

СИСТЕМИ НА ЗАПЛАЩАНЕ НА ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ НА ЗДРАВНА ПОМОЩ

След усвояване на материала в тази глава Вие ще можете:

- Да определите как се финансират здравните и лечебните заведения;
- Да се запознаете с видовете разчетни единици за финансиране;
- Дефинирате критерии за избор на система за заплащане;
- Да разграничавате заплащането за вид услуга, заплащане на леглоден, заплащане за посещение, заплащане за случай, заплащане на глава;
- Да разберете какво представляват диагностично-свързаните групи;
- Да определите видовете общ бюджет. Исторически и гъвкав бюджет;
- Да се запознаете с процеса на договаряне на финансовите условия и да разберете кои системи се прилагат в условията на смесена финансова система .

1. Финансиране на изпълнителите на здравни услуги – основни категории

Един от най-важните въпроси на финансирането в здравния отрасъл е този за начините на набиране, разпределение и изразходване на финансови средства за различните видове здравни и



лечебни заведения и независими структурни единици – болници, медицински центрове, лекарски практики и т.н. Тези начини генерират определено поведение на структурната единица. Централен икономически проблем е как посредством един или друг начин на финансиране да се предизвикат стимули (санкции) за изявата на конкретно поведение на структурните единици и отделните изпълнители на здравни услуги.

Всяка една здравеопазна дейност изисква определено количество и качество на ресурсите – труд на лекари и медицински сестри, медикаменти, медицински и други консумативи, апаратура, инструменти, отопление, осветление, администриране и т.н. Всички тези ресурси се купуват, а това изисква наличието на финансови ресурси. Има случаи когато здравното заведение е длъжник на доставчика например на медикаменти и тогава то ползва чужд (привлечен капитал) и увеличава своето финансово състояние, но за сметка на доставчика. В трети случай то получава хуманитарна помощ, която също представлява нарастване на материалното и финансовото му състояние. Следователно наличието на определено количество и качество на финансовите ресурси е **необходимо условие за създаването и нормалното функциониране** на всяка една структурна единица в здравеопазването. Посредством **изучаване на финансовата страна** на наличностите и дейността на здравното заведение придобиваме представа за цялостното състояние и динамиката на ресурсния потенциал и използваните материални, кадрови, инвестиционни и други ресурси, необходими за здравеопазните функции.

Всички **ресурси и дейности** на структурната единица в здравеопазването могат да получат стойностна (парична) оценка. Те могат да се представят и оценят във вид на **финансови ресурси** или **парични потоци**, които се отличават по своите **източници** (финансиране от бюджета, постъпления от извънбюджетна дейност, получени заеми, задължения към доставчици и т.н.), конкретна **форма** (дълготрайни материални активи, дълготрайни нематериални активи, дълготрайни финансови активи, краткотрайни активи и др.),



разчетна единица на заплащането (леглоден, преминал болен, всички дейности) и **правила за разпределение и изразходване**.

В зависимост от **организационно-правния статут** на структурната единица (едноличен търговец, дружество с ограничена отговорност, акционерно дружество, частна практика, бюджетно предприятие, бюджетна организация и т.н.) и **вида на собствеността** (частна, държавна частна, общинска частна, държавна публична, общинска публична) върху активите съществуват известни **различия в източниците и състава на финансовите ресурси, в разчетните единици на заплащането и правилата**, на които се подчиняват финансовите отношения. Някои от тези различия се виждат при сравнение на основните финансово-счетоводни документи: **Отчет за приходите и разходите** (който отразява динамиката на паричните потоци и дейностите) и **Баланс** на организацията (отразяващ имущественото състояние на здравното заведение към даден момент). Други различия се отчитат при сравнение на ценоазписите, платежните и други видове документи.

Например **публичното здравно заведение** (държавна публична собственост) разчита предимно на финансиране от бюджета, което се получава за цялостната дейност. Според формата на финансовите ресурси преобладават дълготрайните материални активи (сгради, машини, съоръжения, транспортни средства) и краткотрайните активи (предимно във вид на материални запаси). Също така то се подчинява на ограниченията и юрисдикцията на публично-правната система.

Лечебните заведения – частна собственост на държавата, общината или юридически или физически лица имат много по-широка палитра от финансови ресурси. Разчетните единици на заплащането също се отличават съществено от тези на публичното здравно заведение. За разлика от публичните здравни заведения, частните структури се подчиняват на юрисдикцията на частно-правната система, което позволява голяма свобода в счетоводния и финансовия мениджмънт.

Финансирането на изпълнителите на здравни услуги е процес на осигуряване на финансови ресурси от различни източници, тяхното вътрешно разпределение и използване за целите на здравеопазната дейност.

Водещи въпроси на финансирането са тези за **начините за набиране на финансови средства** (например бюджетни субсидии, фондово финансиране, директно заплащане от пациенти, дарения и др.) и **системите на заплащане**, които отчитат разчетната единица, за която се получават средствата (преминал болен, леглоден, диагностична група и т.н.). Специален интерес се отделя на тяхното **влияние върху ефективността и справедливостта** при оказването на здравна помощ.

Темата за финансиране на здравната единица има две страни: **финансово-счетоводна** (която е обект на изучаване от финансовото счетоводство) и **управленска** (която е обект на изучаване от други специализирани икономически науки като „икономика на здравеопазването“ и „управленско счетоводство“). И двете страни на финансирането са важни за административните работници и мениджърите в здравеопазването, но тук ще се обърне по-голямо внимание на управленската страна, която е необходима като част от компетенциите на медицинските специалисти, участващи в здравната администрация.

2. Класификации на системите за заплащане

2.1. Изисквания

Системите за заплащане (възстановяване на разходи) на различните видове здравни структури – болници, здравни центрове, поликлиники, лекарски практики и др. са от особена важност не само за поддържане на нормалното им функциониране, но и за осигуряване на ефективност и справедливост в отрасъла.

За разлика от начините на финансиране, които отчитат източника на приходи, **в системите за заплащане** се акцентира върху разчетната единица (базата) за получаване на финансови ресурси. При един и същи начин на финансиране могат да се прилагат една или повече системи за заплащане.

Или изучавайки финансирането ние се интересуваме не само от количеството на приходите, от тяхната равномерност и т.н. Още по-важно е как се получават, каква дейност се осъществява с тези ресурси, дали постигаме по-висок здравен и друг ефект при едно и също ниво на ресурсите. Също така не е безразлично дали дадена система и начин на финансиране не поставят в неравностойно положение пациентите от различни региони или с определени заболявания. Главната трудност в тази насока е в измерването на резултатите от дейността, чиято основна част би трябвало да е подобрене на здравното състояние на населението.

Начините на финансиране на здравните заведения са същите, които осигуряват финансово отрасъла. И тъй като те бяха разглеждани обширно в предходната глава, тук ще се акцентира само върху системите на заплащане на здравните заведения.

Основните изисквания, на които трябва да отговаря избора на определена система за заплащане на отделните видове здравни структури са следните:

- Да стимулира качеството на оказваната помощ и по-висока ефективност на здравната структура ;
- Да позволява контрол над здравните разходи;
- Да осигурява географска, социална и организационна справедливост в разпределението на ресурсите ;
- Да носи удовлетвореност за медицинските специалисти;
- Да носи удовлетвореност за пациентите.



2.2. Класификации

В литературата често се разграничават следните класификации на системите на заплащане (възстановяване на разходите) на здравни заведения и структури:

а/ Според **зависимостта на финансирането от обема на обслужването** се различават : **отворени системи**, при които финансовите постъпления са в права зависимост от количеството на видовете извършвани дейности.; **затворени системи**, при които нарастването на дейността не носи допълнителни приходи.

Отворените системи стимулират висока продуктивност и ефективност. Може би носят по-висока удовлетвореност за лекарите и пациентите, но малко страни си позволяват ползването на напълно отворени системи за заплащане на извършителите на здравни услуги. Причините са в невъзможността да се контролират здравните разходи, които лесно надскачат общата инфлация. Това води до национални и регионални диспропорции в общественото финансиране, до ощетяване на други отрасли и дейности , което в крайна сметка допринася за общи загуби за обществото. Ето защо по-често срещана практика е прилагане на напълно затворени системи за заплащане или съчетаване на отворени системи на ниво извършители на здравни услуги, но в рамките на затворен общ бюджет за дейността или здравеопазването.

б/ Според **момента на определяне на размера на финансирането** се срещат: **ретроспективни системи**, при които обемът на финансирането се определя с появата на пациента или след приключване на лечебния процес; **проспективни** (системи с предварително определен обем), при които целият бюджет или заплащането за определен вид обслужване е фиксирано предварително.

Ретроспективните системи обикновено са и отворени системи, чиито недостатъци вече бяха отбелязани. Също така те носят голяма доза несигурност за извършителя, невъзможност предварително да се направи добър бюджет и да се планират и контролират здравните разходи. По-съвременната тенденция в практиката на разви-



тите страни е прилагането на проспективни системи, при които се фиксират предварително цени, вноски, приходи или се въвеждат ограничения в обема на извършваната дейност – например лимит за среден престой, за брой пациенти и т.н. Например в САЩ, които се отличават с пазарно ориентирана система на здравно обслужване все по-често се препоръчват моделите на „**управлявани здравни грижи**“, които изискват обикновено прилагане на проспективни системи на заплащане.

3. Основни системи за заплащане

Тук ще разгледаме **основните системи на заплащане на здравни заведения и структури** , които се срещат в развитите страни и обикновено се изучават в икономиката на здравеопазването.

3.1. Заплащане за вид услуга (fee – for– service)

Това е най-често срещаната система за заплащане на частни здравни заведения, лекарски практики и частнопрактикуващи стоматолози. На табл.13 е представено приложение на тази система в частния стоматологичен сектор в България.

При системата „заплащане за вид услуга“ се получават приходи директно от пациентите или от трето звено – здравноосигурителен фонд, община и др. по цени за всеки отделен вид извършена услуга – например за преглед, лечение на кариес, зъбна снимка, ехография и т.н.

Табл. 13. Заплащане за вид стоматологична услуга

Вид на услугата	Средни ориентировъчни цени
Обстоен преглед за установяване на орален статус	8
Интраорална контактна анестезия за всеки квадрант	5

Вид на услугата	Средни ориентировъчни цени
Интраорална терминална инфилтрационна анестезия	5
Установяване на оралнохигиенен статус и мотивация на пациентите за стоматологична профилактика	8
Запълване на дълбоки фисури (за всеки зъб)	30
Препариране на кавитет. Обложка и обтурация с фотополимерен материал при една повърхност	50
-----, ----- при две повърхности	70
----- „ ----- при три повърхности	100
Почистване на кариозна маса и временна вложка в кавитета	50

Това е **отворена и ретроспективна** система на финансиране, което я прави **рискова** за финансиращата институция, особено когато това е обществен източник. Поради потенциала си за ескалиране на здравните разходи тази система е рядко срещана в общественния сектор. В повечето случаи финансиращият орган се опитва да ограничава разходите чрез лимити за дейност, общ финансов лимит и т.н. Например в Германия социалните здравно-осигурителни фондове заплащат на лекарите от доболничната помощ именно по тази система, но в рамките на общ финансов лимит, който се разпределя от съсловната организация по най-справедлив и безконфликтен начин. Подобен е принципа и на канадската система за финансиране на независимите лекарски практики – в рамките на общ бюджет се прилага заплащане за всеки вид извършена услуга.

3.2. Заплащане за леглоден (per diem)

Системата „заплащане за леглоден“ е широко прилагана система за болници и други стационарни звена, които получават определена сума за цялостното обслужване на база всеки леглоден на преминалите болни.

Възможно е тази сума да варира в зависимост от диагнозата на болните и вида или категорията на болниците. Системата е **отворена, но в по-малка степен от първата**, тъй като финансирането зависи само от продължителността на лечението и от броя на пациентите, но не и от всеки отделен вид обслужване. Отнася се също към **ретроспективните** системи, тъй като предварително не може да се планира точно нито броя на болните, нито тяхното състояние и тежест, обуславящи болничния им престой. На таблица 14 е илюстрирано приложение на системата при таксуване на хоспитализации в болници по избор.

Табл. 14. Заплащане за леглоден в болница (примерни цени)

Отделение	Цена за леглоден
Терапевтичен профил	30
Хирургичен профил	40
Педиатрично отделение	25
Родилно отделение	40

Тази система за заплащане е по-лесно приложима и подходяща за стационарни здравни заведения, осъществяващи многобройни дейности и видове услуги. Тя въвежда обобщен измерител на болничната дейност, какъвто е леглоденя. Но при нея се явяват редица проблеми като например удължаването на престоя на болните с цел по-добро финансиране. Или пък се явява опасността фиксираната цена за всеки леглоден да се отклонява значително от действително извършваните разходи. Тогава могат да се получат някои от негативните ефекти на таванните или фиксираните цени – пораждане на дефицит и ограничаване на капацитета или несправедливо разпределение на обществените ресурси. Ето защо повечето европейски страни (Франция, Белгия, Холандия), които ползваха тази система за финансиране на болниците си от здравното осигуряване преди 10 години, се принудиха да въведат по-затворени, но гъвкави системи на финансиране. Например в Белгия се използва **смесена система**, която се формира от **фиксирана цена за хотел-**

ските услуги (чистене, смяна на бельо, общи разходи, сестрински грижи) за всеки леглоден и диференцирано заплащане за всеки вид медицинско обслужване. Всъщност именно такава смесена система се прилага най-често и в частните болници в много страни.

3.3. Заплащане за посещение (per visit)

Системата „заплащане за посещение“ е широко прилагана система за извънболнични звена, които получават определена сума за цялостното обслужване (всички видове услуги от даден пакет дейности) на база всяко посещение на преминалите болни.

Възможно е тази сума да варира в зависимост от специалността на лекарите и поредността на посещенията. Обикновено вторичните посещения са с по-ниски цени от първичните. Системата е отворена, но в по-малка степен от първата, тъй като финансирането зависи само от броя на посещенията и от броя на пациентите, но не и от всеки отделен вид обслужване. Отнася се също към ретроспективните системи, тъй като предварително не може да се планира точно нито броя на болните, нито броя на техните посещения. На таблица 15 е илюстрирано приложение на системата при таксуване на посещения в лечебните заведения.

Табл. 15 Заплащане за посещение (примерни цени)

Отделение	Цена за посещение
Първично посещение при ОПЛ	10
Вторично посещение при ОПЛ	8
Първично посещение при специалист	15
Вторично посещение при специалист	10
Посещение при хабилитирано лице	30

Системата се прилага широко в българската и чуждата практика на извънболничната медицинска помощ. Тя има предимство пред заплащането за вид услуга, че е по-икономична от гледна точка на финансиращия източник и лесно се администрира.

3.4. Заплащане за случай (per case)

При системата „заплащане за случай“ здравната единица получава приходи по фиксирани или фактически цени за цялостното лечение и пребиваване на даден пациент в здравното заведение.

Случаите могат да бъдат стационарни или амбулаторни, като в повечето случаи те са диференцирани по диагнози или групи от диагнози.

Тази система е много по-затворена от първите две, тъй като финансирането не зависи от обема на извършваното медицинско обслужване, нито от фактическата продължителност на престоя. Все пак тя не е напълно затворена система, тъй като съществува възможност да се влияе върху обема на приходите чрез броя на случаите. Системата може да бъде ретроспективна например когато цените се определят на базата на фактически извършени разходи за болния. Обикновено обаче тя се прилага като проспективна – т.е. съществува фиксирана, предварително определена цена за лечението на всеки преминал болен.

Системата „заплащане за случай“ съдържа някои предимства пред предходните системи – стимулира по-интензивно използване на ресурсите и режим на икономии; прилага се по-лесно и не изисква описание на всички медицински и немедицински дейности; приближава се най-близо до потребностите и търсенето от пациентите на цялостно лечение и подобряване на здравните резултати; отговаря на съвременните изисквания за интегриран подход (пакет услуги) в предоставянето на индивидуални услуги, което позволява по-лесна стандартизация, организационно проектиране и реинженеринг. Един сериозен проблем на системата може да бъде вариацията на действителните разходи около цената в зависимост от диагностичната композиция и тежестта на състоянието на болните. Ето защо обичайното приложение на тази система за заплащане е с отчитане на т.н. кейс-микс (case-mix).



Понятието „кейс-микс“ се дефинира най-общо като научен подход за класифициране на състава на болните, пребиваващи в здравното заведение според тяхната нозология и други признаци.

Един от най-разпространените варианти на тази система е **заплащането за случай от дадена диагностично свързана група (ДСГ).**

Под **диагностично-свързана група** ще разбираме определена група пациенти, които имат сходни клинични характеристики (например основна диагноза, придружаващи заболявания, тежест на състоянието, прогноза, лечебна трудност и др.) и чиито разходи за медицинско обслужване са приблизително еднакви.

Досега са известни многобройни версии на ДСГ като основна форма на проявление на кейс-микс подхода в болниците, както и други деривации на групите например за амбулаторни грижи, за зависими пациенти, за психично болни и т.н. (Иванов Л.-1997, Делчева Е. -1997). Кейс-микс подходът и в т.ч. ДСГ или други варианти може да се използва в следните направления:

- **За финансиране на здравни заведения** по фиксирани цени за всяка отделна ДСГ – този начин на финансиране се прилага в САЩ за възстановяване на болничните разходи за пациенти, обхванати от правителствената програма „Медикеър“ от 1983г с цел да се ограничават и контролират непрестанно нарастващите обществени болнични разходи.
- **За разпределение на лимитирани обществени ресурси между здравните заведения** въз основа на индивидуални за всяка болница и национални кейс-микс индекси – в случая ДСГ или други техни варианти се използват като инструмент за по-справедливо разпределение на финансовите ресурси и за глобално проспективно планиране на здравния бюджет. Този опит се развива от 90-те години



много успешно включително и в страни с национални здравни служби като Португалия.

- **За подобряване на управлението на здравните заведения** – кейс-микс подходът и ДСГ се прилагат за планиране на подходящото здравно обслужване и ресурсите; за планиране на броя на обслужваното население и необходимите медицински технологии; за контрол на разходите, дейността и здравните резултати.
- **За разработване на стандарти за качество на здравното обслужване**

Въпреки редица съмнения относно възможностите на кейс-микс подхода особено в областта на финансирането на здравните заведения (например грешки при поставяне на диагнозите или изборност на по-скъпоструващи групи; базирането на фактически разходи, които не винаги са необходимите) засега се счита, че бъдещето на здравния мениджмънт е свързано с него. Един от най-важните аргументи в тази посока е фактът, че кейс-микс подхода създава **общ език за медицинските специалисти и здравните администратори**. Повечето страни вкл. и тези от Централна и Източна Европа го експериментират, а някои от тях предвиждат и неговото приложение като инструмент за разпределение на ресурсите, но в рамките на глобален предварително определен бюджет. На таблица 16 са представени данни за приложение на системата „заплащане за случай от ДСГ“ (засега служеща само за отделяне на разходите и получаване на стойности на лечението по диагностични групи в базата данни на НЗОК).

Табл. 16. Заплащане за случай от диагностично-свързана група

Наименование на ДСГ	Болница „А“	Болница „Б“
Аборт с дилатация и кюретаж	135	90
Сърдечна недостатъчност и шок	920	738



Наименование на ДСГ	Болница „А“	Болница „Б“
Нормално раждане	546	395
Диабет , възраст над 35г	822	677
Хипертония	654	586
Бронхит и астма, 0-17	1027	835
Обикновена пневмония и плеврит, възраст 0-17г	712	538

3.5. Общ бюджет (global budget)

Общият бюджет е **най-затворената система** на финансиране с проспективен характер.

При системата „общ бюджет“ здравните заведения получават определени (лимитирани) финансови средства за задоволяване на всички свои нужди за даден период.

Прилага се в различни модификации на болничното финансиране на повечето развити страни– Канада, Германия, Швеция, Финландия, Холандия и др. Включва обикновено както текущите, така и инвестиционните разходи. В някои страни, в които се болниците се финансират на база леглоден или друга разчетна единица, общият бюджет се използва за инвестиционни нужди.

Най-често използваните варианти на системата „общ бюджет“ са:

- **Исторически бюджет** – при него бюджетът се основава на разходите през предходен период. На таблица 6 е представен исторически тип общ бюджет, планиран на базата на разходите от предходната година с корекции за инфлация и щатната структура.



Табл. 17. Исторически общ бюджет на здравно заведение „Х“

Параграфи	План (лв)	Отчет (лв)
Заплащане на персонал, нает по трудов договор	526 477	513 394
Социални осигуровки	198 188	190 910
Други възнаграждения и плащания на персонала	10 067	13 179
Храна	4 600	19 078
Медикаменти	41 216	50 815
Постелен инвентар и облекло	2 250	2 250
Командировки		
Материали, горива и енергия	92 739	115 556
Външни услуги	11 400	11 439
Текущ ремонт	2 750	3 681
Учебни и научноизследователски разходи	28	38
Други разходи	7 600	16 044
Основен ремонт		
Придобиване на МДА		
Придобиване на НДА		
Всичко за дейността:	897 315	936 384

- **Гъвкав бюджет** – обект на договаряне с финансиращата институция за обем и качество на извършваната дейност.

Предимствата на тази система за финансиране са свързани предимно с нейната простота и възможностите за контрол над здравните разходи. Но тя съдържа и редица потенциални и реални недостатъци – например опасността от недофинансиране или нерационално финансиране, липсата на мотивация за по-висока продуктивност на здравните заведения и др. Необходимо условие за нейното успешно прилагане е да бъде обвързана с критериите за ефективност и справедливост. **Практиката показва обаче, че е по-лесно да се постигне справедливост в разпределението на ресурсите, отколкото ефективност.** Например във Великобритания успешно се използва формула (RAWP) за справедливо разпределение на ресурсите между региони въз основата на брой на населението, възрастова структура, смъртност, технологично развитие, развитие на

□ здравната мрежа и др. Не толкова успешно е обаче определянето на общ бюджет, отчитащ ефективността на здравното заведение. Великобритания проведе през 80-те години подобен опит с **използването на показатели за дейност** (среден престой, средна стойност на лечение и др.), но се оказа, че така определеният бюджет стимулира предимно количеството, но не и качеството на обслужването. Също така се прехвърлят разходи на други звена и здравни заведения. В няколко провинции на Испания през 90-те години също се прави опит за по-справедливо междуболнично разпределение на определените обществени ресурси, което при това стимулира по-висока продуктивност. Отделните здравни заведения получават общ бюджет, но на основата на фактическо количество условни единици дейност (например един обикновен леглоден се приема за единица дейност, амбулаторното посещение е 0,25, а един ден интензивни грижи – 4-5 единици). Същевременно се обръща специално внимание върху мониторинга на качеството на медицинското обслужване.

3.6. Заплащане на глава от населението (per capita)

Системата „заплащане на глава“ или капитация представлява получаване на фиксирана сума за цялостно обслужване (или комплексен пакет услуги) за всеки записан в регистъра или обслужван жител от дадено здравно заведение или регион.

Тя е **по-затворена** от първите две като се ползва от предимствата на общия бюджет. За разлика от него обаче тя е **съобразена в по-висока степен с реалните здравни потребности** на населението (особено когато се прилагат диференцирани ставки според възрастта и други критерии). Съдържа **стимули за икономично използване на ресурсите** и позволява въвеждане на **принципа „парите следват пациента“** и **прилагане на пазарни отношения** в здравния сектор. Същевременно тя е **проспективна**, което я прави подходяща за планиране на бюджета и по-успешно управление. Обикновено има приложение в първичната здравна помощ (за

финансиране на независими практики), в междурегионалното разпределение на ограничен национален бюджет, както и за финансиране на най-успешните частни структури в САЩ – организациите за поддържане на здравето (Health Maintenance Organizations). На таблица 6 е представено приложението на капитационната система за заплащане на общопрактикуващия лекар про използване на условни единици. В него капитационното заплащане е съобразено с възрастовата структура на населението и със здравния риск – за децата и хората над 65г се получава по-висока ставка.

Табл. 18. Капитационно заплащане на общопрактикуващия лекар, съобразено със здравния риск

Брой записани лица по възрастови групи	Условни единици на едно лице	Условни единици за всички лица	Годишно заплащане при стойност на 1 усл. единица = 6 лв
0–3 г. – 80	5	400	2 400
4–17 г. – 360	2	720	4 320
18–34 г. – 480	1	480	2 880
35–64 г. – 780	1,5	1170	7 020
65+ – 300	3	900	5 400
Всичко – 2000		3670	22 020

За сега най-добри резултати и ефекти върху справедливостта и ефективността се получават от прилагане на **смесени системи** за финансиране на здравни структури като например **съчетаването на общ бюджет, но с кейс-микс разпределение** или използването на т.н. **клиничен бюджет** (под което се разбира оптимизиране на клиничното поведение и обвързването с най-икономичните варианти на ресурсно използване). Също така голям интерес представлява и **вътрешният** (квази-пазар в общественния сектор) **пазар** във Великобритания, въведен от 1991г, в който болниците (обединени в болнични тръстове) продават болнично обслужване по индивидуални цени за лечение от даден вид на групите от общопрактикуващи лекари, които разполагат с **бюджет, определен на глава от**



населението вкл. и за болнични и диагностични услуги за своите пациенти. Успешен е и модела на договаряне на гъвкав (общ или по елементи) бюджет между здравното заведение и финансовия орган въз основа на показатели за дейността и качеството на здравното обслужване.

4. Финансиране на здравните и лечебните заведения в България

4.1. Общи насоки

Приемането на Закона за лечебните заведения и преходът към смесена система на финансиране (състояща се от социално здравно осигуряване, частно осигуряване, директно заплащане от пациентите и бюджетно финансиране) дават своето отражение и върху финансирането на здравните и лечебните заведения.

Реформите в това направление засегнаха начините на финансиране, формите на финансиране, системите на заплащане, обектите на финансиране, видовете собственост върху активите, разпределението на финансовите ресурси и начините на тяхното използване. Накратко могат да се посочат следните по-важни насоки на извършените реформи във финансирането на здравните/лечебните заведения:

- **Плурализъм в източниците и начините на финансиране при реструктуриране на съществуващи източници** (например разширяване дела на частното здравно осигуряване; увеличаване обхвата на частично и изцяло платимите здравни услуги) и **въвеждане на нови по-стабилни източници** (социално здравно осигуряване).
- **Запазване на доминиращата роля на общественото финансиране**, което гарантира справедливост и равнопоставеност за всички граждани в достъпа им до еднакъв обем и качество на здравната помощ.



- **Преструктуриране и разнообразяване на системите на заплащане на лечебните заведения и структурни единици** с цел повишаване на тяхната стимулираща роля за по-висока ефективност и подобряване на справедливостта.

Например в първичната здравна помощ преобладава заплащането според броя на записаното население в регистъра на общопрактикуващия лекар (с отчитане на възрастта), но към него се добави и заплащане за вид обслужване (по цени за отделни видове специфични услуги). **Денталните и специализираните доболнични практики** получават заплащане за посещение и за отделни видове услуги, но в рамките на общ лимит или при строг контрол и ограничители. **Лабораториите** получават заплащане за всеки вид извършвано изследване. **Диагностично-консултативните центрове** получават заплащане по договор с Националната здравноосигурителна каса за посещения, вид обслужване и вид изследвания.

Болниците договарят отделни видове дейности (по клинични пътеки или по ДСГ) с финансиращите органи на базата на системата **заплащане за случай**, която може лесно да премине и към варианта с приложение на **кейс-микс** подхода като **инструмент за разпределение на ресурсите**.

- **Преобразуване на статута на лечебните заведения от бюджетни организации в търговски дружества**. Това засилва икономическата самостоятелност на лечебните заведения, които имат право да определят сами своя щат, структура, дейност, бюджет, средносрочна стратегия за развитие, икономическа политика, технологична и инвестиционна политика и т.н.
- **Трансформация на собствеността** върху активите от държавна и общинска публична към държавна и общинска частна и постепенна подготовка за приватизация на активи и дейности. По-широкото навлизане на частни капитали ще раздвижи системата, но ролята на общественото финансиране ще се запази като водеща.

- **Конкуренция между обществени и частни изпълнители на здравни услуги** за сключване на договори с институциите за обществено финансиране на здравеопазването. Главният фактор за конкуренция са показатели за качество на здравната помощ. Ценовата конкуренция за услуги извън договорените с НЗОК и МЗ също е необходима като стимулатор на ефективността и при условията на огромна вариация на разходите на лечебните заведения.

Важна стъпка в подготовката на здравните заведения за финансови взаимоотношения със здравно-осигурителните каси бе **въвеждането от 1999 г. на система за договаряне на бюджетите с финансиращия орган** (община, МЗ или МФ). Продължение на този опит са въведените методики от страна на МЗ за субсидиране на болниците – търговски дружества с мажоритарна собственост на държавата и общините – по договор за извършени дейности ТЕЛК, хемодиализа, амбулаторни случаи, трансплантации, и др. Договарянето с МЗ е опит за реализиране на квазипазар в обществения сектор и цели постигане на следните ефекти:

1. Постепенно обвързване на финансирането с реално извършваната дейност от лечебните заведения.
2. Постигане на условна независимост на страната на предлагането на здравна помощ от финансовите органи, които изпълняват ролята на „трето звено“.
3. Натрупване на опит в икономическите дейности, които съпътстват процеса на договаряне със здравно-осигурителните каси.

Здравните и лечебните заведения в България се финансират по различни начини и системи в зависимост от техния административно-правен статут и собственост.

4.2. Финансиране на бюджетните заведения от обществения сектор

Според законодателството към 2013 г. най-разпространеният начин за финансиране на бюджетните здравни и лечебни заведения, които са публична собственост (ведомствени болници, домове за медико-социални грижи, центрове за контрол на общественото здраве, центрове за спешна помощ, и др.) е **бюджетното финансиране** с източник -държавния бюджет, при системата **общ бюджет за всички видове дейности или отделен бюджет за някои видове дейности** (например държавните университетски болници имат отделен бюджет за учебна и научна дейности).

На второ място, повечето от здравните и лечебните заведения сключват **договори с НЗОК** и получават приходи за извършена дейност. Например ВМА и нейните бази работят по договор за изпълнение на клинични пътеки, центрoвете за контрол на общественото здраве извършват клинично-лабораторни и микробиологични анализи по договор с НЗОК.

Третият много по-незначителен източник са платени услуги от клиенти. Четвърти източник са хуманитарни помощи, пети– дарения и т.н. Тези разнообразни небюджетни приходи представляват допълнителни приходи за публичните здравни заведения и играят незначителна роля в общия бюджет. Същевременно те имат различни източници и прилагат нееднакви **системи на заплащане**, т.е. избраните разчетни единици. Например такива са **заплащане за вид обслужване** (по цени на здравните и стопанските услуги), **заплащане на глава от записания контингент** (при договори с фирми), **заплащане за всеки леглоден** (напр. за болнично лечение в болница по избор, за допълнителни хотелски услуги) и др.

Допълнителни приходи се получават от платена медицинска помощ по избор от пациента, медицински козметични и здравни услуги, лечение на чужди граждани, допълнителни хотелски и други поискани услуги, продажба на стопански услуги, договори с фирми и организации за платено медицинско обслужване, договори с част-

ни кабинети и здравни заведения, провеждане на клинични изпитания, научна дейност, обучение за външни клиенти, дарения, приходи от лихви и др. Териториалните органи на МЗ имат свои специфични приходи от такси за различни лабораторни услуги и експертизи, глоби на държавния санитарен контрол и т.н. Рехабилитационните заведения получават допълнителни приходи от продажбата на субсидирани карти за санаториално лечение, платени медицински услуги и други дейности, лечение на чужди граждани и др.

Каква е технологията на финансовото планиране? Изготвянето на финансов план или **бюджетирането** на дейността на публичното здравно или лечебно заведение се осъществява чрез планиране на приходите и разходите по единната бюджетна класификация (по параграфи) поотделно.

Планирането на бюджетната сметка или бюджета (някои големи здравни заведения имат бюджет, а не бюджетна сметка) **обикновено се базира на фактическите разходи** (изчистени с дълговете към доставчици) **през предходната година, съобразени с предвижданите изменения в щатния състав и структурата на здравното заведение, като се правят корекции за инфлацията с приети за бюджетната сфера единни коефициенти.** Планирането на бюджетните приходи и разходи е твърде формален акт, в който здравното заведение не разполага с реална икономическа самостоятелност. Преди всичко то се съобразява с голям брой бюджетни ограничители – натурални показатели за брой легла и щатни бройки, лимити за разходи, ограничения за ръст на отделни видове разходи по икономически елементи и т.н. Всяка потребност на здравното заведение се ранжира по приоритет и в бюджетния план намират място само най-неотложните нужди.

Приходите от платени услуги, такси, дарения, договори също се планират, но се включват в общите бюджетни средства (от 1999 г). В разходната част се лимитира само дялът за допълнително материално стимулиране. Тези приходи имат допълваща роля.

Бюджетното финансиране на здравните и лечебните заведения, които са публична собственост страда от редица общи за бюджетната сфера проблеми. Основно те са свързани с:

- **Недостатъчно и неритмично финансиране**, несъобразено с реалната инфлация ;
- **Несправедливо разпределение на финансовите средства между региони и здравни заведения;**
- **Необвързаност на общия бюджет с обективни критерии за реалните потребности** на населението поради базирането на фактически разходи, а не на клинично необходими разходи в зависимост от диагностичната композиция и сложност на преминалите случаи.
- **Мултиплициране на всички дефекти или облаги на финансирането от минали периоди** – по такъв начин болници, които са имали по-добро финансиране (но не винаги с голяма дейност и високо качество) винаги получават по-висок бюджет, а болници, които са били оцетени продължават в тази тенденция.
- **Липса на стимули за по-висока продуктивност и качество на медицинското обслужване** – последните години показваха, че тези заведения, които приемат повече и по-тежки пациенти имат по-висок финансов дефицит.

4.3. Финансиране на лечебни заведения, които са частна собственост на държавата и общините

Финансирането на пазарните структури в общественения сектор на здравеопазването става по малко по- различен от гореописания начин, и е по-близък до финансирането на частния сектор. Основният начин за финансирането им е **за извършена дейност по договор с НЗОК** (респективно фондове за социално здравно осигуряване). **Министерството на здравеопазването също договаря някои отделни дейности с болниците** – например ТЕЛК, трансплантации и др. На трето място по значение заема **директното заплащане от индивидуални и институционални клиенти**, а четвърти по-не-развит начин е от **частни застрахователни и осигурителни компании**. Докато при договорите с НЗОК се ползват по-интегрални

разчетни единици – за посещение, за случай по клинична пътека, на глава и др., във взаимоотношенията с частни фондове и платени пациенти се предпочита системата за заплащане за вид обслужване. В частните стационари намира приложение смесена система за определяне на цената на болничния престой, която се състои от фиксирана цена за хотелски услуги за всеки леглоден + заплащане за отделните медицински процедури, изследвания и дейности.

Широко се прилага и заплащането според броя на записаните жители в първичната извънболнична медицинска помощ.

4.4. Финансиране на лечебни заведения и медицински практики, които са частна собственост на физически и юридически лица

Финансирането на пазарните структури в частния сектор на здравеопазването става по подобен начин, както при частните заведения на държавата и общините, но делът на отделните начини е различен. Основните начини за финансирането им са **от директно заплащане от потребители и за извършена дейност по договор с НЗОК** (респективно фондове за социално здравно осигуряване).

Системите на заплащане са същите, които са договорени в националния рамков договор и заплащане за вид услуга.

Упражнение

1. На базата на цитирания откъс направете анализ на предимствата и недостатъците на системите за заплащане на здравните заведения в развитите страни. Кои системи са обект на разглеждане?

Тези диагностични групи се състоят от клинично близки диагнози, които са обединени в групи и според стойността на лечението (например лечението на остра пневмония може да попадне в „по-скъпа“ група от лечението на обикновена пневмония). Системата се прилага в САЩ, като болните, обхванати

от програмите Medicare и Medicaid и попаднали в болница, се квалифицират към една от възможните 460 диагностични групи, а болницата се рамбурсира при фиксирана цена за стандартно лечение на заболяванията от съответната група. В по-късните модификации на системата се използват и допълнителни критерии за класифициране на групите като възраст на болните, придружаващи заболявания и др. Отчита се, че тази промяна е довела до очакваното съдържане на здравните разходи по правителствените медицински и социални програми, което се обяснява с присъщите на тази система стимули за интензифициране на болничната дейност при по-ниски разходи. Немалко изследователи обаче посочват и възможните и проявените негативни резултати от нея -подмяна в диагнозата с по-скъпа, неизлекуване на по-тежки случаи, изключително високи разходи по разработване на системата, както и усложнено актуализиране.

От 1983г Холандия заменя финансирането на болниците на база леглоден с общ бюджет, което има успех. Той се дължи на подобрите показатели за мощност и капацитет, които не зависят от ефективността (например – брой обслужвани жители в района, брой легла, брой специализирани единици– кабинети) и производствени показатели за дейност, които стимулират ефективността (като брой на дневен стационар, брой на хоспитализираните лица, брой на леглодните и брой на първичните посещения в амбулаторни кабинети).

Из: Делчева Е., Здравният икономикс, Унив.изд. Стопанство, 1994, с.178-179

2. Как ще определите проблемите на настоящото финансиране на здравните заведения в България въз основа на цитирания текст на автори от Националния център по здравна информация:

1. Годишният бюджет на здравните заведения в много продължителен период от време (десетки години) се определя по-

малко или повече по достигнатото равнище през предишестващия период.

В резултат се констатира:

а/ големи различия в осигуреността на населението с финансови средства (и оттук със съответните видове „медицински дейности“);

б/ големи различия в размера на финансовите средства, изразходвани по отделни параграфи, изчислени „средно на един преминал болен“ в отделните стационари на обединените общински болници. Аналогична е ситуацията в поликлиничното обслужване. В някои случаи тези различия са повече от 200% в повече или по-малко от средните за страната.

2. Налице са различия между потенциала на здравните заведения и техните реални разходи.

3. Изтеклите 1990, 1991, донякъде 1992 и 1993г се характеризират с редица проблеми във финансирането на здравните заведения:

– наличие на голям и неуточнен размер на чуждестранна помощ, както и на помощ на вътрешни спонсори, дарители и др. източници;

– наличие на неуточнен размер на запаси в някои здравни заведения, което „изкривява“ реалната картина на икономическите показатели;

– наличие на големи задължения на здравните заведения към различни доставчици (напр. за 1993г – 2 млрд лв).

Из: **Грива Х., П. Амуджев, Б. Давидов**, Проблеми на финансирането на здравните заведения. Основни положения на система за договориране на медицинските дейности между общинските власти и здравните заведения, в Бюл. Икономическа информация в здравеопазването, НЦЗИ, бр.3, с.36-37

Въпроси за самоподготовка:

1. Как се развива финансирането на здравните и лечебните заведения в България през последните 20 години?
2. Кои са основните системи на заплащане на изпълнителите на медицинска и дентална помощ в България?
3. Какви са проблемите при заплащането на дейността на здравните и лечебните заведения и как могат да бъдат решени?
4. Опишете опита на други страни.

КЛЮЧОВИ ПОНЯТИЯ:

Система на заплащане на изпълнителите на здравна помощ (health care provider payment system) – осигуряване на финансови ресурси от различни източници, тяхното вътрешно разпределение и използване за целите на здравеопазната дейност като се акцентира върху разчетната единица (базата) за получаване на финансови ресурси.

Заплащане за вид услуга (fee-for- services) – получават се приходи директно от пациентите или от трето звено – здравно-осигурителен фонд, община и др. по цени за всеки отделен вид извършена услуга.

Заплащане за леглоден (payment per diem) – широко прилагана система за болници и други стационарни звена, които получават определена сума за цялостното обслужване на база всеки леглоден на преминалите болни.

Заплащане за посещение (payment per visit) – широко прилагана система за извънболнични звена, които получават определена сума за цялостното обслужване (всички видове услуги от даден пакет дейности) на база всяко посещение на преминалите болни.



Заплащане за случай (payment per case) – здравната единица получава приходи по фиксирани или фактически цени за цялостното лечение и пребиваване на даден пациент в здравното заведение.

Диагностично-свързана група (diagnosis related group) – определена група пациенти, които имат сходни клинични характеристики (например основна диагноза, придружаващи заболявания, тежест на състоянието, прогноза, лечебна трудност и др.) и чиито разходи за медицинско обслужване са приблизително еднакви.

Заплащане на глава или капитация (capitation) – получаване на фиксирана или диференцирана сума за цялостно обслужване (или комплексен пакет услуги) за всеки записан в регистъра или обслужван жител от дадено здравно заведение или регион.

Общ бюджет (global budget) – система на заплащане, при която здравните заведения получават определени (лимитирани) финансови средства за задоволяване на всички свои нужди за даден период.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гладилев Ст., Евг. Делчева, Икономика на здравеопазването, Принцепс, 2009
2. Делчева Е., Приложение на кейс-микс класификацията за разпределение на ресурсите и финансиране на болниците, в: Бюлетин на НЦОЗ, 1997, бр. 2, с.23–29
3. Делчева Евг., Цели и реализация на здравната реформа, в сб. Социални срещи икономически измерения на здравеопазването в България, Стопанство, С., 2006, с.7–29
4. Иванов Л., Кейс-микс класификации, в: Бюлетин на НЦОЗ, 1997, бр.2, с.9–18
5. Куерво Х., Ж.Варела, Р. Беленес, Управление на болницата, С., Македония прес, 1998
6. Попов М., Б. Давидов, Ан.Димова, Управление на болницата, Изд. „Св. Кл. Охридски“, 2004, 256 с.