

Организационно-информационные технологии управления затратами на медицинские услуги по факту пролеченного больного в стационаре

С.А. Мартынич, О.В. Соколова

ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

В статье рассматриваются методические подходы к установлению технологических и расходных нормативов по факту пролеченного больного на основе диагностически связанных групп как механизм контроля затрат на медицинские услуги.

Ключевые слова: организация здравоохранения, информационные технологии.

Введение

Затраты на виды деятельности больницы могут относиться по-разному: на пациента, на отдельную диагностически связанную группу или на отдельный вид специализированной (высокотехнологичной) помощи.

Степень детализации затрат, в частности будут ли они применяться отношении профилей или категорий пациентов, будет зависеть от возможностей имеющихся в больнице информационных систем [2].

Развитая система учета затрат в условиях больницы позволяет определять не только среднепрофильные затраты на пролеченного больного, но и затраты на более высоком уровне — по отдельным нозологическим группам или категориям пациентов посредством обработки имеющихся данных.

При совершенствовании системы управления затратами больницы следует предусмотреть набор некоторых ключевых организационных принципов, служащих руководством для управления ресурсами, ориентированного на результат деятельности [5].

К основным принципам учета и контроля затрат по факту пролеченного больного относятся следующие:

- учет требований к информации о затратах;
- включение всех видов затрат и поступлений;
- полное возмещение затрат;
- использование единых подходов к определению размеров затрат для всех структурных подразделений стационара;
- контролируемость данных о затратах.

Данные принципы должны использоваться в равной мере при решении краткосрочных задач и достижения долгосрочных целей развития системы управления ресурсами больницы.

Методические подходы к определению затрат на услуги больницы

В настоящее время при определении затрат на услуги больниц используются различные методические подходы [4].

К методикам определения затрат на конкретные виды деятельности в стационаре относятся: прямое отнесение затрат, полное включение затрат, определение стандартных затрат, оценка затрат в зависимости от объемов деятельности.

При определении среднепрофильных затрат принцип прямого отнесения затрат не включает оценку полного объема и видов расходов.

Определение полных среднепрофильных затрат включает, помимо прямых, косвенные затраты и накладные расходы посредством использования методик распределения. Однако при применении этого принципа следует помнить о двух факторах ограничения. Один из этих факторов заключается в том, что процедура определения накладных расходов может носить спорный характер, а размер полных затрат из расчета на одно отделение стационара верен лишь для количества производимых медицинских услуг, на момент калькуляции накладных расходов. Другими словами, при любых отклонениях фактического количества медицинских услуг от планируемого, полные затраты будут соответственно выше или ниже возмещаемых постоянных затрат.

Определение стандартных (нормативных) затрат состоит в установлении технологических и расходных нормативов для каждого отдельного вида лечебно-диагностического процесса. Принцип стандартного исчисления затрат предпочтителен при определении объемов затрат, связанных с определенными видами технологических лечебных процедур [6]. Подобные виды стандартизации затрат могут быть использованы для управления имеющимися ресурсами больницы на «конечный результат» — пролеченного больного.

Оценка затрат в зависимости от объемов деятельности не является новым подходом и применяется в основном как средство отработки процедуры распределения накладных расходов.

В целом, в качестве наиболее подходящей методики определения расходов на пролеченного больного в стационаре можно назвать определение стандартных (нормативных) затрат в комбинации с принципом определения расходов с полным включением затрат.

Определение среднепрофильных затрат отделений стационара и калькулирование себестоимости медицинских услуг по факту пролеченного больного

Схема распределения затрат, относимых на профиль структурного подразделения стационара, содержит ряд элементов, включающих: определение видов затрат и поступлений на «конечный результат» — пролеченного больного (рис. 1).

Как видно на рис. 1, данная схема составлена из ряда элементов, включающих: оценку предполагаемого объема оказания медицинских услуг и объема затрат, классификацию и анализ расходов, а также определение условий отнесения затрат на конкретные виды медицинских услуг.



Рис. 1. Схема распределения затрат.

Источником информации о затратах структурных подразделений являются данные бухгалтерского балансового отчета: “Бухгалтерский баланс” (ф. №1); “Отчет о прибылях и убытках” (ф. №2), а также сведения о финансовой деятельности стационара (ф. № 62). С помощью этих документов могут быть получены данные доходов и расходов, включаемых в финансовую смету¹ профильных подразделений стационара. При этом в смету профильных подразделений стационара должны быть внесены все основные статьи расходов, финансируемых из средств бюджета и внебюджетных источников.

Таким образом, информационная база о смете отделений необходима при оценке полного объема затрат, относимых на уровень пролеченного больного в профильном отделении [3].

Общий объем затрат профильного подразделения стационара представляет собой совокупность расходов, которые должны быть возмещены через соотносимые поступления из бюджетных и внебюджетных источников.

Затраты классифицируются по таким характеристикам, как:

- «прямое» отношение к лечебному процессу (затраты на содержание врачебного и сестринского персонала, расходы на медикаменты);
- «косвенное» отношение (питание больных, прачечная, обеспечение постельным бельем).

Кроме того, выделяются такие статьи расходов профильных подразделений, как накладные расходы (расходы на управленческий и административный персонал), капитальные расходы (амортизационные отчисления) и общеурежденческие расходы (расходы на подготовку персонала и проведение научно-исследовательских работ, связанных с обеспечением клинической деятельности).

Косвенные расходы могут быть распределены посредством использования коэффициентов, характеризующих степень участия тех или иных подразделений стационара. В тоже время накладные расходы могут быть соотнесены на основе какого-либо несложного параметра, например, койко-дней. Капитальные затраты, по мере возможности, должны определяться в отношении соответствующих подразделений стационара, которые используют основные фонды. Капитальные затраты могут относиться не-

посредственно на лечебный профиль или распределяться по лечебным профилям наряду с другими видами затрат какого-либо из подразделений лечебного учреждения.

Для анализа затрат может быть использована классификация затрат на переменные, зависящие от такого фактора как нагрузка отделений в плане количества пролеченных пациентов. К переменным затратам относятся такие виды расходов, как: заработная плата персонала и начисления на нее, медикаменты, питание. Постоянные затраты включают виды расходов, не зависящих от количества обслуживаемых больных. К постоянным затратам относятся: расходы на мягкий инвентарь, амортизация оборудования, общеурежденческие расходы и прочие расходы по содержанию зданий и сооружений.

Калькулирование себестоимости медицинских услуг на пролеченного больного в отношении лечебного профиля выполняется затратным методом по определенным статьям затрат с учетом полных фактических текущих издержек.

Таким образом, одним из инструментов управления затратами на пролеченного больного в стационаре является способ возмещения затрат по среднепрофильным полным текущим издержкам [1].

Однако затраты по факту пролеченного больного могут значительно отличаться от среднепрофильных в отношении как в отношении продолжительности госпитализации, так и использования дорогостоящих ресурсов. Поэтому наиболее приемлемым подходом к управлению затратами на оказание стационарной помощи является способ определения стандартных (нормативных) затрат.

Методические подходы к определению нормативных затрат и установлению технологических и расходных нормативов на медицинские услуги по факту пролеченного больного

Определение стандартных (нормативных) затрат состоит в установлении технологических и расходных нормативов. В основном этот способ определения затрат используется в качестве контрольного механизма.

Измерение и оценка объема медицинской помощи и объема затрат базируется на агрегации видов медицинских услуг, относимых на ДСГ, с учетом специфики и состава случаев пролеченных больных и уровня затрат ресурсов.

Формирование ДСГ означает установление технологических и расходных нормативов, на основе которых затем определяются суммы финансовых затрат на пролеченного больного определенного профиля.

При этом система ДСГ считается более усовершенствованным аналогом стандарта специализированной (высокотехнологической) помощи [7].

Алгоритм формирования ДСГ представляет собой набор решающих правил и процедур стандартизации затрат, относимых на медицинские услуги по факту пролеченного больного (рис. 2).

Как видно на рис. 2, построение ДСГ с однородным уровнем затрат обеспечивается с применением решающих правил на основе идентификации признаков группировки, параметров, управленческого решения.

При этом установление технологических и расходных нормативов базируется на принципах:

- типизации больных, представляющей классификацию больных по признаку клинической однородности и экономической равноценности потребляемых ресурсов;

¹ Финансовая смета отделения стационара – это свод общих доходов и расходов отделения по их составу, источникам и направлениям использования в течение определенного календарного промежутка времени.



Рис. 2. Алгоритм формирования диагностически связанных групп.

- нормирование затрат на медицинские услуги на основе дифференцированных весовых коэффициентов потребления ресурсов.

Для этих целей используется процедура стандартизации затрат, относимых на конкретные виды медицинских услуг по отдельным нозологическим группам больных.

Клиническая группировка больных на отдельные ДСГ осуществляется на основе заключительного диагноза и его структуры.

Коэффициенты потребления ресурсов в расчете на пролеченного больного рассчитываются на основе среднего числа фактически оказанных медицинских услуг, среднего числа условных единиц трудоемкости (УЕТ) и средних затрат, определенных по полным текущим издержкам (полная себестоимость медицинских услуг).

Весовые коэффициенты затрат ресурсов определяются как отношение средних затрат в каждой конкретной ДСГ к общим затратам ДСГ конкретного профиля, принятых за 1,0.

При этом каждой ДСГ присваивается весовой коэффициент затрат ресурсов (cost-weight). Он выражает степень сложности применяемых лечебно-диагностических технологий и, следовательно, степень потребляемых ресурсов в каждой ДСГ по отношению к среднему уровню затрат ресурсов для всех ДСГ установленного профиля.

Отбор ДСГ производится по выделенным признакам группировки с применением статистического анализа разделения затрат по квартилям: 25% квартиль (ниже среднего уровня), 50% (средний уровень) и 75% (выше среднего уровня):

- возраст;
- длительность лечения;
- затраты;
- статус при выписке (обычный, долговременное лечение, краткосрочная госпитализация, самовольная выписка);
- исход заболевания (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, летальный исход).

К основным классификационным признакам ДСГ в рамках определенного профиля относятся: предельно допустимые уровни в длительности лечения, доля отрицательных результатов (летальность) и доля неадекватности оказания медицинской помощи (изменение сроков госпитализации над предельно допустимыми уровнями).

Таким образом, в рамках системы ДСГ конкретного профиля, устанавливаются определенные требования к качественным и количественным показателям объема стационарной помощи и затрат, дифференцированных по составу случаев пролеченных больных с указанием границ допустимых отклонений [6].

Таким образом, алгоритм формирования ДСГ включает типологию больных с учетом специфики и состава случаев и коэффициентов потребления ресурсов, определяемых видами и характером применяемых медицинских технологий и сроками госпитализации.

Определение нормативных затрат применяется в комбинации с принципом полного включения затрат. Этот способ определения затрат на пролеченного больного рассматривается в качестве контрольного механизма за рациональным использованием ресурсов.

Заключение

Современное видение проблем возмещения затрат на специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь предлагает экономически целесообразные пути их решения.

Организационно-информационные технологии управления затратами на медицинские услуги по факту пролеченного больного в стационаре основываются на принципах стандартного исчисления затрат.

При этом принципы стандартного исчисления затрат комбинируются с принципом определения стоимости по полным затратам. Установление технологических и расходных нормативов затрат, ориентированных на «конечный результат» — эффективно пролеченного пациента целесообразно для планирования госзаказа на специализированную и высокотехнологичную помощь, регламентации медицинских услуг и контроля за эффективным использованием ресурсов.

Литература

1. Авксентьева М.В., П.А. Воробьев. Экономический фактор при принятии решений о применении медицинских технологий // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2008. — № 3. — С. 3–8.
2. Афанасьева Е.Ю. Планирование госзаказа на высокотехнологичную медицинскую помощь при сердечно-сосудистых заболеваниях и анализ результатов его выполнения с применением автоматизированных госпитальных систем. Автореф. дис. д-ра мед. наук — М., 2008. — 47 с.
3. Веретенникова О.Б. и др. Опыт бюджетирования в многопрофильных больницах // Здравоохранение. — 2008. — № 1. — С. 47–52.
4. Вялков А.И. Деловой план медицинской организации, методология определения ресурсных затрат на реализацию медицинских услуг // Научные и организационные основы менеджмента в ЛПУ. — 2007. — № 12. — С. 10–35.
5. Пиддэ А.Л. Экономическое обеспечение медицинской деятельности: проблемы и пути совершенствования // Экономист лечебного учреждения. — 2008. — № 9. — С. 3–16.
6. Пирогов М.В. Клинико-экономическая стандартизация как обязательное условие повышения экономической эффективности медицинского учреждения при одноканальном финансировании // Главврач. — 2007. — № . — С. 58–70.
7. Шейман И.М. Система стратегической закупки медицинской помощи: международный опыт и его значение для российского здравоохранения // Здравоохранение. — 2006. — № 4. — с.45–61.