

УДК

UDC

ОСОБЕННОСТИ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ
В АКУШЕРСКОЙ СЛУЖБЕ

Алексеенко С.Н.
Пенжоян Георгий Артемович
д.м.н., профессор

Alekseenko
Penjoyan Georgiy Artiomovich
Dr. Sci. Med., professor

Краевой перинатальный центр
г.Краснодар, Россия

*Kraevoy Perinatalniy Centre
Krasnodar, Russia*

Ключевые слова:

Keywords:

ОСОБЕННОСТИ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ В АКУШЕРСКОЙ СЛУЖБЕ

С.Н. Алексеенко, Г.А. Пенжоян

*Краевой перинатальный центр г.Краснодар, Россия***Введение**

С введением рыночных отношений в здравоохранении все более актуальным становится вопрос качества медицинской помощи, в частности в перинатальной службе. Любая медицинская услуга может найти свой сегмент рынка только в том случае, если окажется выполненной на достаточно высоком уровне. Чтобы оценка качества лечебно-профилактического процесса была объективной, необходимы определенные критерии, позволяющие оценить объем и качество оказанной медицинской помощи каждому пациенту. Уровень заявленного качества оказания медицинской помощи определяется системой медицинских стандартов, которые во многом определяют систему ценообразования. В связи с этим, вопросы стандартизации диагностического и лечебного процессов в последнее время занимают особое место в отечественном здравоохранении. С внедрением оптимальных стандартов небезосновательно связывают как перспективы дальнейшего развития здравоохранения, так и надежды на его существенное улучшение в ближайшее время.

Медицинский стандарт специалисты разных стран определяют как упорядоченную последовательность отражающих достижения науки и практики диагностических и лечебных мероприятий в сочетании с оценкой эффективности медицинской помощи на основе объективных критериев и сроков наблюдений.

Впервые попытка формализации структуры, процессов и результатов медицинской помощи была предпринята в США, где эта проблема исследуется с начала 20 века. Для оценки деятельности медицинских учреждений был создан и внедрен ряд стандартов - стандарты аккредитации, профессиональные стандарты для медицинских работников и др. В рамках программы аккредитации американских больниц была организована Объединенная комиссия (1952г.), в состав которой вошли медицинские ассоциации, коллегия врачей, Канадская медицинская ассоциация и др. Основной задачей, поставленной перед этой комиссией, вначале была разработка стандартов медицинского обслуживания, а через некоторое время и контроль за их соблюдением. В 1987 г. Объединенная комиссия изменила свое название на Объединенную комиссию по аккредитации организаций здравоохранения (ЖСАНО).

Процесс стандартизации в медицинской области получил также свое развитие в Европейских странах, где он применяется как инструмент анализа качества и себестоимости медицинского обслуживания. В настоящее время стандартизация является важнейшим компонентом единого процесса управления здравоохранением во многих странах мира.

По определению В.П.Берснева и соавторов (1996), в медицине стандарт складывается из клинико-технологической и экономической частей. Клинико-технологическая часть имеет непосредственное отношение к медицине и определяет оптимум медицинских услуг (исследований, консультаций, схем и методов лечения), а также показателей, которые принадлежат к медицинским технологиям (критерии введения в систему медицинского наблюдения, динамики патологического процесса, выхода из данной системы, исходов и осложнений).

Американскими учеными Йельского университета в конце 70-х годов была разработана классификация, которая основывается на многомерном анализе клинико-статистической информации. Единицей измерения ее

являются диагностические (diagnosis related group - DRG) или клинико-статистические группы (КСГ), которые формируются с учетом основного диагноза, осложнений, сопутствующих заболеваний, профиля помощи и возраста больного (Applying case mix measures, 1985). Использование КСГ облегчает осуществление контроля качества, делает возможным функционально-стоимостной анализ медицинской помощи, создает условия для оценки взаимосвязи между состоянием здоровья и качеством медицинского обслуживания.

Медицинские стандарты - составляющие единого технологического процесса, который предусматривает использование наиболее эффективных по результативности и экономичности методов диагностики и лечения с учетом всех существующих методик, индивидуальных особенностей пациента, течения болезни, а также материальных, кадровых и других возможностей медицинских учреждений. Модели оказания медицинской помощи, определяющие гарантированный объем диагностических и лечебных процедур, манипуляций, медикаментов, сроков лечения и требований к результатам лечения, должны быть ориентированы на конкретную нозологическую форму заболевания. Определяя гарантированный уровень обеспечения оказания медицинской помощи (необходимый набор медицинской техники и оборудования, обеспечивающие постановку диагноза пациенту, а так же лекарственных, инструментальных и иных средств для его лечения), модели оказания медицинской помощи являются своеобразным гарантом безопасности, несоблюдение которого может нанести существенный вред пациенту. Этот подход создает реальные возможности для соблюдения необходимой медицинской технологии и высокой вероятности получения оптимальных результатов, гарантии определенного качества диагностики, лечения и реабилитации.

Перинатальный центр начал работать в этом направлении с 1995 года, когда старые методы оценки деятельности и его финансирования перестали давать необходимые результаты. На основе опыта работы Краснодарского муниципального лечебно-диагностического объединения в КПЦ были разработаны клиничко-статистические группы с учетом основной акушерской и экстрагенитальной патологии в крае и имеющихся возможностей лечебно-диагностического сервиса в объединении. Структуру стандарта составляли ряд следующих основных рубрик: наименование клиничко-статистической группы; наименование конкретных нозологических форм с их шифром в соответствии с МКБ-10, входящих в данную клиничко-диагностическую группу; перечень обязательных диагностических обследований с учетом соответствующих возможностей лечебно-диагностического объединения; перечень и объемы лечебных мероприятий с указанием хирургических и других немедикаментозных методов лечения, а также необходимых групп фармацевтических препаратов и расходных материалов; критерии качества (результаты) лечения; средняя продолжительность лечения в днях.

В основу разработки стандартов медицинских технологий был положен нозологический принцип, т.е. диагноз являлся основой формирования стандарта. Такой подход имеет свои особенности, поскольку врач в своей практической работе, как правило, использует иную последовательность действий: обследование больного и выявление симптомов заболевания или травмы - группировка выявленных симптомов в синдромы - проведение дифференциальной диагностики - установление диагноза. При использовании же нозологического принципа перечень, объемы и кратность диагностических мероприятий фактически указываются в том случае, если диагноз уже установлен. Концептуально это вполне правомочно и оправдано, если учитывать, что стандарты являются не справочным пособием по диагностике и лечению, а

технологическим и юридическим документом, определяющим как необходимые виды и объемы медицинской помощи, так и уровень требований к качеству диагностического и лечебного процессов. Разумеется, стандарты необходимо периодически пересматривать и совершенствовать. При соблюдении этого условия они будут соответствовать современному уровню развития медицинской науки и способствовать повсеместному повышению эффективности и качества лечения, рациональному использованию ресурсов, внедрению передовых медицинских технологий. Кроме того, объективность стандарта достигалась тем, что применимость и кратность различных диагностических методов рассчитывалась и корректировалась по итогам четырехлетнего ретроспективного анализа историй родов с самой разнообразной акушерской и экстрагенитальной патологией.

Разработка стандартов медицинских услуг прямо связана с проблемой их адекватной оплаты. Актуальность ее определяется тем обстоятельством, что метод оплаты, в сущности, является одним из наиболее сильных инструментов управления качеством медицинской помощи, ибо обращается к главному интересу медицинского учреждения как хозяйствующего субъекта - конечной экономической выгоде.

После введения обязательного медицинского страхования появилась официальная регламентация возможностей выбора. Основным нормативным документом, непосредственно посвященным этой проблеме, является приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 октября 1993 года б/н "Методические рекомендации по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации". В этом документе анализируются положительные и отрицательные стороны каждого из возможных методов расчетов между субъектами за предоставленные медицинские услуги, а также предлагается

путь выбора оптимального способа. В частности, оплата стационарной медицинской помощи в системе медицинского страхования может осуществляться в рамках пяти возможных вариантов: а) по смете расходов; б) на основе детальной калькуляции по фактически оказанным услугам; в) по числу фактически проведенных пациентом койко-дней; г) по средней стоимости лечения одного больного; д) за законченный случай госпитализации.

В свою очередь, значения таких показателей, как койко-день или законченный случай лечения, определяются тем, что входит в эти понятия. В одних случаях в стоимость койко-дня могут входить все услуги, оказываемые пациенту. В других - в эту стоимость не входят услуги параклинических (лечебно-диагностических) подразделений, они будут выставяться и оплачиваться потребителем услуги отдельно. Поэтому на практике при разработке ценовой стратегии медицинского учреждения необходимо четко определить условия оплаты. Возможны два варианта:

1. Выставление единой цены, включающей в стоимость стационарного лечения (койко-дня или законченного случая) усредненную сумму затрат на проведение лечебно-диагностических исследований, процедур и т. д.

2. Раздельное выставление сумм за стационарное лечение каждого больного по принятой системе (койко-день или законченный случай лечения) и за проведенные ему лечебно-диагностические исследования, процедуры и т. д.

Выставление счетов в зависимости от количества проведенных койко-дней в ситуации, когда в стоимость койко-дня включаются все виды затрат (параклиника, операции и т. д.) производится по формуле: $C = C_{к/д} \times K_k$, где C - полная стоимость лечения; $C_{к/д}$ - стоимость койко-дня (с учетом лечебно-диагностических исследований и т. д.); K_k - количество койко-дней. Достоинство такого варианта заключается в его относительной простоте - требуется меньше затрат на учет каждой единицы диагностических

услуг, контроль за полнотой выставления всех оказанных услуг в оплату, сверку счетов и т. д., ведет к минимуму ошибок.

Недостаток этой схемы - в усреднении затрат лечебно-диагностических служб на 1 койко-день: чем больше длительность лечения, тем больше и стоимость параклинических услуг. Таким образом, при одинаковых сроках лечения равный объем средств на диагностические услуги предусматривается как для больного, требующего большое количество анализов и исследований, так и для больного, для лечения которого реально требуется значительно меньше исследований.

Выставление счетов в зависимости от количества проведенных койко-дней в ситуации, когда в стоимость койко-дня включаются не все виды затрат производится по формуле: $C = C_{к/д} \times K_k + D + Y$, где C - стоимость лечения; $C_{к/д}$ - стоимость койко-дня (без учета лечебно-диагностических исследований); K_k - количество койко-дней; D - стоимость диагностических исследований (процедур); Y - стоимость дополнительных услуг.

В КПЦ принята именно эта схема оплаты стоимости за оказанные медицинские услуги. Такой поэлементный расчет позволяет более гибко и точно корректировать стоимость оказываемых услуг в связи с инфляцией, повышением окладов, использованием новых технологий и т. д. Стоимость медицинских услуг в КПЦ складывалась из затрат по койко-дням (63,5% всех расходов), затрат на диагностику по КСГ (26,6%) и дополнительные услуги (9,8%). Дополнительные услуги включали финансовые затраты, связанные с медикаментозным обеспечением наркозов (6%), проведением операций и манипуляций (2,7%), плазмафереза и УФО крови (0,3%), а также физиотерапию (0,9%) (рис.1).

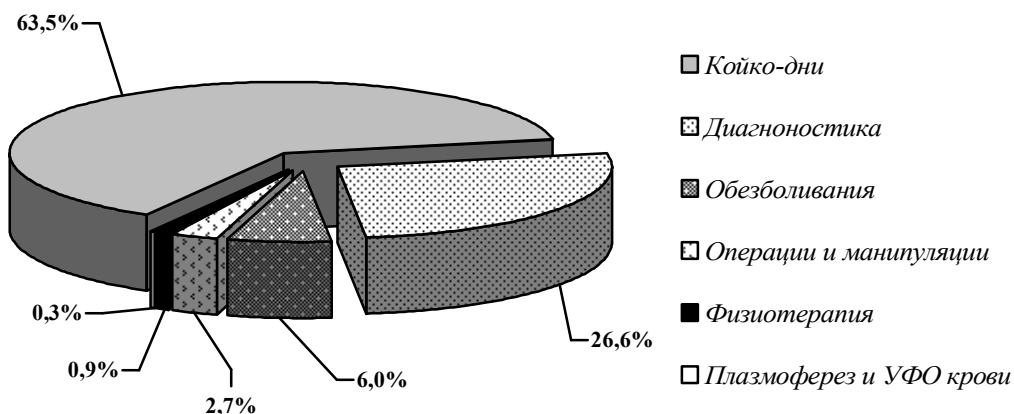


Рисунок 1 - Структура финансовых затрат на оказание медицинских услуг вКПЦ.

В отделениях КПЦ была установлена индивидуальная стоимость одного профильного койко-дня, в которую входили затраты на зарплату персоналу, медикаменты, мягкий инвентарь, ремонт оборудования, питание больных и пр. Всего было выделено 5 профильных койко-дня: в отделениях патологии беременности (АПБ-1, 2 и 3), послеродовых отделениях (физиологическом и обсервационном), отделении новорожденных, отделении патологии новорожденных и дневном стационаре. Затраты по статьям расходов, включенные в койко-день, существенно не различались в профильных отделениях: 39,0% приходилось на заработную плату, 14% – на начисления на заработную плату, 31,0% – затраты на медикаменты, 9,0% – питание больных, 4,0% – мягкий инвентарь и 3,0% – текущий ремонт (рис.2).

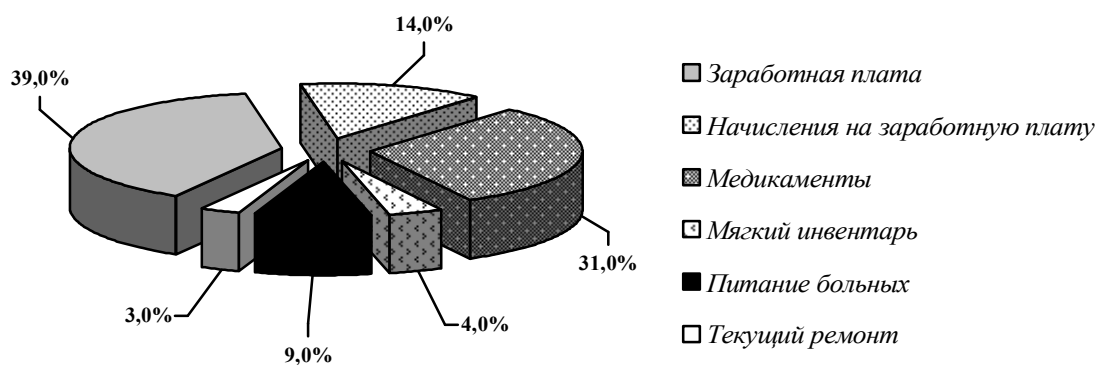


Рисунок 2 - Структура финансовых затрат по статьям расхода, включенных в койко-день.

Согласно разработанной в КПЦ модели в стоимость койко-дня не входили затраты на диагностику и дополнительные услуги. Они выставлялись в ФОМС отдельными счетами в соответствии со стоимостью диагностической модели (КСГ) для каждого пролеченного пациента. Оплата диагностики и консультаций для стационарных больных производилась не по фактическим затратам, а путем их включения в усредненном виде в соответствующие клинико-диагностические стандарты, каждый из которых имел определенное стоимостное выражение, зависящее от требуемого объема диагностических ресурсов для данной однородной группы заболеваний.

Составляющие диагностического сервиса были представлены лабораторными (88% всех финансовых затрат на диагностику), инструментальными (10%) исследованиями, а также консультациями специалистов (2%) (рис.3).

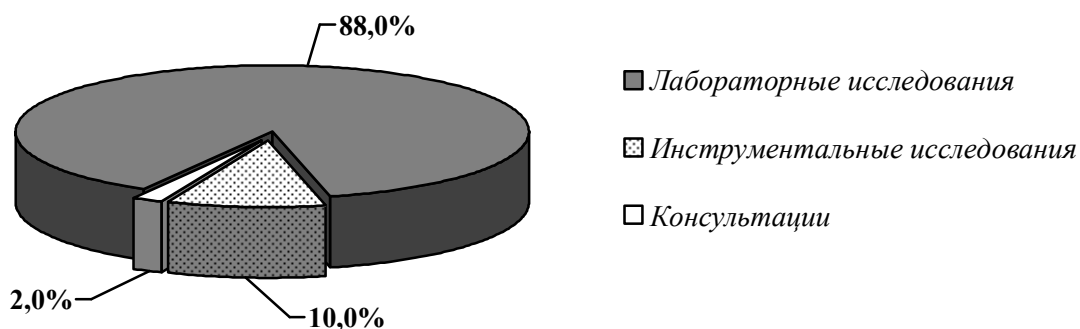


Рисунок 3 - Структура финансовых затрат на диагностику для КПЦ.

Доля финансовых затрат на диагностику для КПЦ среди поставщиков данного вида услуг представлена на рис.4. Так, из всех фактических финансовых затрат на диагностику доля услуг Краевого диагностического центра (КДЦ) составила 45,3%, Краевого центра пренатальной диагностики (КЦПД) – 30,9%, экстренной лаборатории КПЦ – 20,0%, Консультативно-диагностического отдела (КДО) – 3,9%.

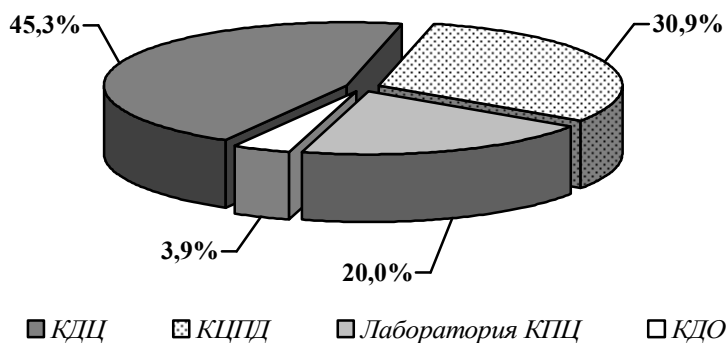


Рисунок 4 - Структура финансовых затрат на диагностику для КПЦ затребованная в указанных подразделениях КМЛДО.

Следует отметить, что из общего числа лабораторных тестов, затребованных отделениями КПЦ, на долю собственной лаборатории КПЦ приходится 37%. Сравнительный анализ доли лабораторных тестов, выполненных в лаборатории КПЦ показал, что среди всего объема лабораторной диагностики затребованной отделениями КПЦ, только в

отделении анестезиологии и реанимации (АРО), акушерском отделении (АО), отделении новорожденных (ОН) и филиале Перинатального центра (ФПЦ) она была максимальной и составляла 97%, 80%, 73% и 83% соответственно (рис.5).

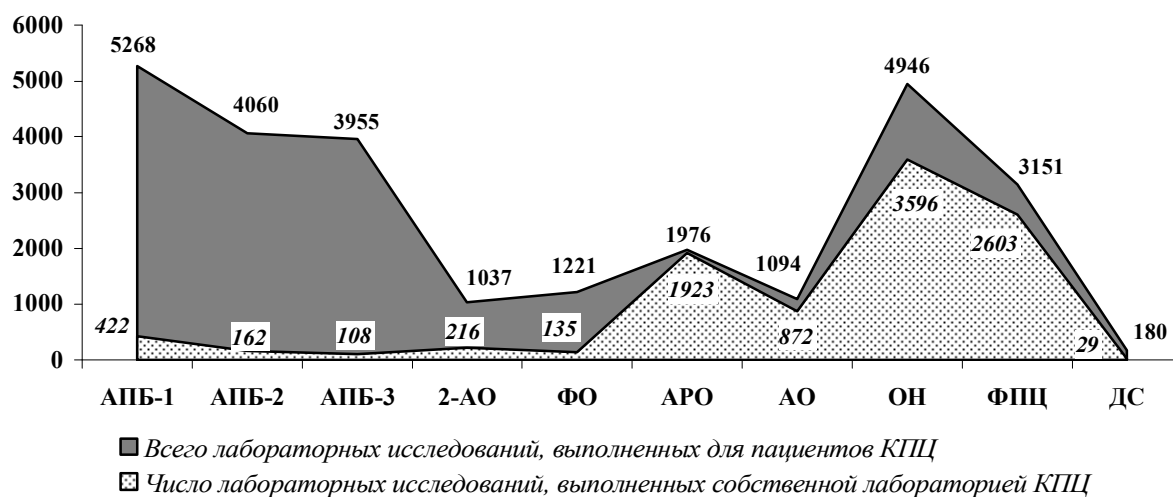


Рисунок 5 - Среднемесячное число лабораторных тестов приходящихся на долю лаборатории КПЦ из всего объема лабораторных исследований затребованных КПЦ. (АПБ-1, 2 и 3 – отделения акушерской патологии беременности 1, 2 и 3; 2-АО – наблюдательное отделение; ФО – отделение физиологии; АРО – анестезиология и реанимация; АО – родильное (акушерское) отделение; ОН – отделение новорожденных; ФПЦ – Филиал перинатального центра; ДЦ – дневной стационар).

Из всего среднемесячного числа инструментальных исследований, затребованных КПЦ, подавляющее большинство их них (90%) было выполнено в КЦПД, а оставшаяся часть – в КДЦ (рис.6).

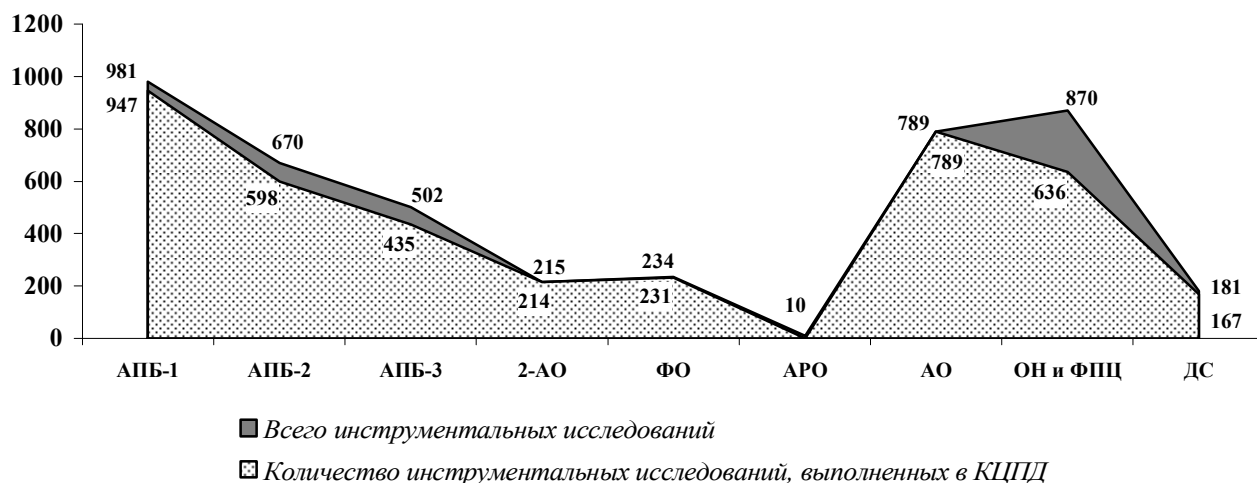


Рисунок 6 - Среднемесячное число инструментальных исследований приходящихся на долю КЦПЦ, из всего объема инструментальных исследований затребованных КЦЦ.

Таким образом, проведенный анализ показал, что средствами КЦЦ, куда входит экстренная лаборатория, КЦПД и консультативно-диагностический отдел, выполняется 31% от всего числа затребованных диагностических тестов. Несмотря на меньшее число диагностических тестов, выполненных средствами КЦЦ, финансовые затраты на их выполнение составили 54,7%.

Внедренный в КЦЦ способ ценообразования, основой которого являлась система медицинских стандартов позволил: обеспечить достоверность объемов оказанной медицинской помощи; определить истинную потребность учреждения в кадровых, материальных и финансовых ресурсах; установить объективные затраты здравоохранения на выполнение различных медицинских технологий и услуг; внедрить достоверную, жизнеспособную систему расчетов между медицинскими и финансовыми организациями; сформировать клинко-статистические, диагностически связанные группы. Тенденции развития нашей экономики показывают, что дальнейшее формирование политики ценообразования в акушерстве, как в прочем и во всем здравоохранении, склоняется в сторону

детальной калькуляции всех затрат, однако реализация такого подхода в настоящих условиях полностью лишает лечебное учреждения к "экономическому маневру". В связи с этим принципы рыночных механизмов должны внедряться и в здравоохранении, причем такая важная их составляющая как прибыль должна активно войти и в эту сферу деятельности.