

Г. Р. Нугуманова

СПЕЦИФИКА ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Ключевые слова: медицинские услуги, ценообразование на рынке медицинских услуг, себестоимость медицинской услуги, медико-экономические стандарты, клиничко-статистические группы.

Автор критически рассматривает процесс эволюции методических подходов к системе ценообразования на рынке медицинских услуг. Основываясь на теоретических положениях экономической теории автор приводит классификацию сегментов рынка медицинских услуг, а также обосновывает специфику ценообразования на каждом из них, анализирует различные методы формирования цен на медицинские услуги.

Keywords: medical services, medical services market pricing, medical services true cost, medical and economic standards, clinical and statistical groups.

The author critically examines the evolution of methodological approaches to the medical services market pricing system. Based on theoretical positions of the economic theory the author gives a classification of segments of the health care market, and establishes the specific pricing for each of these analyzes the various setting prices methods for medical services.

Одной из важнейших задач повышения эффективности функционирования рынка медицинских услуг является разработка и поддержание системы ценообразования медицинских услуг, так как используемая сегодня примитивная система расчетов в системе здравоохранения не позволяет определить фактические затраты лечебных учреждений в процессе оказания медицинской помощи. В результате чего невозможно определить истинную структуру расходов при оказании тех или иных услуг, объективно обосновать реальные расходы в учреждениях здравоохранения. Важно учитывать то обстоятельство, что система здравоохранения производит медицинские услуги, которые имеют свою фактически сложившуюся, а не фактически оплачиваемую стоимость. Поэтому выбор и применение методик расчета стоимости медицинских услуг, формирование рыночных цен на услуги, оказываемые как в федеральных, региональных, муниципальных, так и в частном сегменте здравоохранения, относятся к числу актуальных проблем развития рынка медицинского обслуживания.

Существовавшее прежде деление государственной системы здравоохранения на государственный и предпринимательский сектора сегодня не отвечает современным тенденциям в экономике и политике страны. Исходя из существующей системы разделения отношений собственности наиболее целесообразно сегодня подразделять лечебные учреждения в отечественном здравоохранении на федеральные, региональные, муниципальные и частные. Учитывая эту классификацию, на наш взгляд, целесообразно и подходить к оценке системы ценообразования на рынке медицинских услуг.

Исходя из общепринятой юридической трактовки рыночной цены товара, цена медицинской услуги определяется как финансовый результат, сложившийся при взаимодействии спроса и предложения на рынке медицинских услуг в сопоставимых экономических условиях. Как

известно, с экономической точки зрения цена представляет собой денежную форму стоимости товара. На рынке она выступает как денежный результат взаимной договоренности продавца с покупателем по поводу продажи (купли) товара. Покупатель определяет для себя величину исходя из степени полезности товара и уровня своей платежеспособности. Его экономический интерес направлен на снижение уровня цены. Продавец же при объявлении на рынке цены товара, за основу ее размера берет величину себестоимости производства и реализации товара и должен, как минимум, ее возместить за счет назначенной им цены. В то же время продавец в цену закладывает в качестве награды за риск прибыль, позволяющую обеспечить расширение производства.

Необходимо заметить, что в практике функционирования отечественного здравоохранения решение вопросов ценообразования на медицинские услуги по известным причинам в основном осуществлялось при помощи административных, нерыночных методов. Лишь с началом внедрения в здравоохранение СССР нового хозяйственного механизма (НХМ) в конце 80-х годов прошлого столетия в сфере медицинских услуг стали использоваться и экономические методы ценообразования на медицинские услуги.

Современные особенности функционирования и развития системы здравоохранения, а также особые свойства медицинской деятельности во многом определяют специфику процесса ценообразования на медицинские услуги. Так, как правило, расчеты преимущественно проводятся не за отдельно взятую медицинскую услугу, а за комплекс услуг, включающий в себя стоимость услуг по медицинскому и гостиничному обслуживанию пациентов в лечебных организациях. Поэтому цена медицинского обслуживания по своим размерам, как правило, выше, чем цена медицинской услуги. Кроме того, процессы оказания медицинской услуги и ее потребления совпадают по времени, а это исключает возникновение издержек, связанных с

транспортировкой или складированием производимого товара. В результате чего механизм ценообразования на медицинские услуги, по мнению специалистов [1], отличается от механизма формирования цен на все другие товары и услуги и характеризуется многообразием используемых в здравоохранении цен и методик их расчета. Более того, методики расчета стоимости медицинской услуги, а также условия ее реализации отличаются в зависимости от сферы их применения – в общественном секторе или секторе предпринимательском.

Структурные составляющие себестоимости медицинской услуги делятся на прямые расходы и косвенные. Исходя из принятой классификации затрат к прямым расходам относят все виды затрат, которые непосредственно связаны с деятельностью данного лечебного учреждения. В состав косвенных расходов входят все общие расходы медицинской организации, не связанные напрямую с деятельностью подразделения, производящего данную медицинскую услугу. Например, к ним относятся основная и дополнительная заработная плата с начислениями персонала административно-хозяйственных служб, расходы на горюче-смазочные материалы для эксплуатации транспорта, сумма ежегодного износа инвентаря и оборудования административно-хозяйственных служб, расходы на аренду или капитальный ремонт зданий, расходы на науку и пр.

Для расчета доли косвенных расходов в себестоимости услуг, оказываемых в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), можно использовать различные критерии, которые выбираются в зависимости от особенностей их деятельности. Так, если ЛПУ располагается в приспособленном помещении, то за основу расчета доли косвенных расходов в себестоимости услуг обычно принимают единицу объема или занимаемой площади лечебным подразделением. Кроме того за единицу расчета косвенных затрат можно принимать количество штатных должностей или количество стационарных коек в данном ЛПУ. Любой из перечисленных критериев первоначально предусматривает расчет доли суммарных накладных расходов по ЛПУ в целом [3].

Наиболее распространенным методом расчета косвенных расходов является расчет исходя из затрат, приходящихся на рубль заработной платы основного медицинского персонала ЛПУ. При этом варианте для определения абсолютной величины части суммарных общебольничных расходов, приходящихся на себестоимость конкретной услуги, предварительно производится расчет коэффициента накладных расходов.

Среди цен на медицинские услуги, оказываемых в федеральных, региональных и муниципальных ЛПУ, основное место занимают прејскуранты, регулируемые государством. Прејскуранты на медицинские услуги включают как себестоимость, так и прибыль. Для федеральных, региональных и муниципальных ЛПУ устанавливаются нормы трудовых и материальных

затрат по соответствующим статьям расходов и нормативы рентабельности, определяющие предельную величину прибыли. В этом, по сути, проявляется регулирующая функция государства как собственника и учредителя медицинских учреждений. То есть государство регулирует и контролирует процессы ценообразования на медицинское обслуживание населения в общественном секторе медицинских услуг. При этом прејскуранты могут использоваться и в частном секторе при оказании платных медицинских услуг федеральными, региональными и муниципальными производителями с использованием установленных норм и нормативов [1].

Совокупная цена на медицинские услуги формируется преимущественно на основе бюджетной классификации расходов ЛПУ, а также в зависимости от действующих норм материальных и трудовых затрат. Непосредственно сама деятельность ЛПУ строится по смете годовых или квартальных расходов, которая на практике и выступает как совокупная цена его услуг.

Показатель стоимости койко-дня (или стоимость однодневного пребывания больного в стационаре) применяется при денежной оценке оказания медицинских услуг в условиях стационарного лечения. Этот показатель, так же как и показатель стоимости одного поликлинического посещения наиболее часто применяется при расчете цен в государственных программах медицинского обслуживания.

Расчеты тарифов на медицинские услуги, предоставляемые по обязательному медицинскому страхованию (ОМС), построены на основе нормативов, рассчитанные исходя из федеральных, региональных и муниципальных стандартов. Однако механизмы их использования имеют различия. Так, ЛПУ, принимающее участие в выполнении программ ОМС, финансируется одновременно из двух фондов - фондов ОМС и бюджетных фондов регионов и муниципалитетов. Поэтому, для того, чтобы исключить двойное финансирование в тарифы на медицинские услуги по ОМС не должны включаться те элементы расходов, которые финансируются из соответствующего бюджета.

В деятельности лечебных учреждений частного сегмента здравоохранения используется исключительно контрактная цена, которая представляют собой рыночную цену равновесия и ее величина определяется соотношением спроса и предложения на рынке медицинских услуг. В контрактную цену включаются все совокупные затраты на организацию и оказание медицинских услуг, а также прибыль, определяемая интересами договаривающихся сторон.

Безусловно, наиболее точным методом определения объема оказанных медицинских услуг является использование метода ценообразования «за оказанную отдельную медицинскую услугу». При этом методе возникает необходимость в проведении расчетов стоимости каждой единицы медицинской манипуляции, производимой стационарным или

поликлиническим учреждением. Недостаток данного метода определения объемов оказанной медицинской помощи заключается в его большой трудоемкости. Кроме того, по мнению специалистов [1,2], при использовании этого метода в финансировании поликлиник отсутствует экономическая связь с другими этапами оказания медицинских услуг, и возникают объективные сложности в обеспечении контроля со стороны потребителей за обоснованностью оказываемых медицинских услуг.

Использование «подушевого» метода определения объемов оказанных медицинских услуг осуществляется в соответствии с количеством прикрепленного к ЛПУ населения по утвержденному денежному среднему душевому нормативу и используется преимущественно по программам ОМС. Существует два варианта использования данного способа. Первый вариант среднему душевому финансированию поликлиники, так называемый, метод частичного фондодержания, заключается в том, что размер норматива включает в себя средние затраты на одного жителя только амбулаторно-поликлинических звеньев, а расходы на стационарное лечение в него не входят. При втором варианте или полном фондодержании среднему душевому норматив соответствует средним расходам, приходящимся на одного жителя территории, рассчитанным по потребностям отрасли. При данном методе ЛПУ превращается в держателя денежных фондов, который сам осуществляет финансирование больничной и узкоспециализированной медицинской помощи застрахованным. Кроме того, у первичного звена появляется прямая экономическая заинтересованность в оказании большинства услуг в рамках поликлинического обслуживания застрахованных, что, безусловно, соответствует современным тенденциям структурных трансформаций в системе здравоохранения регионов.

По мнению экспертов [1,2], в современных условиях наиболее предпочтительным является первый вариант данного метода, поскольку в настоящее время невозможно реализовать полное фондодержание. Однако этому препятствуют две основные причины. Во-первых, существует проблема недостаточного размера страхового тарифа, который не позволит сформировать полностью фонды ОМС для нормативного «подушевого» финансирования медицинской услуги по всем направлениям ее организации. Во-вторых, в системе страхового здравоохранения пока отсутствует отлаженная и объективная система вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи, которая служит важным условием эффективного применения этого метода оплаты медицинского обслуживания.

Метод определения объемов медицинской помощи на основе использования показателя «за случай медицинского обслуживания» является на сегодняшний день наиболее распространенным, который имеет важное преимущество, связанное с

исключением фактора усредненной оплаты за койко-день или посещение. Условием применения этого способа является применение тарифов на медицинское обслуживание с использованием, так называемых, медико-экономических стандартов (МЭС) и клинико-статистических групп (КСГ). Разработчиками КСГ была группа ученых Йельского университета (США), которые впервые применили их при экономическом обосновании государственной программы оказания медицинской помощи "Медикэр". В ней предусматривалась система предварительной оплаты за каждый случай госпитализации на основе КСГ. На основе анализа десятков миллионов историй болезней и систематизации разнообразных патологий, были классифицированы соответствующие родственные диагностические группы. Таким образом, впервые были выработаны стандарты применения медицинских технологий, сгруппированные на основе классификатора лечебно-диагностических процедур для каждого диагноза и величины стоимости каждой нозологической группы. Для каждой КСГ были разработаны стандарты затрат, расчет которых проводился с учетом специфики деятельности ЛПУ, применяемой медицинской технологии, диагностики и лечения [5].

Кроме того, для определения стоимости лечения была разработана условная шкала цен. Цена лечения больного каждой группы определялась умножением стоимости весового индекса на величину весового индекса конкретной группы. Причем цена одной единицы весового индекса ежегодно пересматривается. Система взаиморасчетов с помощью КСГ называется системой предварительной оплаты, поскольку тарифы на лечение рассчитаны и утверждены заранее. В результате ЛПУ получило возможность при установлении диагноза заболевания пациента выписывать счет согласно стоимости лечения по данной КСГ [4].

Данный способ определения объемов медицинской помощи имеет ряд преимуществ по сравнению с остальными. Его применение экономически побуждает производителей медицинской услуги к снижению ее себестоимости, создает стимулы для сокращения длительности пребывания больных в стационаре и уменьшению кратности посещения пациентами поликлиник. Метод оплаты «за случай медицинского обслуживания» позволяет увязать объемы финансирования медицинских организаций с объемом и качеством оказываемых медицинских услуг. Наконец, этот метод является средством эффективного контроля качества лечения.

Другой механизм ценообразования на рынке медицинских услуг основан на использовании медико-экономических стандартов. "Стандарт" (норма, эталон, образец, модель) как понятие представляет собой деятельность, направленную на принятие решений для повторяющихся задач в сфере науки, техники и экономики, на достижение оптимальной степени упорядоченности в определенной области и

отражает лишь временную форму соглашения по проблемам оплаты и применения алгоритмов диагностики, лечения, реабилитации между медицинской организацией и плательщиком услуг. Медико-экономические стандарты не являются чем-то устоявшимся и неизменным, они видоизменяются и совершенствуются параллельно с прогрессом медицинской науки и технологий лечения, а так же с изменением экономических условий работы медицинских организаций.

Структура медико-экономического стандарта включает клинико-технологическую и экономическую составляющие. Клинико-технологическая составляющая отражает медицинский стандарт и представляет собой определенную последовательность диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, включающих диагностику с использованием медицинского оборудования, протоколы лечения и лекарственные препараты. Экономическая составляющая представлена усредненным показателем стоимости осуществления этой клинико-технологической составляющей. Критериально важным показателем, определяющим величину экономической составляющей МЭСа является средний срок пребывания больного в стационаре, связанный лечением данной нозологической формы, или кратность посещения пациентом поликлиники при лечении конкретного заболевания.

Клинико-технологическая составляющая МЭСа имеет два варианта расчета в зависимости от характера его целевого применения. Так, один вариант включает минимальный перечень медицинских процедур и манипуляций, необходимых для лечения «среднестатистического» больного, страдающего конкретным заболеванием, протекающим типично, без осложнений и сопутствующих заболеваний. При этом установление диагноза не требует дополнительных затрат, связанных с лабораторными исследованиями и консультациями, а протокол лечение обеспечивается с использованием стандартных технологий и методов достижения стандартного исхода заболеваний в определенные сроки. Второй вариант включает максимальный набор медицинских процедур и манипуляций, необходимых для лечения конкретного больного, заболевание у которого протекает с отклонениями от стандартов, свойственных для лечения «среднестатистического» больного. Иначе говоря, в состоянии здоровья данного пациента присутствуют особенности, обусловленные наличием сопутствующих заболеваний, осложнения, что затрудняет использование стандартизированного протокола [4].

Однако, по мнению специалистов [1,2,5,6], достичь максимального эффекта при использовании различных вариантов применения МЭСов в современных условиях практически невозможно. Это связано с целым рядом обстоятельств, затрудняющих их использование в качестве экономических стандартов функционирования

отечественного здравоохранения. Экономического эталона, единого стоимостного образца применительно к клинико-технологической части МЭСа для данной нозологической формы сегодня достичь невозможно. Это вполне правомерно относится как к федеральным, региональным и муниципальным системам медицинского обслуживания, так и к частным. Обусловлено это рядом объективных обстоятельств, важнейшими среди которых необходимо признать различный уровень материально-технической оснащенности ЛПУ. По этой причине рассчитать единый для всех лечебных организаций тариф по стандартному лечению конкретной болезни, а затем использовать его в качестве экономического стандарта для взаиморасчетов на сегодняшний день не представляется возможным. Так, при одинаковой обеспеченности площадями и медицинским оборудованием двух ЛПУ и одинаковом уровне их гостиничного хозяйства стоимость диагностики и лечения одного и того же заболевания может в них отличаться в связи с разной величиной накладных расходов. Поэтому, по нашему мнению, наиболее целесообразно на рынке медицинских услуг использовать предварительно рассчитанные и согласованные индивидуальные цены на медицинские услуги, оказываемые в связи с данным заболеванием.

Порядок расчета в системе ценообразования на медицинские услуги, оказываемые в федеральных, региональных и муниципальных ЛПУ, строится в последовательном порядке использования следующих показателей:

- штатное расписание медицинского персонала ЛПУ, имеющего отношение к оказанию медицинской услуги, по которой проводится расчет;
- количество врачей с указанием их категории, установленной ставки;
- количество среднего медицинского персонала, их индивидуальные ставки, категории или разряда по единой тарифной сетке;
- количество административно-управленческого персонала, имеющего непосредственное отношение к оказанию данной услуги;
- продолжительность работы кабинета или отделения ЛПУ;
- длительность проведения медицинской манипуляции (оказания услуги);
- балансовая стоимость используемого в процессе оказания услуги оборудования;
- стоимость мягкого инвентаря и расходных материалов.

При расчете цены платных медицинских услуг, оказываемых частными медицинскими организациями, никакие ограничения по величине статей себестоимости и уровню цены законодательно не установлены, за исключением статей расходов мягкого инвентаря и норм износа основных фондов. В соответствии с пунктом 7 специального Постановления правительства страны [4] не применяется «государственное регулирование цен (тарифов), надбавок для хозяйствующих

субъектов независимо от их организационно - правовых всех форм и ведомственной принадлежности, осуществляемое путем установления фиксированных цен, предельных цен, надбавок, предельных коэффициентов изменения цен, предельного уровня рентабельности, декларирования повышения цен на все виды продукции производственно - технического назначения, товаров народного потребления и услуг, кроме продукции, товаров и услуг», предусмотренных пунктом 1 и соответствующим перечнем. В нем применительно к системе здравоохранения указаны только протезно - ортопедические изделия, а также лекарственные средства и изделия медицинского назначения.

Таким образом, механизм ценообразования на медицинские услуги исходит из того, что при наличии спроса на процедуру (услугу) медицинская организация любой организационно-правовой формы вправе самостоятельно устанавливать размеры элементов затрат, кроме действующих норм отчислений в фонды социального страхования, износа основных фондов и мягкого инвентаря.

Литература

1. Сабитов Н.Х. Организация и экономика сферы медицинских услуг. Вопросы теории и практики. – Казань.: Медицина, 2000.- 256 с.

2. Киселев С.В., Сабитов Н.Х., Рыбкин Л.И., Салыхова Л.Я. Экономика здравоохранения. Монография. Казань: ГУП ПИК «Идел-Пресс», 2001. - 368 с.
3. Даминов М.Р., Киселев С.В. Специфика функционирования регионального рынка частных медицинских услуг / М.Р.Даминов, С.В.Киселев. - Вестник Казанского технологического университета, 2010. - №2. – С.384-389.
4. Постановление Правительства РФ от 7 марта 1995 г. N 239 «О мерах по упорядочению государственного регулирования цен (тарифов)» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 08.02.1996 N 131, от 15.04.1996 N 473, от 31.07.1996 N 915, от 30.06.1997 N 773, от 30.07.1998 N 865, от 28.12.1998 N 1559, от 06.02.2001 N 88, от 07.05.2001 N 350, от 16.06.2001 N 467, от 20.08.2001 N 593, от 02.04.2002 N226, от 12.12.2004 N 769, от 12.07.2005 N 424).
5. Киселев С.В., Сунгатов Р.Ш. Инновационная деятельность в экономической системе здравоохранения. М.: «Экономздрав», 2007. – 342 с.
6. Бердникова Е.Ф. Инновационное развитие здравоохранения /Е.Ф.Бердникова. - Вестник Казанского технологического университета, 2012. - №11. – С.300-306.

© Г. Р. Нугуманова – асп. каф. экономики и управления на предприятии пищевой промышленности Высшей школы экономики КНИТУ, g_nugumanova@mail.ru.