

ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРИ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОМ ПОДХОДЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ЦЕН НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

(на примере оплаты лечения больных с диагнозом «муковисцидоз»)

*Организационно-экономический отдел ГУЗ «Детская краевая клиническая больница»
департамента здравоохранения Краснодарского края,
Россия, 350063, г. Краснодар, пл. Победы, 1. E-mail: deputat-viktor@mail.ru, тел. 8-928-28-15-673*

Авторами изучены нормативные документы, определяющие источники финансирования медицинской помощи, предоставляемой больным с диагнозом «муковисцидоз», фактические затраты и компенсационные выплаты, полученные из государственных источников, за их лечение с 2004 по 2008 г. Определены убытки, которые понесла больница при лечении детей с заболеванием МВ.

Главная идея: требуется методика адекватной оценки стоимости медицинских услуг, оказываемых в лечебно-профилактических учреждениях.

Ключевые слова: тарифы, бюджетные оценки, медицинская услуга, медицинское страхование, медицинская помощь, дорогостоящее лечение, муковисцидоз (кистозный фиброз).

E. N. LESNITCHENKO, E. A. BATRAKOVA

THE PROBLEM OF FINANCING OF PATIENT CARE INSTITUTION IN INSTITUTIONAL APPROACH TO PRICING OF MEDICAL SERVICE

(Exemplificative payment for treatment of sick the diagnosis Mucoviscidosis)

*Economic-organizing department of Children's Clinical Hospital,
1, Pobeda, Krasnodar, 350063, Russia. E-mail: deputat-viktor@mail.ru, tel 8-928-28-15-673*

The aim of this article is correlation between the cost of valuable treatment and it's compensation from government system of financing by example of children with Mucoviscidosis.

The authors studied between the cost of valuable treatment of children with Mucoviscidosis, sums paid for medical treatment and losses of hospitals and insurance medical company.

Key words: budget estimates, tariff, medical service; insurance service; medical insurance; medical treatment; valuable treatment; Mucoviscidosis (Fibrocystic disease).

Ценообразование на медицинские услуги представляет собой серьезную проблему для российского здравоохранения. Современные цены в виде тарифов ОМС и бюджетных оценок, по которым оплачивается более 90% оказанных населению медицинских услуг, не наделены теми экономическими функциями, которые помогают совершенствовать эффективность деятельности медицинских учреждений и устанавливать экономические связи между ресурсами ЛПУ и результатами производства медицинских услуг. В экономике результативность производства проявляется либо в рентабельности, либо в убыточности. Умение использовать методологические аспекты функций цены вознаграждается, как правило, прибылью предприятия, их игнорирование приводит к неэффективности (убыточности) производства.

Примером может служить система платы за лечение больных с диагнозом «муковисцидоз» (МВ), регулируемая «Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» [5].

С 1993 года постепенно наращивается оборот медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования. А в силу реформы здравоохранения и решений поставленных задач: формирование конкурентной среды и перехода здравоохранения на одноканальное финансирование (ОМС) в сфере здравоохранения (например, в Краснодарском крае с августа 2006 года проходит реализация мероприятий по внедрению одноканального финансирования оказания гражданам бесплатной медицинской помощи) [1], – приобретает все большее значение право лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) требовать плату за оказанные медицинские услуги в полном объеме. Но, как показывает практика, на медицинском рынке ЛПУ не получают полной денежной компенсации за оказанную медицинскую помощь населению.

Цель исследования – определить соотношение фактических затрат на высокотехнологичную медицинскую помощь и их компенсации в виде бюджетных ассигнований и тарифов за счет средств обязательного

медицинского страхования на примере лечения детей с диагнозом «муковисцидоз».

Материалы и методы

Проведён анализ за последние пять лет (2004–2008 г.) 297 историй стационарного больного пульмонологического отделения Детской краевой клинической больницы с диагнозом «кистозный фиброз», код МКБ E84.0 (муковисцидоз), листов назначения и счетов за оказанные медицинские услуги, выставленные в страховые медицинские компании. Изучалось соотношение количества пролеченных больных, затраченных на их лечение койко-дней. Авторами изучены суммы оплаченных счетов за медицинские услуги, определена реальная стоимость медицинских услуг, включая лечение дорогостоящими медикаментами.

Любая деятельность хозяйствующего субъекта предполагает установление эффективного способа связи между ресурсами предприятия и результатами его деятельности, которая проявляется либо в рентабельности, либо в убыточности. Для стоимостной оценки результатов труда используются цены. Медицинская услуга, как и любой другой товар или услуга в иной отрасли народного хозяйства, представляет собой единство потребительной стоимости (потребность общества в медицинской помощи) и цены – денежного выражения стоимости на медицинскую услугу. Цена является регулятором эффективности экономической деятельности предприятия, а учитывая экономические функции цены, можно избежать убыточности производства. В экономической науке выделены четыре основные функции: учетная, распределительная, стимулирующая и функция сбалансированного спроса и предложения (табл. 1).

Данные функции являются внешними проявлениями внутреннего содержания цены, которая в своей структуре имеет две составляющие: себестоимость и прибыль. Себестоимость является определяющим фактором цены, так как в нее включаются расходы предприятий, связанные с изготовлением продукции или предоставлением услуг. Затраты, включаемые в себестоимость, регламентируются главой 25 «Налог на прибыль организаций» Налогового кодекса РФ, введенного в действие 06.08.2001 г. (№ 110-ФЗ) [2].

В сфере здравоохранения долгое время действовал затратный принцип ценообразования. При затратном методе цена медицинской услуги определялась исходя из затрат на оказание медицинской помощи, то есть конкретно определялось количество денежных средств, необходимых на заработную плату, медикаменты, питание и т. д. Затратный метод использовался в советский период, когда бюджетное финансирование составляло экономическую основу здравоохранения. При затратном методе цена определяется на основе анализа, учета – очень примитивного, в основном непосредственных видимых затрат труда, без учета их сложных взаимосвязей, которые имеются в условиях современного производства.

В современном российском здравоохранении более 90% медицинских услуг производится для населения в рамках «Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам РФ».

Часть медицинских услуг определена программой как высокотехнологичная (дорогостоящая) медицинская помощь и оплачивается из бюджетов (федерального, регионального, муниципального). Для определения размеров бюджетного финансирования учреждения здравоохранения применяются бюджетные оценки, состав и уровень которых зависит не от реальных издержек на оказанные медицинские услуги населению, а от бюджетной классификации расходов медицинских учреждений и сложившейся системы государственного финансирования их деятельности. Состав бюджетных оценок не распадается на себестоимость и прибыль, а формирование бюджетных оценок происходит по принципу «от общего к частному», то есть смета расходов учреждений, которые финансируются из бюджета, рассматривается как совокупная цена годовых работ учреждения в целом.

Другая часть медицинских услуг оплачивается из Фонда ОМС посредством тарифов. Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС рассчитываются согласно Приказам ФФ ОМС № 16 от 14.04.1994 г. и № 72 от 12.10.1995 г. [3, 4].

При оплате медицинских услуг посредством системы обязательного медицинского страхования ранее применяемая затратная методология ценообразования переместилась из области стоимости медицинских услуг

Таблица 1

Основные задачи функций цены

Наименование функций цены	Задачи функций цены
Учетная	Определить величину общественного труда, необходимую для воспроизводства единицы потребительной стоимости
Распределительная	Определить направление распределения в пользу изготовителя или потребителя, а при регулируемых государством ценах в пользу фондов социальной защиты малообеспеченной части населения
Стимулирующая	Воздействовать на производство и потребление товаров и услуг: повышение цены стимулирует предприятия к выпуску прогрессивной и дефицитной продукции, а понижение – к снятию с производства устаревшей продукции
Функция сбалансированного спроса и предложения	Не допустить возникновения дефицита или избыточного предложения на товары и услуги. Достигать пропорции в производстве и потреблении

Основные показатели оказанных медицинских услуг больным МВ с 2004 по 2008 г.

Показатели	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Итого за 5 лет
Количество случаев лечения детей	25	54	50	76	92	297
Количество затраченных койко-дней	429	812	704	1068	1498	4 511
Стоимость лечения (млн. руб.)	1, 1	2,1	1,97	2,8	9,1	17,1
в том числе по статье расходов «Медикаменты»	0,96	1,8	1,6	2,2	7,7	14,2
Оплата лечения по тарифам ОМС (млн. руб.)	0,3	0,68	0,74	1,3	2,9	5,9
в том числе оплата по статье «Медикаменты»	0,13	0,3	0,36	0,64	1,4	2,9
Убытки по статье «Медикаменты»	0,8	1,5	1,2	1,5	6,3	11,3

в область страховых взносов, в которой оперируют методами и формами страхового дела, то есть затратный метод остался прежним, при этом расходы на медицинские услуги минимизируются. В условиях страховой медицины стоимость услуг выражается в опосредованной форме – форме страховых взносов. При этом учитывают, во-первых, издержки страховой организации, во-вторых, ее предполагаемые доходы. Такой метод ценообразования назвали ресурсным. С помощью ресурсного (или ограничительного) метода лимитируется уровень компенсации за оказанные медицинские услуги ЛПУ в соответствии с размером финансовых ресурсов СМО. Данный метод применяется для калькуляции тарифов. Тарифы включают в себя не все затраты на оказанные медицинские услуги, а объемы определенных видов медицинских услуг вовсе не учитывают.

Анализ цен на медицинские услуги в виде тарифов и бюджетных оценок показал, что им не присущи основные функции цены. В силу своих декретных свойств они имеют отличные от экономики функции, ближе напоминающие социальную – доведение денежных средств до ЛПУ [8].

Особенно актуальна задача ЛПУ получить денежные средства за весь объем оказанных медицинских услуг, что не всегда получается.

Данная проблема рассматривает затраты, которые не попадают в статьи компенсаций по тарифам ОМС и не всегда оплачиваются из бюджетов.

Лечение в стационарах заболеваний эндокринной системы, к данному классу относится и заболевание «кистозный фиброз», или «муковисцидоз» (МВ), в соответствии с III разделом «Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» [5], в котором определены источники финансового обеспечения медицинской помощи, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования. Но лечение препаратом «пульмозим» относится к дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи, которая согласно разделу III программы оказывается либо за счет ассигнований федерального бюджета при установленном медицинскому учреждению государственным заданием в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации, либо за счет ассигнований бюджетов субъектов РФ.

С одной стороны, программой определено ресурсное обеспечение медицинских учреждений при оказании стационарной помощи больным МВ, с другой, ЛПУ не всегда в полном объеме получает компенсацию за лечение таких больных.

На базе государственного учреждения здравоохранения «Детская краевая клиническая больница» департамента здравоохранения Краснодарского края с 1996 года наблюдаются дети, больные МВ, в возрасте от 5 месяцев до 17 лет. Больным проводятся общее клиническое и специальное обследование, интегральная оценка физического развития в динамике методами антропометрических стандартов, корреляции, антропометрических профилей. В динамике наблюдения и лечения оценивается активность протеолитических ферментов рентгенопленочным тестом. Больным МВ требуется регулярное очищение трахеобронхиального дерева от вязкого, инфицированного секрета. Очищение достигается с помощью ингаляционной терапии, кинезитерапии и спорта. Все больные МВ обучаются специальной респираторной технике [9].

С 2004 года для лечения больных МВ в базисную терапию включен препарат «пульмозим». Данный препарат назначается детям в виде ингаляций через компрессорный небулайзер по 2,5 мг 1 раз в сутки в течение 6 месяцев непрерывно ежедневно. Пульмозим применяется у больных всех возрастных групп, но более эффективен у пациентов в возрасте от 2 до 6 лет. При регулярном применении пульмозима частота респираторных эпизодов сокращается до 38%, практически у всех детей купируется синдром мукостаза, кашель наблюдается только при ОРВИ или обострении бронхолегочного процесса. Длительность курсов внутривенной антибактериальной терапии уменьшается на 25%, а ведь известно, что вследствие многократных курсов антибактериальной терапии развиваются вторичные микробиологические нарушения в кишечнике [7].

Анализ историй стационарного больного за 5 лет показал, что в период с 2004 по 2008 год в пульмонологическом отделении ГУЗ «ДККБ» было отмечено 297 случаев лечения детей с диагнозом «кистозный фиброз», код МКБ Е84.0 (муковисцидоз) (табл. 1).

На лечение 297 случаев было затрачено 4511 койко-дней. Количество случаев лечения больных в 2008 году по сравнению с 2004-м увеличилось в 3,7 раза.



Рис. 1. Динамика количества случаев лечения МВ у детей и затраченных койко-дней

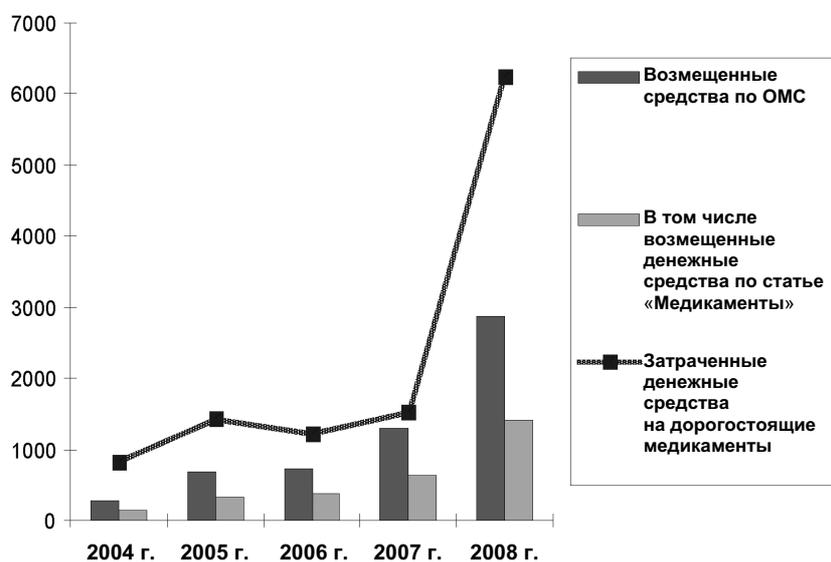


Рис. 2. Соотношение затраченных на лечение больных МВ денежных средств и их компенсация из фонда ОМС

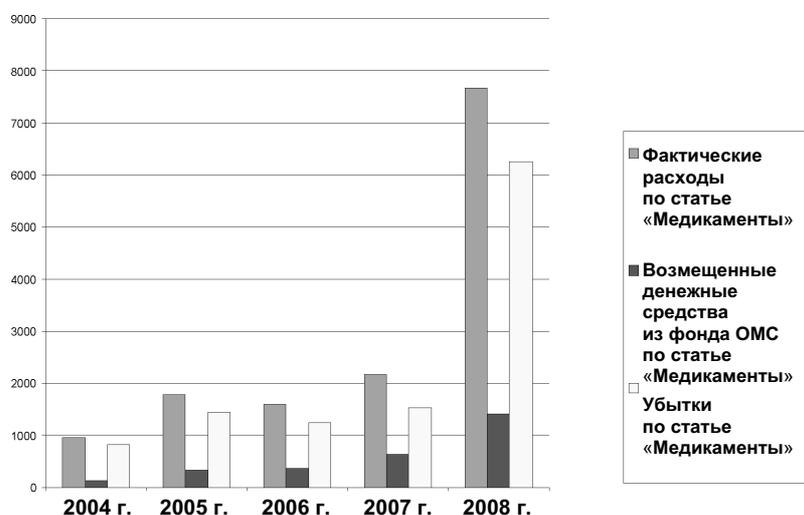


Рис. 3. Убытки ГУЗ «ДККБ» по статье «Медикаменты» за лечение больных МВ

В 2006 году наблюдалось снижение на 7,4% по сравнению с 2005-м, тогда как в остальные годы была отмечена тенденция к увеличению данного показателя от 20% до 115% (рис. 1). Это объясняется ростом выявляемости данного заболевания у новорожденных. На 1 марта 2009 года в Краснодарском крае зарегистрировано 56 детей, больных МВ. Данным детям стационарное лечение показано 1–2 раза в год.

Количество койко-дней, затраченных на лечение данных больных, в период с 2004 по 2008 год возросло в 3,5 раза (рис. 1).

Стоимость лечения в рамках обязательного медицинского страхования за пять лет возросла более чем в 10 раз: с 0,3 млн. руб. в 2004 году до 2,9 млн. руб. в 2008-м. Рост данного показателя обусловлен прежде всего увеличением стоимости койко-дня, а также количества больных детей. Увеличение количества неоднократно пролеченных больных способствует также увеличению объемов используемых дорогостоящих медикаментов, в том числе пульмозима, который применяется для лечения кистозного фиброза в ГУЗ ДККБ с 2004 года (рис. 2).

В стоимости лечения в пульмонологическом отделении больницы в рамках системы ОМС на медикаменты заложено 49,45% денежных средств. Компенсация стоимости медикаментов из страховых медицинских организаций не покрывает всех затрат на применяемые дорогостоящие лекарственные препараты при лечении МВ. Образуется дефицит денежных средств, нужных на закупку медикаментов. Фактические затраты на медикаменты в 2008 году составили согласно листам назначения 7,7 млн. руб. Только стоимость применяемого при лечении МВ препарата «пульмозим» в 2008 году составила в среднем 2,5 млн. руб., то есть 30% от всей стоимости лекарственных препаратов при лечении больных МВ. Сумма выставленных счетов в страховые медицинские компании (СМО) согласно утвержденным тарифам составила 2,9 млн. руб., из которых сумма в 1,4 млн. руб. идет на компенсацию стоимости медикаментов. Таким образом, дефицит денежных средств при лечении больных с МВ на обеспечение медикаментами в 2008 году составил 6,3 млн. руб., что в 7,8 раза превышает данный показатель за 2004 г. За пятилетний период дефицит денежных средств, образовавшийся в результате применения дорогостоящих медикаментов, составил 11,3 млн. руб. (рис. 3).

Предполагается, что денежные средства, затраченные на закупку дорогостоящих препаратов, к которым относится пульмозим, должны компенсироваться из средств краевого бюджета. Тем не менее на протяжении нескольких лет «Территориальная программа государственных гарантий» не предусматривает выделения денежных средств из краевого бюджета на лечение больных МВ. В частности, в приложении 9 к закону Краснодарского края «О Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Краснодарском крае на 2009 год» в «Перечне государственных учреждений здравоохранения и видов предоставляемой ими высокотехнологичной медицинской помощи» отсутствует ВТМП в части оплаты дорогостоящих медикаментов при лечении муковисцидоза [6].

Таким образом, из вышеизложенного можно сделать неутешительный вывод, что в настоящее время на медицинском рынке происходит ущемление пра-

ва ЛПУ на получение в полном объеме денежных средств, затраченных на оказание медицинской помощи населению. И приобретает актуальность проблема адекватной оценки стоимости медицинских услуг, оказываемых в лечебно-профилактических учреждениях.

Чтобы уберечь лечебные учреждения от необоснованных и от них не зависящих убытков, следует рассматривать медицинскую услугу как полноценную стоимостную величину, а не как отраслевой формализованный нормативный документ, определяющий необходимый и достаточный объем диагностических и лечебных процедур.

В данных рекомендациях отмечены особенности тарифов. Тарифы – это денежные суммы, определяющие уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинского учреждения при выполнении территориальной программы ОМС [3]. Они устанавливаются исходя из резервов Фонда ОМС и погашают только часть затрат за оказанную населению гарантированную бесплатную медицинскую помощь.

Бюджетные ассигнования формируются на уровне законодательной базы, но нормативно-правовые документы не всегда учитывают реальные и потенциальные возможности ЛПУ. Цены медицинских услуг ЛПУ должны способствовать воспроизводству ресурсной базы, а также дальнейшему развитию здравоохранения и медицинской науки. Поэтому ценообразование в системе здравоохранения на современном этапе не представляется возможным без комплексного научно-экономического, правового и социального анализа. Только через такой анализ можно добиться эффективной деятельности медицинских учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Распоряжение главы администрации КК от 06.05.2006 г. № 386-р «О реализации реформ в системе образования и системе здравоохранения в Краснодарском крае в 2006 г.».
2. Налоговый кодекс РФ (часть вторая) от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ.
3. Приказ ФФ ОМС «О расчетах тарифов на медицинские и иные услуги в системе ОМС граждан» от 14.04.1994 г. № 16.
4. Приказ ФФ ОМС «О методических рекомендациях по расчету тарифов на оказание амбулаторно-поликлинической помощи» от 12.10.1995 г. № 72.
5. Постановление Правительства РФ от 05.12.2008 г. № 913 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2009 год».
6. Закон КК от 02.03.2009 г. № 1695-КЗ «О территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Краснодарском крае на 2009 год».
7. Брисин В. Ю., Асатурова И. Ю., Петрук Г. Л. Клинические эффекты применения пульмозима // Сборник статей «Актуальные вопросы лечения и современные технологии в педиатрии». – Краснодар: ГУЗ «ДККБ», 2007. – С. 82.
8. Кадыров Ф. Н. Ценообразование медицинских и сервисных услуг учреждения здравоохранения. – М.: «Грантъ», 2001. – С. 12.
9. Шадрин С. А., Шадрин Э. М. Кинезитерапия в комплексной программе реабилитации больных муковисцидозом // Сборник статей «Актуальные вопросы педиатрии и детской хирургии». – Краснодар: ГУЗ «ДККБ», 2002. – С. 120.