отримані результати дослідження структуровані за виплатами, що були здійснені по страхових випадках 1 та 2 груп і наведені в таблицях 1, 2.

Із таблиці 1 випливає, що вартість однієї консультації лікаря, зазначена в преїскуранті лікувального закладу у державній та у відомчій лікарнях, значно нижче тієї ж послуги в обох приватних медичних центрах. Але, вже при обчисленні середньої вартості тієї ж послуги різниця скорочується. Це, в першу чергу, пов'язано з тим, що до вартості консультації лікаря в ЗОЗ_д 3 і ЗОЗ_в 4 у фінальному рахунку додаються послуги з оформлення медичної документації, послуги з супроводу пацієнта куратором цієї страхової компанії, деякі інші послуги, пов'язані з оформленням

Таблиця 1. Структура виплат, що були здійснені за страховими випадками групи 1

Вид виплат	ЗОЗ			
	ЗОЗп 1	ЗОЗп 2	ЗОЗд 3	ЗОЗв 4
Середній розмір загальних виплат СК за рік по нозології, грн.	435,6+21,7	361,3+12,5	447,3+27,0	301,5+20,4
З них на медикаментозне забезпечення, грн.	181,6+3,3	146,3+1,8	242,8+2,6	153,5+1,5
Середня кількість візитів лікаря до пацієнта / пацієнта в поліклініку за рік, шт.	2,2+0,1	1,8+0,1	3,2+0,2	2,3+0,1
Вартість однієї первинної консультації лікаря за преїскурантом, грн.	85+4,3	83+2,0	30,5+3,2	41+2,5
Середня вартість однієї консультації лікаря за преїскурантом (у робочий час, у вечірній час, візит додому, прийом у поліклініці, з/без оформлення листа тимчасової непрацездатності), грн.	105,9+5,1	97,5+4,7	61,2+3,4	67+3,9

Таблиця 2. Структура виплат, що були здійснені за страховими випадками групи 2

Вид виплат	ЗОЗ			
	ЗОЗп 1	ЗОЗп 2	ЗОЗд 3	ЗОЗв 4
Середній розмір загальних виплат СК за рік по нозології, грн.	1432,8+57,3	1312,8+24,8	1269,9+42,1	1153,9+34,0
З них на медикаментозне забезпечення, грн.	186,4+11,3	105,0+4,1	203,8+2,7	171,3+1,9
Середня кількість візитів лікаря до пацієнта / пацієнта в поліклініку за рік (без обліку відвідувань для масажу), шт.	1,8+0,9	1,9+0,2	2,2+0,1	2,4+0,1
Вартість однієї первинної консультації лікаря за преїскурантом, грн.	115,0+3,4	103,0+2,9	45,7+1,3	49,0+1,1
Середня вартість курсу масажу, грн.	580,8+7,2	630,0+11,7	508,7+9,7	446,4+15,8
Середня кількість отриманих сеансів масажу, шт.	6,5+0,3	7,0+0,1	9,2+0,3	9,3+0,4
Середня вартість однієї консультації лікаря (у робочий час, у вечірній час, візит додому, прийом у поліклініці, з / без оформлення листа тимчасової непрацездатності, повторний прийом), грн.	102,0+4,7	92,5+2,9	48,2+1,8	54,9+2,5

фінансової документації. В обох приватних ЗОЗ ці витрати включені у вартість консультації, задекларовану в преїскуранті.

Отже, загальні виплати СК не корелюють з прийнятою в СК класифікацією ЗОЗ (трикомпонента градація). Наявні великі відмінності в кількості консультацій і додаткових обстежень при лікуванні однієї і тієї ж патології. Існує також значна, до 60 %, розбіжність у вартості призначуваних медичних препаратів ЗО, яким встановлено один і той же діагноз.

Виявилось, що лікування одного пацієнта в ЗОЗ_{д 3}, при удаваній дешевизні власне лікувальної консультації, є найдорожчим для СК. Крім того, виходячи із кількості додаткових візитів, ЗО доводиться витрачати приблизно на 30 % більше часу на отримання допомоги в даному ЗОЗ.

Результати досліджень структури виплат по другій групі звернень пацієнтів з діагнозом: остеохондроз

поперекового відділу хребта, корінцевий синдром (група 2) представлені в таблиці 2.

Виходячи з даних, наведених у таблиці 2, виявляється, що максимальна розбіжність в загальній сумі виплат по одній нозології не перевищує 20 %. Хоча первинна вартість консультації та процедур значно відрізняється (до 60 %). Аналізуючи медичні звіти за відібраними випадками ми встановили, що практично всім ЗО проводилася або магнітно-резонансна томографія (МРТ), або рентгенографія хребта (близько 97 % пацієнтів). Рідше - обидва методи одночасно. Частота призначень вищенаведених додаткових досліджень практично однакова в усіх ЗОЗ і склала 81 %, 84 %, 87 %, 83 % відповідно. Як і в першій групі, значно відрізняється вартість медикаментозного забезпечення у ЗОЗ_{п 2} і ЗОЗ_{в 4}. Так само в ЗОЗ_{д 3} і ЗОЗ_{в 4} потрібно дещо більше число відвідувань поліклініки для отримання медичної допомоги

при одному і тому ж діагнозі. У тому числі і більша кількість процедур.

Спираючись на існуючу структуру програм медичного страхування та на потреби страхової медицини, а також беручи до уваги виняткову важливість уніфікації подібної інформації [3], ми пропонуємо систему дворівневої класифікації закладів охорони здоров'я. Першим рівнем є профілі залежно від наявних потужностей (амбулаторна допомога для дорослих, стаціонарна допомога для дітей, стоматологічна допомо-

га тощо). Другий рівень - цінова група, що залежить від СВСВ. Проаналізувавши СВСВ майже по 200 ЗОЗ України, пропонуємо 11 -бальну шкалу оцінювання лікувальних закладів.

Зауважимо, що група була розрахована та присвоєна кожному профілю медичного закладу окремо. Тобто, певний лікувальний заклад може мати різні групи за відповідними профілями. Проілюструємо, це на фрагменті реєстру провайдерів медичних послуг (рис. 1).

Перелік лікувальних закладів	Профілі обслуговування						
	Поліклініка		Стаціонар		Невідкладна допомога	Стоматологія	Важтності та полопи
	Дорослі	s	Дорослі	сі			
Клініка А	3+						
Клініка Б	3+		5+				
Клініка В	4	4	5	5	5+	5+	5+
Клініка Г		i.					
Клініка Д	2					3	

Рис. 1. Реєстр провайдерів медичних послуг.

Висновок. Результати проведеної роботи доводять, що прийнята в більшості страхових компаній України трикомпонентна шкала градації ЗОЗ не відповідає реальності. За існуючою класифікацією ЗОЗ_п 1 і ЗОЗ_п 2 відносяться до другої групи з трьох, а ЗОЗ_д 3 і ЗОЗ_в 4 - до першої, менш дорогої групи. Відповідно, вартість страхового поліса, що компенсує витра-

ти на лікування в цих клініках, може відрізнятися на 30% - 40%.

Впровадження підходу до систематизації ЗОЗ, заснованого на оцінюванні середньої вартості одного страхового випадку, дозволяє розрахувати вартість договору страхування з точністю до 10 %, а іноді і до 5 %, відносно збитків, що плануються за договором ДМС.

Лтература

1. Базилевич В. Д. Страхова справа / В. Д. Базилевич, К. С. Базилевич. - К. : Знання, 2005. - 351 с.
2. Страхування в Україні : аналітичний звіт 2006. - К. : УНДІ Права та економічних досліджень, 2006. - 63 с.

3. Горшков Є. В. Уніфікація медичної документації як перший етап впровадження МЕР / Є. В. Горшков // Медична інформатика та інженерія. - 2010. - №2 3. - С. 67-70.