

## Глава 13

### **ЗАПЛАЩАНЕ НА ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ**

---

В тази глава се разглеждат паричните потоци към изпълнителите на здравни услуги. Системите за заплащане на различните видове здравни и лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ са ключов *инструмент за въздействие върху предлагането* на здравни услуги. Чрез един или друг начин на заплащане могат да се предизвикат стимули или санкции за конкретно поведение на здравните заведения и отделните изпълнители на здравни услуги.

За разлика от начините на финансиране, които отчитат източника на приходи, **системите за заплащане** акцентират върху **разчетната единица (базата)** за получаване на финансовите ресурси.

При *един и същ начин на финансиране* (например задължително здравно осигуряване) може да се прилага *една или повече системи за заплащане* на различните изпълнители на здравни услуги.

**Основните изисквания към системите за заплащане са следните:**

1) да стимулират по-висока ефективност на здравните организации, т.е. услугите да се произвеждат с най-малките възможни разходи при спазване на стандартите за качество;

2) да стимулират разпределителна ефективност - да се произвежда правилната комбинация от здравни услуги в съответствие със здравните приоритети, т.е. да осигуряват географска, социална и организационна справедливост в разпределението на ресурсите;

3) да позволяват контрол на финансовите ресурси в съответствие с политиката на ограничаване на здравните разходи (бюджетна дисциплина);

4) Да носят удовлетвореност за медицинските специалисти;

5) Да носят удовлетвореност за пациентите.

Различните системи за заплащане на изпълнителите могат да бъдат класифицирани според два ключови признака - обвързаност с *обема на дейността и момент на определяне на размера на финансирането* (Jegers et al., 2002). Според зависимостта на финансирането от обема на обслужването разграничаваме *затворени* и *отворени* системи, а според момента на определяне на размера на финансирането, те са: *ретроспективни* и *проспективни* системи.

При **затворените (фиксираните) системи** заплащането не варира в зависимост от дейността за разлика от **отворените (променливи) системи**, при които заплащането се увеличава с нарастване на обема на дейността.

При **ретроспективните системи** разходите на изпълнителите се реимбурсират изцяло след извършване на дейността, докато при **проспективните системи** заплащането се определя предварително без да е обвързано с реалните разходи, генерирани от индивидуалните изпълнители.

### **1. Системи за заплащане на изпълнителите в извънболничната помощ**

Най-разпространените системи за заплащане на изпълнителите на здравни услуги в извънболничната помощ са *хонорар за услуга, капитация и заплата*.

#### **1.1. Хонорар за услуга (fee-for-service)**

В исторически план заплащането за извършена дейност - хонорарът (*от лат. honor – чест, почит, уважение*) е първата система за заплащане. При нея пациентът или трета страна заплаща директно цената на всеки отделен вид извършена услуга (напр. преглед, лечение на кариес, ехография и т.н.).

Системата се прилага при частни здравни заведения, лекарски практики, практики на дентални медици, практики за първична медицинска помощ (ПМП). Това е ретроспективна и отворена система, тъй като се получава заплащане за всяка извършена услуга след нейното реализиране. Тя изпълнява в най-голяма степен критерия за удовлетвореност на медицинските специалисти, тъй като ги компенсира напълно за голямото разнообразие от услуги, които предоставят на пациентите. Стимулите при

финансирането за извършена дейност насърчават лекарите да обслужват колкото е възможно повече пациенти. Следователно, всичко, което забавя процеса на обслужване на пациента, намалява приходите. При тези условия изпълнителите се стремят да ограничат дейностите, които им носят ниски приходи и водят до съществена загуба на ресурси. Счита се, че финансирането на база извършена услуга подтиква лекарите да предлагат на пациентите частични услуги и ограничават достъпа до основни услуги за сметка на скъпоструващи и неефективни процедури. Това се посочва като основен недостатък на системата от гледна точка на пациента или третата страна платец наред с невъзможността за планиране и контрол на финансовите ресурси и непрекъснатото нарастване на здравните разходи.

### **1.2. Заплащане на глава или капитация (per capita, fee per patient)**

При тази система се получава фиксирана сума за цялостно обслужване (или комплексен пакет услуги) *за всеки записан в регистъра или обслужван жител* от дадено здравно заведение или регион. Това е вид абонаментна система типична за заплащане на общопрактикуващите лекари (ОПЛ).

Възможно е прилагане на диференцирани ставки за възраст и други критерии. Системата е по-затворена от първата и проспективна. Ползва се от плюсовете на общия бюджет. За разлика от него, обаче, е съобразена повече с реалните здравни потребности на населението. Позволява въвеждане на принципа „парите следват пациента“.

Системата на *капитация* се различава от *хonorара за извършена услуга* по това, че предлага на доставчиците на медицински услуги *фиксирана сума за всеки записан в листата потенциален пациент*, която не е обвързана с резултата, а с поетата отговорност. Изпълнителите получават постоянно месечно възнаграждение независимо дали записаните пациенти са се лекували през конкретния месец и за тях са извършени определен набор от услуги или не. Капитацията намалява риска, който носи непостоянната използваемост на услугите на ОПЛ. Този риск е по-голям, когато броя на регистрираните пациенти е по-

малък, т.е. за да бъде рискът приемлив, е необходим голям размер на лекарската практика. Тук се проявява противоречието между ограничения достъп на пациентите при големи практики и ниските доходи на ОПЛ при малки практики. Ниската използваемост при големите практики предопределя разхищението на финансовите ресурси.

Преимуществата на капитацията като система за заплащане на изпълнителите в ПМП са свързани с възможността за планиране и контрол на финансовите ресурси. За лекаря е сравнително лесно да определи възникването на по-голямата част от разходите за фиксирания в рамките на пациентската листа брой пациенти и съответното заплащане на база капитация. Изпълнителите на медицинската услуга използват тази сигурна сума, за да покрият разходите си. За третата страна, платеца, е ясен размера на бъдещите парични потоци към изпълнителите на здравните услуги.

Основен недостатък на системата е, че поставя ОПЛ в потенциален конфликт на интереси, тъй като предоставянето на каквато и да е услуга, е свързано с извършването на известни разходи и поемането на определен финансов риск. Оттук произтича риска ОПЛ да не предоставят достатъчен обем услуги, доколкото при предоставянето на допълнителни услуги няма да получат допълнителни капитационни средства.

Прехвърлянето на финансовия риск от осигурителя върху ОПЛ стимулира склонността им за осъществяване на *неблагоприятна селекция*, свързана със здравния статус на пациента – записване на нискорискови и млади пациенти („*обиране на каймака*“) и отхвърляне на възрастни пациенти, както и пациенти с висок риск от заболявания, за които се налага значителен разход на ресурси. Решение на проблема с неблагоприятната селекция е прилагане на диференцирани ставки за възраст, за по-голям здравен риск и други критерии.

Възможно е ОПЛ да прехвърлят финансовия риск към вторичната здравна помощ чрез насочване на пациентите към специалист и хоспитализация. Освен това, тъй като пациентите имат право да сменят ОПЛ, има опасност той да загуби пациен-

ти, ако не отговаря на техните изисквания. Следователно ОПЛ са мотивирани да удовлетворяват понякога необоснованите желания на пациентите за издаване на болнични листове или направления за хоспитализация за извършване на скъпоструващи изследвания. По този начин се компрометира ролята на ОПЛ на „пазители на входа“ на здравната система.

За положителен ефект от капитационната система се счита това, че тя стимулира изпълнителите да осъществяват по-голяма превантивна дейност, тъй като здравите пациенти търсят лекарска помощ по-рядко.

Въпреки че системата на капитация изглежда ясна и лесно приложима, в основата си тя е сложен механизъм, който изисква значително прецизиране от гледна точка на справедливостта.

### **1.3. Заплата (salary)**

При тази система се получава определена сума за отработено време, т.е. заплащането се базира на броя на отработените часове, но не и на дейностите, които се извършват през това време. Обикновено заплатата е многофакторна и зависи от: заеманата длъжност, трудовия стаж, квалификацията и др.

Системата намира широко приложение в публичните здравни заведения при колективно договаряне. В частния сектор тя се прилага в условията на индивидуално договаряне. Използва се при заплащане на сестринския, административния и друг вид персонал и за заплащане на труда на лекарите в общественния сектор.

Счита се, че тази система е най-немотивиращата за медицинските специалисти, поради което се препоръчва използването ѝ като част от смесена система, отчитаща и извършената дейност. Комбинацията от ниска основна заплата и нарастващи компенсации за извънреден труд е доказано по-ефективна, отколкото висока основна заплата.

В таблица 13.1. в обобщен вид са представени основните системи за заплащане на изпълнителите в извънболничната помощ с ключовите им характеристики.

**Таблица 13.1.** Ключови характеристики на системите за заплащане на изпълнителите на извънболнична помощ

	Хонорар за услуга (fee for service)	Капитация (capitation)	Заплата (salary)
Ответно поведение на изпълнителите	Увеличават предлагането на здравни услуги	Стермят се да удовлетворят всички пациенти (но не непременно най-скъпоструващите)	Поставяне на пациента на първо място
Негативни ефекти	Свърхпредлагане на собствени услуги Индуцирано търсене	Недостатъчно предлагане на собствени услуги Обиране на каймака	Разходна неефективност в ПМП Листи на чакащи
Контрол на разходите в ПМП	Лош	Добър	Много добър
Пазител на входа на системата	Добър	Лош	Добър

*Източник: Olsen, A.J. Principles in Health Economics and Policy, Oxford University Press, 2009*

Както се вижда от таблицата, всяка от трите системи има и предимства, и недостатъци, което обяснява преобладаващото приложение на смесени системи в практиката.

## **2. Системи за заплащане на изпълнителите в болничната помощ**

Най-разпространените системи за заплащане на изпълнителите на здравни услуги в болничната помощ са *заплащане за леглоден, общ бюджет и заплащане за случай*.

### **2.1. Заплащане за леглоден (per diem)**

При тази система се получава определена сума за цялостното обслужване на база за всеки леглоден на преминалите болни. Има възможност за вариране на сумата в зависимост от диагнозата и вида или категорията на болницата. Системата е отворена, тъй като заплащането зависи от продължителността на лечението и броя пациенти. Заплащането е ретроспективно.

Недостатъците на заплащането за леглоден са, че създава стимули за удължаване на болничния престой, извършване на

повече диагностични изследвания и повишаване на качеството, в резултат на което разходите ескалират. Когато се знае, че всички генерирани разходи ще бъдат реимбурсирани, болницата не е изправена пред никакъв финансов риск, свързан със заплащането на всички ресурси, които влага в предоставяното лечение. Тази система води до разходна неефективност и липса на бюджетна дисциплина.

## **2.2.Общ бюджет (global budget)**

При системата на общия бюджет здравните заведения получават определени (лимитирани) финансови средства за задоволяване на всички свои нужди за даден период. Може да се прилага във вариант на т.нар. *исторически бюджет* (базиран на отчетените разходи за предходен период) и *гъвкав бюджет* (изчисляван въз основа на обема и качеството на медицинска помощ). Системата е проспективна и е най-затворената.

Предимство на системата е нейната простота и осигуряването на възможност за контрол на разходите. Основен недостатък е, че при нея има опасност от недофинансиране и нереално финансиране. Това води до демотивация на изпълнителите, тъй като те носят финансовия риск. Ако приемат прекалено много пациенти и/или предоставят прекалено много услуги, болниците се оказват в състояние на финансов дефицит. Ако от друга страна спазват финансовите ограничения, но има прекомерно търсене директно от страна на пациентите и индиректно чрез направлението от ОПЛ, резултатът ще бъде листи на чакащите и недоволни пациенти. Когато болниците откажат да поемат пълната отговорност при тези два неблагоприятни варианта (дефицит или листи на чакащите) се стига до политически дебати. Болниците обвиняват политиците, че са определили неадекватни бюджети, а политиците обвиняват болниците, че работят неефективно.

По-вероятно е болниците да спечелят нещо от тези политически дебати, тъй като политиците са склонни да им отпуснат допълнителни средства в края на бюджетния период. Това е така, тъй като политическата цена, която трябва да палтят, ако обвинят болниците като им оставят цялата финансова тежест, е прекалено висока. По този начин системата на проспективните фиксирани

бюджети изчезва – наблюдава се преминаване към от планираните „твърди бюджети“ към „гъвкави бюджети“. Когато болниците знаят, че ще им бъде отпуснато допълнително финансиране, те са по-малко мотивирани да работят разходно ефективно.

### **2.3. Заплащане за случай (per case)**

При тази система се получават 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). Прилага се във варианти на ретроспективна (на база фактически извършени разходи), но по-често на проспективна (на база предварително определена цена за случай).

„Кейс-мик“ е научен подход за класифициране на състава на болните, пребиваващи в здравното заведение според тяхната нозология и други признаци (напр. разходи за лечение). Един от най-разпространените варианти на тази система е заплащането за случай от дадена **диагностично свързана група - ДСГ (diagnosis-related group, DRG)**. ДСГ е група пациенти, които имат сходни клинични характеристики (напр. основна диагноза, придружаващи заболявания, тежест на състоянието, възраст, прогноза, лечебна трудност и др.) и чиито разходи за медицинско обслужване са приблизително еднакви. За всяка ДСГ се изчислява национален среден разход и относително разходно тегло. Въз основа на тях се определят цените на ДСГ, които варират според диагнозата и категорията лечение за всеки пациент. Тази национална тарифа се използва за всички изпълнители независимо от местните вариации на разходите, които отразяват разлики в ефективността на болниците.

Счита се, че заплащането за случай подобрява ефективността. При него обаче съществуват стимули за *селекция и отхвърляне на пациенти*, т.е. болниците да подбират „най-леките“ случаи, които изискват под средния разход на ресурси и да отхвърлят „тежките случаи“, за лечението на които трябва да изразходват ресурси, надхвърлящи цените по тарифата на ДСГ. Освен това съществува и проблем с т.нар. „раздуване на ДСГ“ (“DRG creep”) или стимул за класифициране на пациента при хоспита-



лизирането му по начин, който да донесе максимални приходи на болницата (например чрез добавяне на съпътстващо заболяване, което генерира по-висока цена).

Таблица 13.2. представя в сравнителен план основните системи за заплащане на изпълнителите в болничната помощ с техните ключови характеристики.

**Таблица 13.2.** Ключови характеристики на системите за заплащане на изпълнителите на болнична помощ

	Заплащане за леглоден (per diem) (ретроспективна и отворена)	Общ бюджет (global budget) (проспективна и затворена)	Заплащане за случай (per case) (проспективна и отворена)
<b>Ответно поведение на изпълнителите</b>	Увеличаване на предлагането на услуги за всеки хоспитализиран пациент	Листи на чакащите	Намаляване на предлагането на услуги за всеки хоспитализиран пациент
<b>Контрол върху разходите</b>	Много лош	Много добър	Лош
<b>Ефективност</b>	Много лоша	?	Много добра
<b>Разпределителна ефективност</b>	Добра	Добра	?

Източник: Olsen, A.J. *Principles in Health Economics and Policy*, Oxford University Press, 2009

За съжаление в чистата си форма никоя от трите разглеждани системи за заплащане на болниците не може да удовлетвори посочените в началото изисквания. Най-добри резултати и ефекти върху справедливостта и ефективността се получават от прилагането на смесени системи за финансиране на здравните структури, като например съчетаване на общ бюджет с кейс-микс разпределение или използване на т. нар. клиничен бюджет.

Интерес представлява и т.нар. **квазипазар (вътрешен пазар)** в общественения сектор във Великобритания, където регионалните здравни администрации разпределят бюджета сред общопрактикуващите лекари на капитационен принцип, а те от своя страна закупуват болнични и диагностични услуги за своите пациенти от публичните болници (обединени в болнични тръстове), които се конкурират по качество и цени.

### 3. Съвременните тенденции и нерешени проблеми

*Съвременните тенденции* в системите за заплащане на изпълнителите на здравни услуги в извънболничната и болничната помощ могат да бъдат обобщени както следва:

- Плурализъм в системите за заплащане на изпълнителите на медицинска помощ;
- Нарастващо отчитане на обективни пазарни фактори за определяне на заплащането;
- Преход към смесени и по-сложни системи.

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. Причината е в трудностите при събирането на информация за получаването им, както и в зависимостта на здравните показатели от много други фактори (генетични, околна среда, стил на живот, доходи) освен здравните услуги. Поради това в практически план се предпочита използването на междинния подход, при който се заплаща за самата здравна дейност (виж табл. 13.3.).

Според *Porter* (2010) обаче стойността в здравеопазването се състои именно в получаването на крайните здравни подобрения от страна на потребителя, а не в самото извършване на здравни услуги. В този смисъл 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 подхода, който е най-близък до концепцията за 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**.

**Таблица 13.3.** Подходи за дефиниране на здравния продукт и заплащане на изпълнителите на медицинска помощ

<b>1.Междинен подход</b>	<b>Дефиниране на подукта 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 подобрение, 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*

*Porter* твърди, че постигането на висока стойност за пациентите трябва да се превърне в доминираща цел в предоставянето на здравни услуги. Това е така, защото именно тази цел обединява интересите на всички участници в системата. При увеличаване на стойността печелят пациентите, финансиращите институции, изпълнителите на здравни услуги и икономическата устойчивост на здравната система като цяло нараства.

**Ключови понятия:** отворени (променливи) и затворени (фиксиран) системи, ретроспективни и проспективни системи, хонорар за услуга, капиталация, заплата, заплащане за леглоден, заплащане за случай, диагностично-свързана група, общ бюджет, квазипазар