

# Финансиране на изпълнителите на здравна помощ

Доц. Надя Велева

# Финансиране на изпълнителите на здравна помощ

Как чрез един или друг начин на финансиране да се предизвикат стимули или санкции за конкретно поведение на здравните заведения и отделните изпълнители на здравни услуги?

# Системи за заплащане на изпълнителите на здравни услуги

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.

# Системи за заплащане на изпълнителите на здравни услуги

- ▶ При *един и същи начин на финансиране* могат да се прилагат *една или повече системи за заплащане* (възстановяване на разходи) на различните видове здравни структури.

# Основни изисквания към системите за заплащане:

- ▶ Да стимулират качеството на оказваната помощ и по-висока ефективност на здравната единица;
- ▶ Да позволяват контрол на здравните разходи;
- ▶ Да осигуряват географска, социална и организационна справедливост в разпределението на ресурсите;
- ▶ Да носят удовлетвореност за медицинските специалисти;
- ▶ Да носят удовлетвореност за пациентите.

# Класификации на системите за заплащане

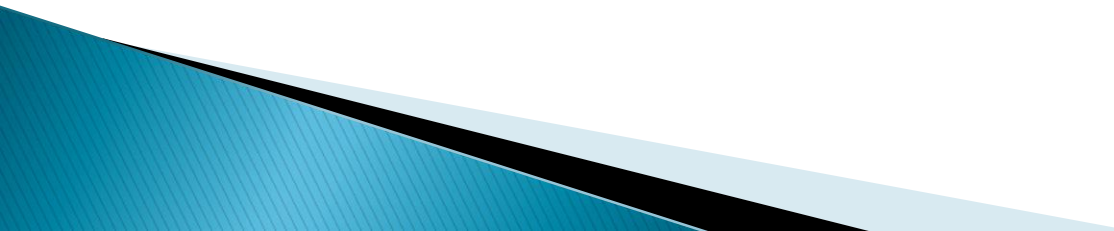
Според зависимостта на финансирането от *обема* на обслужването:

- отворени
- затворени

Според *момента на определяне на размера* на финансирането:

- ретроспективни
  - проспективни
- 

# Основни системи за заплащане на здравните заведения

- ▶ Заплащане за вид услуга (fee-for-service)
  - ▶ Заплащане за посещение (per visit)
  - ▶ Заплащане за леглоден (per diem)
  - ▶ Заплащане за случай (per case)
  - ▶ Общ бюджет (global budget)
  - ▶ Заплащане на глава от населението (per capita)
- 

# Заплащане за вид услуга (fee-for-service)

Приложение – частни здравни заведения, лекарски практики, практики на дентални медици, ПМП

Получават се приходи директно от пациентите или от трето звено – ЗОФ, община и др., по цени за всеки отделен вид извършена услуга (напр. преглед, лечение на кариес, ехография и т.н.)

Отворена и ретроспективна система.



# Заплащане за посещение (per visit)

- ▶ Приложение – извънболнични звена, ПМП
- ▶ Получава се определена сума за цялостното обслужване (*всички видове услуги от даден пакет дейности*) на база всяко посещение на преминалите болни.
- ▶ Възможно е вариране на сумата в зависимост от специалността на лекарите и поредността на посещенията.
- ▶ Отворена (брой посещения, брой пациенти) и ретроспективна система.

# Заплащане за леглоден (per diem)

- ▶ Приложение – болници и други стационарни звена.
- ▶ Получава се определена сума за цялостното обслужване на база за всеки леглоден на преминалите болни.
- ▶ Възможност за вариране на сумата, в зависимост от диагнозата и вида или категорията на болницата.
- ▶ Отворена (продължителност на лечение и брой пациенти) и ретроспективна система.

# Заплащане за случай (per case)

- ▶ Приложение – стационарни звена или амбулаторни звена (ПМП)
- ▶ Получават се приходи по фиксирани или фактически цени за цялостното лечение и пребиваване на даден пациент в здравното заведение.
- ▶ Случаите са диференцирани по диагнози или групи от диагнози (case-mix).
- ▶ Ненапълно затворена система (брой случаи) във варианти на ретроспективна или проспективна.

# Заплащане за случай (per case)

- ▶ „Кейс–микс“ е 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)**.

# Общ бюджет (global budget)

- ▶ Приложение – **болнично финансиране**
  - ▶ Здравните заведения получават определени (лимитирани) финансови средства за задоволяване на всички свои нужди за даден период.
  - ▶ Варианти – **исторически бюджет** (разходи за предходен период) и **гъвкав бюджет** (обем и качество на мед. помощ).
  - ▶ Най-**затворената** система, **проспективна**.
- + простота, контрол над разходите  
– недофинансиране, нереално финансиране, демотивация на изпълнителите

# Заплащане на глава (per capita)

- ▶ Приложение – *първична медицинска помощ (ОПЛ)*
- ▶ Получава се фиксирана сума за цялостно обслужване (или комплексен пакет услуги) *за всеки записан в регистъра или обслужван жител* от дадено здравно заведение или регион.
- ▶ Възможно е прилагане на диференцирани ставки за възрастта и други критерии.
- ▶ По-затворена от първите две системи. Ползва се от + на общия бюджет, за разлика от него обаче е съобразена повече с реалните здравни потребности на населението.
- ▶ Позволява въвеждане на принципа *„парите следват пациента“*.
- ▶ Проспективна

# Смесени системи

- ▶ Най-добри резултати и ефекти върху справедливостта и ефективността се получават от прилагане на смесени системи за финансиране на здравни структури, като например **съчетаване на общ бюджет**, но с **кейс-микс** разпределение или използване на т. нар. **клиничен бюджет**.
- ▶ Също така интерес представлява и **вътрешният пазар (квазипазар)** в общественения сектор във Великобритания.

# Подходи за дефиниране на здравния продукт и заплащане на изпълнителите на медицинска помощ

|   |   |
|---|---|
| <b>1.Междинен подход</b>                    | <b>Дефиниране на продукта чрез извършената дейност</b>  |
| <i>1.1.Комбинация от услуги</i>             | Преглед, манипулация, изследване, операция и т.н.   |
| <i>1.2.Комбинация от случаи</i>             | Амбулаторни, диспансерни или болнични случаи; случаи в диагностично свързани групи, случаи по клинични пътеки |
| <b>2.Резултативен подход</b>                | <b>Дефиниране на продукта чрез здравните резултати</b>  |
| <i>2.1.Статус при приключване на случая</i> | Клинично здрав, с подобрене, в ремисия, с усложнения, летален   |
| <i>2.2. Показатели за обществено здраве</i> | Смъртност и заболяемост по причини, инвалидност, показатели за функционален статус и др.                      |

Източник: Адаптирано от Делчева, Е. Икономика на здравеопазването, Издателски център на МУ-Плевен, 2013



- ▶ Въпреки принципните предимства на измерителите на общественото здраве за реалното оценяване на продукта в здравеопазването, те намират слабо приложение на практика при заплащането на изпълнителите на медицинска помощ.

# Причини:

- ▶ трудностите при събирането на информация за тяхното получаване и
- ▶ зависимостта на здравните показатели от много други фактори (генетични, околна среда, стил на живот, доходи) освен здравните услуги.
- ▶ Поради това на практика се предпочита **междинния подход**, при който се заплаща за самата здравна дейност.

# Стойност в здравеопазването

- ▶ Според *Porter* (2010) стойността в здравеопазването се състои именно в получаването на крайните здравни подобрения от страна на потребителя, а не в самото извършване на здравни услуги.
- ▶ Следователно адекватната база за заплащане би трябвало да бъде добавената стойност за пациента, а не извършената дейност.
- ▶ В това отношение прилагането на диагностично- свързани групи в болничната помощ е подходът, който е най-близък до концепцията за стойност в здравеопазването.

# Стойност в здравеопазването

- ▶ Правилният подход за измерване на стойността трябва да обхваща всички здравни услуги, продукти и дейности, които заедно определят доколко успешно са задоволени потребностите на пациента. Тези потребности се определят от заболяването на пациента, дефинирано като сбор от взаимосвързани медицински обстоятелства (диагнози), към които е правилно да се подходи *интегрирано*.

**БЛАГОДАРЯ ЗА ВНИМАНИЕТО!**

