

К ВОПРОСУ РАЦИОНАЛИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Алексеева Наталья Юрьевна
*доктор медицинских наук, доцент,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
Иркутский государственный медицинский университет
г.Иркутск*

Ломакина Елена Алексеевна
*кандидат медицинских наук,
начальник отдела медико-экономического анализа
Иркутский государственный медицинский университет
г.Иркутск*

RATIONALIZATION OF FINANCIAL MEANS USE OF OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE BY MEDICAL ORGANIZATION

Alekseeva Natalia
*doctor of medical Sciences, associate Professor,
Department of Public Health and Health
Irkutsk state medical University, Irkutsk*

Lomakina Elena
*candidate of medical Sciences,
head of the Department of medical and economic analysis
Irkutsk state medical University, Irkutsk*

Аннотация

В статье рассмотрена необходимость проведения медико-экономического анализа законченных случаев лечения в стационаре с целью выявления причин возникновения перерасхода финансовых средств в разрезе источников финансирования оказываемой медицинской помощи. Проведенный нами анализ свидетельствует о необходимости совершенствования тарифной политики в системе обязательного медицинского страхования.

Abstract

In the article the need for medical and economic analysis of completed cases of treatment in hospital for identify of overspending in funding standards of medical care is considered. Our analysis shows the need to improve the tariff policy in the system of obligatory medical insurance.

Ключевые слова: норматив финансовых затрат в системе ОМС; фактические затраты; клинко-статистические группы; дефицит финансовых средств; система управленческого учета; медико-экономический анализ; преемственность амбулаторного и стационарного этапов; тарифная политика в системе ОМС.

Keywords: standard of financial costs in the system of obligatory medical insurance; actual costs; clinical and statistical groups; lack of financial resources; management accounting system; medical and economic analysis; continuity of outpatient and inpatient stages; tariff policy in the system of obligatory medical insurance.

Здравоохранение является сферой деятельности государства по обеспечению прав граждан на жизнь и здоровье, которая рассматривается как одна из приоритетных в политической, экономической и социальной жизни государства и общества [2, с.7]. В нашей стране финансирование медицинской организации на реализацию указанных прав граждан в соответствии с действующим законодательством осуществляется из различных источников, приоритетным из которых на сегодняшний день являются средства обязательного медицинского страхования (далее ОМС).

Согласно ст. 20 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ, в случае участия в реализации программы государственных гарантий по системе ОМС, медицинские организации имеют право получать средства за оказанную медицинскую помощь в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской

помощи. Установленный территориальной программой государственных гарантий (далее ТПГГ) в системе ОМС норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи является усредненным показателем: например, при оказании специализированной медицинской помощи стоимость 1 законченного случая лечения (далее ЗСЛ) по определенной клинко-статистической группе.

Однако в практическом здравоохранении нередко фактические расходы на оказание медицинской помощи (в соответствии с утвержденными порядками и стандартами) значительно превышают установленный норматив финансовых затрат. В таких случаях дефицит финансовых средств должен компенсироваться исключительно за счет собственных средств самих медицинских организаций. Учитывая наличие других статей расходов, необходимых для оказания качественной медицинской помощи (приобретение

медицинского оборудования свыше 100 тыс. за 1 единицу, проведение текущего и капитального ремонта, обучение медицинского персонала) и финансируемых только или преимущественно за счет собственных средств, перед медицинской организацией ставится нелегкая задача максимально привести в соответствие объемов фактических затрат на 1 ЗСЛ к нормативным.

В Клиниках федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (далее - Клиник ИГМУ), в составе которых имеется 8 клинических отделений на 408 коек, выше обозначенная проблема решается в рамках существующей и успешно функционирующей в учреждении системы управленческого учета [3, с.101].

Особую актуальность данный вопрос в Клиниках ИГМУ приобретает в связи с достаточно большим потоком пациентов из других субъектов РФ – по итогам 2018 г. удельный вес этой категории пациентов составил в среднем 21,3%, по итогам первого полугодия 2019 г. – 22,5%. При этом учитывая структуру заболеваемости и особенности оказания медицинской помощи по различным профилям медицинской помощи, госпитализация жителей иных субъектов РФ (далее – внеобластные пациенты) осуществляется преимущественно в терапевтическое и неврологическое отделения (в среднем 65% от общего числа пролеченных в Клиниках ИГМУ внеобластных пациентов).

По итогам проведенного нами за период январь-июнь 2019 г. анализа фактических затрат на один законченный случай лечения (далее ЗСЛ) в неврологическом отделении были получены следующие результаты. Среди всех

нозологических форм наиболее затратными и «невыгодными» являются законченные случаи лечения, входящие в клинко-статистические группы (далее КСГ) в системе ОМС с низкими тарифами.

Исходя из полученных нами данных, самый низкий тариф в системе ОМС среди всех нозологических форм, с которыми пациенты были госпитализированы в период январь-июнь 2019 года, приходится на заболевание «Другое уточненное смещение межпозвоночного диска» (код по МКБ-10 - М 51.2) и составляет 19 733,78 руб. за один ЗСЛ.

При этом средняя длительность пребывания пациентов, являющихся жителями Иркутской области (далее – областные пациенты) составила 10,8 койко-дней, внеобластных пациентов - 10,0 койко-дней. Учитывая применение повышающего коэффициента (1,4) к оплате за ЗСЛ пациента старше 70 лет, важно отметить разницу в сложившейся возрастной категории областных и внеобластных пациентов. Пациенты в возрасте до 70 лет среди областных жителей составили 91%, среди внеобластных жителей – 70%; в возрасте старше 70 лет - соответственно 9% и 30%.

Анализ фактической стоимости законченных случаев лечения позволил определить средний размер общих фактических затрат (по всем статьям расходов) на 1 ЗСЛ. Без учета возрастной категории пациентов, данный показатель по областным пациентам составил 34 380,34 руб., по внеобластным пациентам - 32 094,58 руб. Исходя из размера утвержденного тарифа по анализируемой КСГ превышение фактических расходов над нормативными составило 74,2% для областных пациентов и 62,6% - для внеобластных пациентов.

Табл. 1

ФАКТИЧЕСКИЕ РАСХОДЫ КЛИНИК ИГМУ НА 1 ЗСЛ ОБЛАСТНЫХ И ВНЕОБЛАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ (НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА М 51.2)

| Наименование расходной составляющей | Областные пациенты | Внеобластные пациенты |
|--|--------------------|-----------------------|
| <i>Прямые затраты</i> | 32 151,98 | 30 031,28 |
| Фонд оплаты труда с начислениями | 23 219,50 | 21 499,54 |
| Увеличение стоимости материальных запасов | 8 932,48 | 8 531,75 |
| в т.ч.: | | |
| "лекарства" | 7 352,65 | 7 068,95 |
| "питание" | 1 536,52 | 1 422,70 |
| "мягкий инвентарь" | 43,31 | 40,10 |
| <i>Косвенные затраты</i> | 2 228,36 | 2 063,30 |
| Фактические затраты на 1 ЗСЛ (руб.) | 34 380,34 | 32 094,58 |
| Нормативные затраты на 1 ЗСЛ (руб.) (тариф) | 19 733,78 | 19 733,78 |
| Отклонение (-перерасход, + экономия) | - 14 646,56 | - 12 360,80 |

Как видно из данных таблицы 1, в структуре затрат преобладают расходы по статье «Фонд оплаты труда с начислениями» и на приобретение медикаментов (в рамках статьи «Увеличение

стоимости материальных запасов»). Так, при принятии за 100% нормативных расходов за 1 ЗСЛ, в случае лечения областных пациентов расходы по вышеуказанным статьям составили 117,7% и 37,3%

соответственно, в случае лечения внеобластных пациентов – 108,9% и 35,8% соответственно. Следовательно, для снижения общих фактических затрат на 1 ЗСЛ необходимо управлять именно этими статьями расходов, как наиболее затратными.

Более детальный анализ структуры фактических затрат на приобретение медикаментов в среднем на 1 ЗСЛ позволил выявить структуру расходов на медикаменты в части проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий.

Табл. 2

СТРУКТУРА РАСХОДОВ НА МЕДИКАМЕНТЫ В ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ ОБЛАСТНЫХ И ВНЕОБЛАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ В КРУГЛОСУТОЧНОМ СТАЦИОНАРЕ ПО ПРОФИЛЮ «НЕВРОЛОГИЯ» (НА ПРИМЕРЕ М 51.2)

| Вид расходов | Областные пациенты | | Внеобластные пациенты | |
|--|--------------------|-----------|-----------------------|-----------|
| | руб. | уд.вес, % | руб. | уд.вес, % |
| Расходы на диагностику | 3 823,81 | 52% | 4 986,86 | 71% |
| Расходы на лечение | 3 528,85 | 48% | 2 082,08 | 29% |
| Общие расходы на медикаменты (руб./доля) | 7 352,65 | 100% | 7 068,95 | 100% |

Данные, представленные в таблице 2, свидетельствуют о полноте обследования пациентов на догоспитальном этапе. Пациенты других субъектов РФ, к сожалению, при госпитализации в Клиники ИГМУ имеют «на руках» лишь минимальный объем необходимых исследований. Зачастую отсутствуют исследования (консультации), позволяющие максимально быстро и точно поставить полный клинический диагноз (основной и сопутствующий) в установленные сроки (до 3-х дней). Как следствие, это сказывается на объемах финансовых затрат медицинской организации на проведение диагностических исследований – они составляют более 2/3 (71%) от общих расходов на медикаменты у данной категории пациентов. Пациенты Иркутской области, на догоспитальном этапе прошедшие необходимую и большую часть исследований, в том числе по сопутствующей патологии, при

поступлении в стационарное отделение на диагностические и лечебные (как по основной, так и по сопутствующей, в случае необходимости патологии) мероприятия требуют примерно одинаковый объем финансовых затрат (соответственно 52%, или 3 823,81 руб., и 48%, или 3 528,85 руб., от общих расходов на медикаменты).

Врачами-экспертами отдела контроля качества и безопасности медицинской деятельности Клиник ИГМУ совместно с заведующими отделениями были подробно проанализированы медицинские карты стационарного больного по рассматриваемой патологии на предмет усиления преемственности амбулаторного и стационарного этапов - возможности проведения отдельных диагностических исследований в амбулаторных условиях до момента госпитализации в неврологическое отделение.

Табл. 2

СТРУКТУРА РАСХОДОВ НА МЕДИКАМЕНТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБЛАСТНЫХ И ВНЕОБЛАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ В КРУГЛОСУТОЧНОМ СТАЦИОНАРЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОЛНОЦЕННОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ДО ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПО ПРОФИЛЮ «НЕВРОЛОГИЯ» (НА ПРИМЕРЕ М 51.2)

| Показатель | Область | | Внеобласть | |
|--|----------|-------|------------|-------|
| Расходы на диагностику | 2 193,53 | 38,3% | 2 820,05 | 57,5% |
| Расходы на лечение | 3 528,85 | 61,7% | 2 082,08 | 42,5% |
| Общие расходы на медикаменты (руб./доля) | 5 722,38 | 100% | 4 902,14 | 100% |

Как показали полученные нами данные, обследование пациентов в более полном объеме на догоспитальном этапе будет способствовать значительному снижению расходов на медикаменты в части проведения диагностических мероприятий: по областным пациентам – в среднем на 1 ЗСЛ на 42,6% (или на 1 630,28 руб.), по внеобластным пациентам - на 43,5% (или 2 166,81 руб.). В целом, расходы на медикаменты сократятся при лечении областных и внеобластных пациентов на 22,0% и 30,7% на 1 ЗСЛ соответственно.

Поступление в стационар пациентов, более полноценно обследованных на догоспитальном этапе, будет способствовать более быстрой и точной постановке клинического диагноза (в 1-2-

ые сутки) и, как следствие, назначению максимально корректного плана лечения с первых дней пребывания пациентов в стационаре. Это, в свою очередь, повлечет снижение средней продолжительности лечения, длительности пребывания и за счет этого позволит сократить затраты на ФОТ с начислениями. Так при нахождении областных пациентов (с диагнозом М 51.2) в стационаре 7,6 койко-дня затраты на ФОТ с начислениями сокращаются и составляют 76,4%, внеобластных пациентов - 76,3%.

Таким образом, проведенный нами многофакторный анализ позволил выявить, что сокращение средней длительности пребывания в стационаре и выполнение клинко-

диагностического минимума на догоспитальном этапе (в рамках преемственности поликлиники и стационара), приводит к снижению общих фактических затрат: по областным пациентам - 23 482,6 руб.; по внеобластным пациентам - 22 629,5 руб. При этом перерасход финансовых средств на 1 ЗСЛ значительно сокращается до уровня 3 748,82 руб. (превышение на 19% над утвержденным тарифом КСГ против 62,6% до разработки вышеуказанных мер) по областным пациентам и 2 895,72 руб. (превышение на 14,7% против 74,2%) по внеобластным пациентам.

Соответствие фактических затрат нормативным (утвержденному тарифу), как показал проведенный нами анализ, может быть достигнуто только в случае диагностики и лечения только основного заболевания без учета сопутствующей патологии.

Таким образом, проведенный нами анализ свидетельствует о необходимости совершенствования тарифной политики в системе обязательного медицинского страхования, предусматривающей в том числе наличие повышающего коэффициента по любой сопутствующей патологии, без выделения только отдельных нозологических форм (как это существует на настоящем этапе, например, для сахарного диабета). В случае сохранения дефицитности тарифов в системе ОМС целесообразным остается вопрос

софинансирования за диагностику и лечение сопутствующей патологии за счет личных средств пациента или за счет оплаты по программе добровольного медицинского страхования (так называемой сочетанное финансирование оказания медицинской помощи).

Реализация вышеуказанных мероприятий позволит более рационально использовать финансовых средств при оказании специализированной медицинской помощи, повышению удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью за счет проведения всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий.

Литература

1. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 12.03.2014) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
2. Гайдаров Г.М., Ломакина Е.А., Алексева Н.Ю., Макаров С.В. Стационар: обеспечение медикаментами и управленческий учёт. – Иркутск: ИНЦХТ, 2017. – 90 с.
3. Гайдаров Г.М., Ломакина Е.А., Алексева Н.Ю. Эффективность системы управленческого учета и отчетности в медицинской организации при оказании стоматологической помощи населению // ACTA BIOMEDICA SCIENTIFICA, 2018, Vol. 3, N1 – С. 99-104.