

ANALYSIS OF HOSPITAL FINANCING IN THE REPUBLIC OF BULGARIA

Yana Kashilska; Atanas Petkov*

Medical University Sofia, Faculty of Public Health, Medical University Plovdiv, Medical Faculty*
1527 Sofia, Bulgaria, iana_kashilska@abv.bg 4000, Plovdiv, Bulgaria, petkov.md@gmail.com

Summary:

In the process of reforming the hospital sector in Bulgaria in 2001, it was concluded that the health system, due to its historical structure and functioning, can no longer meet the specifics and needs of consumption. This necessitated a change in the method of financing hospitals. Along with continuing budget funding on a retrospective basis, the clinical paths that were perceived as the most appropriate method for NHIF to negotiate a qualitative hospital product were identified as a step-by-step approach to the Case-Mix approach of the diagnostically related groups.

In Bulgaria, the clinical paths with diagnostic and therapeutic algorithms included in them were developed in 2000-2001. with the assistance of Australian consultant Don Hindle. For the first time, clinical pathways were negotiated and included in the National Framework Contract in 2001.

Initially, clinical pathways appear in response to targeted efforts to curb the rise in hospital costs. Subsequently, the development and implementation of clinical pathways has enabled healthcare professionals to limit the unjustified variety of hospital procedures and research by standardizing workflows. Modern clinical pathways models are systematically and continuously improving activity rules with easily measurable results that serve to achieve the ultimate goals - improving quality, optimizing costs and increasing clinical efficacy.

Therefore, through the clinical pathway, the right people in the right place and at the right time, in the strictly defined order, take the necessary care precisely to those who need them in order to achieve the best result for the given patient.

Key words: hospital funding; clinical paths; diagnostically related groups

АНАЛИЗ НА БОЛНИЧНОТО ФИНАНСИРАНЕ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Яна Кашилска; Атанас Петков*

Медицински Университет София, Факултет по Обществено здраве; Медицински Университет
Пловдив, Медицински факултет*
1527, София, България, iana_kashilsk@abv.bg; 4000, гр. Пловдив, България, petkov.md@gmail.com

Резюме:

В процеса на реформиране на болничният сектор в България през 2001г. беше направен извод, че здравната система поради исторически обусловеното си структуриране и функциониране вече не може да отговори на спецификата и нуждите на потреблението. Това наложи промяна в метода на финансиране на лечебните заведения за болнична помощ. Наред с продължаващото бюджетно финансиране на ретроспективен принцип, като най-подходящ метод за договаряне от страна на НЗОК на качествен болничен продукт бяха определени клиничните пътеки, които се възприемаха, като преходна стъпка към Кейс-микс подхода на диагностично свързаните групи.

В България клиничните пътеки с включени в тях диагностично-лечебни алгоритми се разработиха през 2000-2001г. със съдействието на австралийския консултант Дон Хиндъл. За първи път клинични пътеки са договорени и включени в Националния рамков договор през 2001 година.

Отначало клиничните пътеки се появяват в отговор на целенасочените усилия за овладяване на нарастването на болничните разходи. Впоследствие разработването и прилагането на клиничните пътеки е дало възможност на здравните специалисти да ограничат необоснованото многообразие от болнични процедури и изследвания чрез стандартизиране на работните процеси. Съвременните модели на клинични

пътеки представляват систематизирани и непрекъснато подобряващи се правила за дейност с лесно измерими резултати, които служат за постигане на крайните цели - подобряване на качеството, оптимизиране на разходите и повишаване на клиничната ефективност.

Следователно, чрез клиничната пътека подходящите хора на подходящото място и в точното време оказват по строго определен ред необходимите грижи именно на онези, които се нуждаят от тях, за да се постигне най-добрия за дадения пациент резултат.

Ключови думи: болнично финансиране; клинични пътеки; диагностично свързани групи

Въведение:

Необходимо е да се разгледат основните контексти на демографските показатели, пазара на труда, икономиката и работата на системата на здравеопазването, които са необходими за очертаване на рамка за обсъждането на финансирането и функционирането на здравеопазването в България.

Финансирането на здравеопазването и системата на здравни реформи в България до този момент са пример за отдалечаването от съветския модел на Семашко. В този модел универсалното осигурително покритие беше предоставено, чрез държавни национални здравни услуги, финансирани чрез общи приходи. Лекарите и други здравни работници получаваха заплати като държавни служители, болниците получаваха глобални бюджети, а частната практика и частното осигуряване бяха забранени.

С течение на времето България постигна напредък към по-плюралистична система на здравеопазването на основата на социален модел на здравното осигуряване [5, 6].

Цел:

Нашето проучване има за цел да проучи как действа българската система за финансиране на болничното здравеопазване и какви резултати постига.

Материали и методи:

Лечебни заведения обхванати в проучването са: УМБАЛ „Св. Георги“, ЕАД - гр. Пловдив; КОЦ – Пловдив; „СБР - НК“, ЕАД - гр. Баня; „СБР - НК“, ЕАД - гр. Хисар; „СБР - НК“, ЕАД - гр. Павел Баня

В проучването е използван аналитичен подход за оценяване работата на системата на здравеопазването на основата на международно приети цели и задачи. По-точно световно приетата таксономия за здравеопазните системи, разработена от Световната здравна организация и Световната банка, която идентифицира генерирането на ресурси, стопанисването и предоставянето на услуги, като ключови функции и фокусира вниманието си върху подобряване на резултатите в здравеопазването; осигуряване на финансова защита и отзивчивост към потребителите по: равнопоставен, ефикасен и устойчив начин.

Резултати:

При проучване българската система за финансиране на здравеопазването и постигнатите резултати е важно да се разгледат три основни аспекта:

1. Модела и финансовата рамка на здравеопазната система в Република България.
2. Начините на управление и финансиране на НЗОК - актюерен модел на НЗОК.
3. Покупателните услуги на НЗОК в болнична помощ.

Модел и финансова рамка на здравеопазната система в Република България.

През 1999 г. беше създадена НЗОК. От тогава тя е най-големият купувач на здравни услуги в България и е сравнима с много „обществени здравноосигурителни фондове“ в ЕС.

Според Закона за здравното осигуряване, всички българи подлежат на задължително здравно осигуряване. Самонаетите лица самостоятелно, а работодателите и служителите съвместно, внасят 8% от трудовите си доходи. Големи социални групи: деца, студенти, пенсионери, хора с увреждания, безработни, социално слаби и др. се осигуряват от държавата. Системата постига значително преразпределяне между поколенията, а именно от населението в работоспособна възраст към по-младите и по-възрастните групи.

Осигурените имат право да получават „медицинска грижа в рамките на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК“. Наредби на МЗ уточняват съдържанието на здравноосигурителния пакет. НЗОК използва широк спектър от платежни методи, за да се разплаща директно с доставчиците на здравни грижи. Разходите, направени от болниците се възстановяват въз основа на пакетни плащания от типа „такса за услуга“, наречени клинични пътеки. На общопрактикуващите лекари се плаща на база комбинация от брой пациенти и „такса за услуга“. На амбулаторните специалисти, лабораториите и зъболекарите - на база „такса за услуга“.

След присъединяването си към ЕС през 2007 г. България не успя да догони страните от ЕС-15, независимо от известното сближаване в доходите за периода. Тя дори изостана от страни, пред които беше в миналото. В по-глобален мащаб сегашните показатели за средната продължителност на живота и продължителността на живота, коригирана с отчитане на инвалидността (DALY-стойности) на глава от населението сочат средни до над средни стойности в сравнение с други страни със сходни равнища на доходи и изразходване на средства за здравеопазване на глава от населението [10]. Изоставането е резултат отчасти от слабия напредък в работата, свързана с незаразните болести, основни причини за смъртността и заболяемостта в България: Ишемична болест на сърцето; Инсулт; Белодробен карцином; Хипертонично сърдечно заболяване; ХОББ; Други сърдечносъдови заболявания; Инфекции на долните дихателни пътища; Колоректален карцином; Цироза; Пътнотранспортни травми; Диабет [16].

През 2012 г., за здравеопазване в България са похарчени около 6,3 млрд. лв., което представлява 8% от БВП. Приблизително 51% от общите разходи са били публични, от които около 80% са изплатени през НЗОК. Остатъкът от 49% са основно допълнителни разходи, направени от пациентите. Допълнителните плащания са единственият най-голям източник както на приходи, така и на разходи в системата на здравеопазване, в размер на 47% от общите разходи през 2012 г. Вторият по големина е НЗОК, която официално и организирано „се разпорежда“ с 40% от общите разходи за здравеопазване [3, 13].

При сравнение с държави със съпоставим доход, общите разходи за здравеопазване в България са над средните, а публичните разходи са на средно ниво. България харчи 12% от своя държавен/публичен бюджет за здравеопазване - малко над средното ниво в световен мащаб, предвид своя доход. Въпреки това, за своите нива на доходи и разходи за здравеопазване, резултатите на България в сферата на здравеопазването са около средните и не са се подобрили във времето до стойностите, установени в съседните държави. Въпреки че разполагаме с повече болнични легла и здравни работници от другите държави със съпоставими доходи и разходи за здравеопазване, системата за осигуряване на здравна грижа в България е все повече насочена към болниците, без добро таргетиране към преобладаващата и нарастваща тежест на незаразните болести [14].

Освен това, България определено изостава, когато става въпрос за допълнителни плащания и е далеч от спазването на критерия на СЗО за адекватна финансова защита, който определя за допълнителните плащания таван от 15-20% спрямо общите разходи за здравеопазване. С течение на времето, ситуацията дори се влошава забележимо [15].

Нито услуги в първичната помощ, нито дейности по здравна промоция, изглеждат подходящо подготвени за профилактика, диагноза или управление на тези условия. Проучването на изразходването на публични средства в различни страни сочи, че България изразходва сравнително повече за стационарни услуги и същевременно сравнително по-малко за извънболнична помощ [4, 8].

Капацитетът на болниците и данните за хоспитализациите са над средните стойности, когато България се сравнява с други страни със сходни равнища на доходи. Анализ на процентите на хоспитализациите в България от 2013 г. показва, че поне 20% от процедурите, извършвани на стационарна основа, биха могли да се извършат в доболнични условия [7]. Сегашното използване на човешки ресурси не поддържа силен сектор на първична помощ, който може да лекува незаразни болести. Липсата и недостига на лекари и медицински сестри в България е над тези на страните от ЕС-15 и страни със сходни доходи [11, 12]. Здравните работници също бързо застаряват и емиграцията сред младите здравни професионалисти е често срещано явление, а само 5% от ОПЛ са квалифицирани в сферата на семейната медицина.

Начин на управление и финанси на НЗОК. Актюерен модел на НЗОК.

Докато практически всички осигурителни фондова предприемат проучвания за оценка на тяхната актюерна солидност, нито НЗОК, нито които и да е други правителствени агенция в България, не извършват такива анализи. Актюерната солидност се установява, когато „прогнозираните премии, взети заедно, включително и очакваните парични потоци от повторно осигуряване, парични потоци от правителството с корекция за риска и доходи от инвестиции, са адекватни, за да осигурят всички очаквани разходи, включително здравните ползи, разходите за уреждане на здравните ползи, маркетингови и административни разходи и цената на капитала“ [9].

По-скоро като част от процесите, свързани с годишния си бюджет МФ определя таван за разходите на НЗОК на основата на изразходваните средства през предшестващата година и макропруденциалната рамка за страната, предназначена да изравни разходите на НЗОК с наличните им приходи. Недостигът се урежда или чрез допълнително разпределение на бюджета (както става от 2014 г. до момента) или чрез имплицитно въвеждане на квоти, което ще има въздействие върху доставчиците, чрез дефицити и/или върху потребителите, чрез определяне на квоти за услуги. Не се извършват анализи на основните тенденции при приходите и разходите или на факторите, които ги причиняват и как ще се проявят те вероятно в бъдеще. Няма и оценка на дългосрочната платежоспособност и финансова устойчивост на НЗОК, включително на нейното общо управление на фискалната политика. НЗОК и правителството в по-общ план имат ограничения в способността си да управляват стратегически близо 40% от всички изразходвани средства за здравеопазване, 10% от бюджета на правителството и над 3% от БВП. Бюджетът на НЗОК е ревизиран два пъти през 2014 г., като окончателните резултати не са налични и към този момент. Прогнозите твърдят, че приходите нарастват с по-бавен темп от разходите, направени за лекарства в аптечната мрежа и ЛЗБП.

Разбирането на актюерната солидност на НЗОК е необходима, както за диагностиката на системата на здравеопазването, така и за разработването на реформи в сектора. Ние изготвихме актюерен модел анализиращ тенденции в основните променливи, които определят нарастването

на разходите и приходите на осигурителната схема, така и приноса им за фискалния баланс на правителството.

Разходите и приходите на НЗОК се определят от размера и състава на осигуреното население, пакета ползи, структурите на разходите по възраст и пол в резултат от предоставянето на съществуващия пакет, използваните механизми за заплащане на доставчиците, работната заетост и тенденциите в работната сила, както и фискалната и социалната политика на правителството. Това усилие предполага да се вземат предвид прогнозите за макроикономическите показатели: доход, работна заетост, цени, БВП и т.н.

Актоерният модел прогнозира, че разходите на НЗОК биха могли да се увеличат от 3,6% от БВП през 2013 г. (2780 милиона лв.) на 4,3% през 2020 г. (4375 милиона лв.) - увеличение от 0,7 процентни пункта от БВП. Същевременно приходите ще се намалят от 3,6% от БВП (2788 милиона лв.) на 3,4% от БВП (3469 милиона лв.). Абсолютното увеличение е с 681 милиона лв. През 2020 г. това ще доведе до дефицит във финансирането на НЗОК от 0,9 процентни пункта от БВП (906 милиона лв.). Този дефицит отразява „*ceteris paribus*“, влошаване от 0.9 процентни пункта във фискалното положение на Р. България през 2020 г. Освен това Международния валутен фонд (МВФ) прогнозира, че до 2050 г. публичните разходи за здравеопазване ще се увеличат с 3,2% от БВП - сума, равна на 6,8% от настоящия БВП на България [17].

Разходите на НЗОК ще се увеличат от 9,5% от всички разходи на правителството през 2013 г. до 11% през 2020 г. - 1,5% увеличение, потенциално измествачи други приоритети в разходите на правителството. Тези числа също предполагат, че няма други непредвидени увеличения от други компоненти при изразходването на средства от правителството за здравеопазване. Ако правителството желае да компенсира това нетно влошаване на фискалния си баланс, тогава ще трябва да бъдат орязани други несвързани с НЗОК здравни програми на правителството и/или други държавни програми, ще трябва да се увеличат приходите и/или ще трябва да се открие повишаването на ефикасността на разходите в сектора на здравеопазването или в друг публичен сектор.

Прогнозира се да се увеличат общите изразходвани публични средства за здравеопазване от 4,5% от БВП през 2013 г. (3540 милиона лв.) на 5,3% през 2020 г. (5379 милиона лв.) - увеличение от 0,8 процентни пункта от БВП в дела на общественото здравеопазване. Общите изразходвани публични средства за здравеопазване ще се увеличат от 12,1% от бюджета на правителството през 2013 г. на 13,6% от бюджета на правителството през 2020 г. - увеличение от 1,5% (1839 милиона лв.), което още повече изостря фискалния натиск върху общия бюджет на правителството.

В крайна сметка правителството е в състояние да контролира този дефицит, като стриктно налага таваните, като намалява или ограничава ползите - имплицитно или експлицитно. С други думи дефицити може никога да не се материализират. Моделът подсказва обаче, че определеното фискално управление на потенциални заплахи за държавното финансиране вероятно е една от движещите сили на бързото нарастване на частните разходи през последните няколко години. Моделът просто откроява основните движещи сили, които действат и остават недостатъчно управлявани. Може би е напълно възможно да се поддържа стриктно фискално правило и да се слага таван на публичните разходи, но това най-вероятно ще доведе до по-нататъшно отместване по посока на плащане със собствени средства, по-нататъшно увеличения на бедността и намаляваща финансова защита [1, 2].

С други думи, през следващите години се очаква дефицит, който би могъл да достигне 0,9% от БВП през 2020 г. Компенсацията на този спад ще изисква оряване на здравните програми

извън НЗОК и/или други публични разходи, увеличаване на приходите, или прилагане на реформи за подобряване на ефикасността както в здравеопазването, така и в други публични сектори. Предвид прогнозите за бавен растеж в България, съществуващите инвестиции в здравеопазване и цялостния натиск върху публичните финанси в следствие на конкуриращи се приоритети, както и на застаряването на населението, подобряването на ефикасността изглежда е основната възможност за генериране на бъдеща фискална среда. Подобни подобрения могат да бъдат потърсени в покупателните процедури за услуги и лекарства на НЗОК, рационализиране на съдържанието на здравноосигурителния пакет въз основа на критерии за рентабилност и финансова защита, както и по-добър контрол върху финансовите лостове и лостовете за клинични политики, които оказват въздействие върху разходите. Докато съществуващите механизми за управление на разходите остават без необходимото управление, би могло да се окаже трудно да се поддържа стриктна фискална позиция. От друга страна, дори ако въвеждането на тавани за бюджета на здравеопазването бъде успешно, то най-вероятно ще доведе до допълнителни измествания в посока към допълнителни разходи, продължаващо засилване на бедността и намаляване на финансовата защита.

Покупателни услуги на НЗОК в болнична помощ

Има редица причини, при които системата за договориране и заплащане на болничните лечебни заведения допринася за продължаващите проблеми.

1. Парите, следват пациента: На ЛЗБП се заплаща такса в пакет за услуга – КП. Те са силно стимулирани да приемат все по-голям брой пациенти. По принцип за ЛЗБП има тавани за обема, които би трябвало да ограничат броя постъпващи пациенти. На практика, след изразходване на отпусканият бюджет, болниците продължават да предлагат услуги и подават отчет към НЗОК за допълнително финансиране, което обикновено получават.

2. Задълженията на НЗОК: НЗОК не може да откаже да сключи договор с никоя болница, одобрена от МЗ, независимо от това дали НЗОК счита предлаганите от здравното заведение услуги за уместни и/или необходими. НЗОК не може да се възползва от добре документирани предимства на селективното договориране, с което броят на здравните заведения и легла продължава да расте.

3. Липса на хоспитализационни критерии: В България липсват стандартни критерии за прием в ЛЗБП, здравните заведения приемат всеки и всички видове пациенти. Пациентите могат сами да се насочат към съответното спешно отделение, за да бъдат хоспитализирани. Не съществуват нито правила, нито стимули, които да насърчават пациентите да търсят медицинска помощ в по-икономичните и по-подходящи условия на доболничната помощ. В повечето случаи постъпването в болница води до по-ниски плащания със собствени средства за пациента, както и минимално или никакво чакане за тестове и процедури.

4. Цените на клиничните пътеки: Начинът, по който са били операционализирани клиничните пътеки, е довел до редица други неефикасности. Списъкът на КП и техните цени се договарят всяка година, с течение на времето се въвеждат нови, често с по-висока стойност КП, чрез разделянето на КП на ко-пътеки и/или чрез създаване на нови. Системата на преговорите не е прозрачна. Промените често изглеждат да са въведени, за да се „облагодетелства” конкретна специалност; конкретни здравни заведения или да се ограничи конкуренцията в конкретен пазарен сегмент. Не са предприети мерки, за да се гарантира, че относителната стойност на КП отразява ефикасно себестойността на ресурсите в клиничната практика.

5. Алгоритмите на клиничните пътеки: изискват наличието на известни равнища на входните данни на пациента за предоставянето на известен вид услуги и минимален болничен

престой, с което финансовата част на лечението се натовазва излишно. Т.е. изискванията диктуват какви медицински грижи следва да бъдат предоставени и как, независимо от това дали отговарят на най-добрите интереси на пациента. Това е източник на разхищения и обикновено подронва стимулите за ефикасност и качество. С КП може лесно да се лавира, тъй като именно болниците и лекарите подбират КП за всеки болничен престой. Лекарите знаят точно кои изисквания следва да бъдат изпълнени за максимално заплащане на КП и те разполагат с всякакви стимули да преместват пациенти в по-високоплатени КП.

6. Необхватност на всички заболявания и консумативи при стационарното лечение на клиничните пътеки: доставчиците извличат значим дял от доходите си от индивидуални пациенти, които плащат цената в неограничената система такса за услуга, което разводнява въздействието на НЗОК.

7. Липса на доверие в доболничната система: населението няма много доверие на по-ниските равнища на медицинска помощ. В системите на първичната и извънболничната помощ липсва достоверна рамка на осигуряване на качеството

Заклучение:

Настоящата система на здравеопазването в България изглежда недостатъчно подготвена да посрещне настоящите и бъдещите си потребности. Предвид скоростта и размера на прогнозираните демографски и епидемиологични преходи, основните неефикасности в сегашната система на здравеопазването и пълната с предизвикателства бъдеща икономическа ситуация в България. Явно са наложителни съществени реформи в българската система на здравеопазването.

Административните правила и нормативната уредба, вградени изисквания за практиката, преговори за цени и неприлагане на таваните на разходите заедно създават масивни изкривявания и неефикасности в системата на здравеопазването. В действителност предоставянето на помощ се управлява от негъвкави елементи на входните параметри, а не от клинично определени норми и методи, основани на резултати. В резултат доставчиците на всяко равнище на помощ се фокусират върху постигане на максимални приходи, а не лекуване на техните пациенти в най-подходящите условия.

Библиографско описание:

1. Борисов, В., „Здравен мениджмънт с основи на здравната политика”, С., изд. Филвест, 2003
2. Генов С., Комитов Гл., „Мениджмънт на ресурсите – приоритет на здравната реформа”, С., изд. ГорексПрес, 2009
3. Годишен отчет на НЗОК за 2003, 2004, 2006, 2007 и 2009г.
4. Златанова Т., Златанова – Великова Р., Първичната извънболнична медицинска помощ – проблеми и перспективи., София, Дидакта Консулт 2008
5. Златанова Т., Петрова – Готова Ц., Попов Н., Щерева Д., Янева Р., Въведение в икономическите знания., ГорексПрес., София, 2016
6. Златанова Т., Петрова – Готова Ц., Попов Н., Щерева Д., Янева Р., Икономика на здравеопазването., ГорексПрес., София, 2017
7. Маркова К., Златанова Т., Петрова - Готова Ц., Воденичарова А., Методологични подходи за икономическа оценка в здравеопазването., ГорексПрес., София, 2015
8. Петрова З., Чамов К., Гладилев Ст., “Качеството в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции“, С., изд. Health media group, 2008

Science & Technologies

9. American Academy of Actuaries, Actuarial Soundness, American Academy of Actuaries, Washington, D.C., May 2012
10. Atanasova, E., Pavlova, M., Moutafova, E., Rechel, B., & Groot, W. (2013). “Informal payments for health services: the experience of Bulgaria after 10 years of formal copayments”. The European Journal of Public Health, ckt165
11. Clements, Benedict; Gupta, Sanjeev; and Shang, Baoping. “Bill of Health”. Finance and Development, IMF, December 2014
12. Coady, David; Francese, Maura; and Shang, ‘Baoping.’”The Efficiency Imperative”, Finance and Development, IMF, December 2014
13. Dimova A. Rohova et al., “Bulgaria: Health System Review”, European Observatory, 2012.
14. National health accounts 2011 Retrieved from http://www.ncpr.bg/images/News/Tariff%20on%20the%20fees_exerpt_GS.pdf
15. Open Society institute (2009) Health Uninsured individuals and Health Insurance in Bulgaria
16. Todorova, Rumanya and Salchev, Petco. “Challenges and Alternatives to the Health Insurance Model in Bulgaria”, PPT, Sophia Bulgaria, 2014
17. World Bank (2013). Mitigating the Economic Impact of an Aging Population. Options for Bulgaria. World Bank: Washington, D.C. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/09/18262916/mitigating-economicimpact-aging-population-options-bulgaria>