

СЕБЕСТОЙНОСТТА КАТО ПРЕДПОСТАВКА ЗА ФОРМИРАНЕ НА ЦЕНАТА НА МЕДИЦИНСКАТА УСЛУГА

Любомира Коева-Димитрова

Медицински университет „Проф.д-р П. Стоянов“ Варна, Факултет „Обществено здравеопазване“, Катедра „Икономика и управление на здравеопазването“, гр. Варна, 9002, България, ул. “Марин Дринов“55, e-mail: lubomira@yahoo.com

THE COST PRICE OF MEDICAL SERVICES AS A BASIS FOR PRICE FORMATION IN THE HEALTHCARE SECTOR

Lyubomira Koeva – Dimitrova

Medical University of Varna, Faculty of Public Health, Healthcare Economics and Management Department, 55 “Marin Drinov” Str., 9002 Varna, Bulgaria, e-mail: lubomira@yahoo.com

ABSTRACT

A major problem for health managers, insurers and policymakers is adequate pricing for delivery of health services. In the Public Health sector, the Cost Price is often equal to the price, as is generally, not set margin.

Objective: To present what is the relationship between the calculated cost price of medical services in Bulgarian hospitals and the subsequent determination of the reimbursement price paid by National Health Insurance Fund.

Key words: Cost Price, Calculation, Medical Services, Hospital, Pricing, Reimbursement, National Health Insurance Fund

Въведение

С навлизането на пазарните отношения в сферата на здравеопазването, определянето на адекватна цена за доставката на здравни услуги се превърна в основен проблем за мениджъри, застрахователи и политици. В здравеопазването, от една страна здравните мениджъри целят да покрият общите производствени разходи, за да осигурят финансовото оцеляване на своите организации. В частния сектор, здравните мениджъри имат още за задача да осигурят нарастване на приходите, което да гарантира печалба за собственици, кредитори и други финансови партньори. От друга страна, здравноосигурителните и застрахователни компании, и държавата, които до голяма степен финансират здравния сектор, се опитват да контролират нарастването на националния здравен бюджет, за да постигнат ефективно използване на обществените ресурси. Ето защо, цените в здравния сектор имат по-различно значение от тези, наблюдавани при предлагането на търговски стоки и услуги. В общественото здравеопазване себестойността често е равна на цената, тъй като по принцип не се залага надценка.

Цел на доклада

Да се представи връзката между калкулираната себестойност на медицинските услуги в българските болници и последващото определяне на реимбурсната цена, заплащана от НЗОК.

Използвани методи

Сравнение, описание, исторически метод, индукция и дедукция, анализ и синтез, моделиране.

Материали

Нормативни документи, икономически анализи, счетоводната практика в болници на територията на градовете: Варна, Добрич и Балчик, Съвместна методика на НЗОК и БЛС за определяне на цени по клинични пътеки.

Резултати и обсъждане

Както е известно, целта на калкулирането се свежда до определяне на себестойността на готовата продукция или услуга. *Себестойността на медицинските услуги*, изразява в парична форма, размера и вида на извършените през даден период разходи за тяхното оказване, и е основа за определяне на тяхната цена.

В нормативната уредба, себестойността се дефинира като: "оценката на произведените (създадените) в предприятието активи, в която не се включват административните разходи, разходите за продажби, финансовите и извънредните разходи."¹ Себестойността може да бъде определена и като: „Сумата на всички разходи по закупуването, преработката, както и други разходи, направени във връзка с доставянето им до тяхното настоящо местоположение и състояние"², както и като: "стойността на употребените материали, разходите за преработка и другите разходи, свързани с производството на съответната продукция".³ От тези определения, можем да заключим, че се дефинира т.нар. „производствена“ себестойност.

Според Бойчинка Йонкова⁴, съдържанието и структурата на себестойността се обуславят от прилаганите различни подходи за калкулиране. Същевременно, те са зависими до голяма степен от информационните потребности на управлението при конкретни условия и за определени цели.

Последователността, на включване на разходите, при прилагане на подхода за калкулиране при пълно разпределение на разходите, обуславя формирането на различни видове себестойност, включващи различен състав от разходи. Видовете себестойност, съобразно обхвата на разходите са представени в Таблица 1.

Таблица 1 Видове себестойност по обхват на разходите⁵

Обхват на разходите	Вид себестойност
Основни (технологични) производствени разходи	Технологична себестойност
Допълнителни (общопроизводствени) разходи	Производствена себестойност (съкратена, непълна)
Управленски разходи	Пълна себестойност
Разходи за продажба	Търговска себестойност

По отношение на болниците можем да обобщим, че следва да се калкулира както производствената, така и пълната себестойност, на произвежданите болнични продукти или услуги, тъй като се използва като база при ценообразуване и реимбурсация. От направените

¹ЗАКОН за счетоводството, Допълнителни разпоредби, §1, т. 4.

²МЕЖДУНАРОДНИ стандарти за финансови отчети. Приети с постановление № 207 от 7 август 2006 за приемане на МСФО, приети от комисията на Европейския съюз, в редакцията им към 01. 01. 2005 г., изготвени от съвета на МСС.

³НАЦИОНАЛНИ счетоводни стандарти за финансови отчети за малки и средни предприятия. София, Нова Звезда, 2005 г., с. 57.

⁴Йонкова, Б., Един подход за калкулиране не е достатъчен, сп. Български счетоводител, бр.17, 1999, с.19.

⁵Адаптирано по: Йонкова, Б., Един подход за калкулиране не е достатъчен, сп. Български счетоводител, № 17, 1999, с.21

проучвания се установи, че калкулирането на пълната себестойност, в болниците, се извършва по извънсчетоводен път. В общия случай се правят различни калкулации, за различни цели. Налице е разминаване в калкулираната себестойност на болничните, продукти от страна на лечебните заведения, използвана за целите на управлението и ценообразуването на болницата и тази, калкулирана от НЗОК, посредством използвания от болниците програмен продукт за калкулиране. Това е така, тъй като в програмния продукт, са заложили предварително различни бази и коефициенти за разпределение на разходите, често съвсем различни от тези, които болниците използват и т.н.

Всички разходи, имащи отношение към производството на болничния продукт, за съответния калкулационен период, следва да се включат в себестойността му. Съответно, разходите, които не са свързани с лечението, не следва да намират отражение, в неговата себестойност. Разходи, които нямат връзка с лечението на пациентите са например разходи за храна на персонала на болницата (имащи характер на социални разходи), разходи за лечение на персонала, разходи, свързани с оказване на медицински и немедицински услуги на амбулаторни пациенти (те не са свързани с лечението на стационарните пациенти) или на други лечебни заведения, разходи за обучение (на студенти, лекари, сестри и др.), разходите за изследователска дейност⁶, разходите за отдадени под наем активи и др.

Себестойността се установява, чрез прилагане на процедурите по калкулирането. В световната и българската счетоводна теория и практика са известни, различни видове калкулации, както и модели на калкулиране, обусловени от методите на калкулиране⁷.

В методиката за отчитане на разходите, калкулиране на себестойността на медицинската услуга и определяне на цени по клинични пътеки (КП) е посочено, че НЗОК, определя цените на КП на база на осреднени стойности за разходите на всички ЛЗБП на исторически принцип. В здравния сектор, производствения процес на болничните продукти е добре познат и описан, а алгоритъмът за лечение и необходимите задължителни изследвания и процедури за дадена диагноза (заболяване) е стриктно регламентиран с т.н. клинични пътеки (КП). Това би трябвало да е предпоставка за една сравнително точна калкулация. На практика, много външни фактори влияят върху изменението на сумата на разходите. Такива са не само икономическите фактори, свързани с инфлационни процеси (повишаване на цените на лекарствата, консумативите и т.н.), но и демографски (влошена възрастова структура, застаряващо население, миграция), социални и здравни (обедняване на населението, влошена грижа за собственото здраве, невъзможност за плащане на лекарства и т.н., които водят до влошено здраве), етични (не може да се откаже спешна помощ, дори на неосигурени пациенти, лечение на неосигурени и т.н., при което разходите остават за сметка на болницата) и т.н. По отношение на разходите, които се предвиждат и правят по КП, редица ЛЗБП, отчитат като слабост, задължителното извършване на набор от изследвания и процедури за диагностиката и лечението на дадена диагноза. Аргументът им е, че заболяването има различни клинични симптоми и изява при различните пациенти и не всички от задължителните предписания са необходими във всички случаи. Това води до излишни разходи за ненужни изследвания и процедури и ограничаване на професионализма

⁶ Закон за лечебните заведения, Чл. 99. (1) В стойността на оказаните медицински услуги не се включват разходи за обучение на студенти, специализанти и докторанти, за продължителна квалификация, както и за научни изследвания. (2) Разходите по ал. 1 са обект на отделно договаряне между възложителя и лечебното заведение.

⁷ Вж.: БОЙЧЕВ, Б. П. Индуриални калкулации и тяхното счетоводно изображение. Варна, "Войников", 1937; ГЕОРГИЕВ, А. П. Калкулация на индустриалното производство. София, "Братя Миладинови", 1941; РАНКОВ, Васил. Разноските от гледище на калкулацията. Принос към проучване калкулационната същност на разноските. Свищов, 1947; ТРИФОНОВ, Т. Съвременни направления в развитието на теорията за калкулацията на себестойността. В: Трудове на ВИИ "К. Маркс". Кн. 1. София, 1981 и др.

на лекарите. НЗОК не заплаща дадена клинична пътека, ако не са спазени всички заложи изисквания за съответната КП – извършване на определен брой изследвания и процедури, пролежани дни болничен престой и т.н. Това означава, че ако на 10-ия ден болният все още не е излекуван, а според КП би трябвало да бъде, той трябва да напусне болницата, за да не губи ЛЗБП. В противен случай, ако болният не е излекуван, след изтичане на срока за лечение по КП, всички разходи за допълнителните дни болничен престой ще са за сметка на болницата. Проблем са и преждевременно напусналите пациенти, за които НЗОК не заплаща. Промяната от 2011 г., предвижда такива пациенти да заплащат лечението си, но най-често това са хора с ниска здравна култура, социално слаби и неплатежоспособни. Ето защо планирането на разходите в ЛЗБП е с голяма доза условност. Планирането на обема и вида на дейностите в болниците е необходимо условие за заплащане от страна на НЗОК.

От направеното от нас изследване, се установи, че на практика в повечето болници не се извършва планова калкулация на себестойността на оказаните медицински услуги, а само фактическа калкулация. Плановата калкулация се прави от НЗОК, във връзка с установяване на необходимите средства за заплащане на планирания обем и вид дейности в ЛЗБП. Всъщност, става дума за калкулация на планираните разходи, които НЗОК ще заплаща на дадена болница, която се извършва не на база на реалните, отчетени счетоводно разходи, а на база на определените в Националния рамков договор (респ. Договор с ЛЗБП) "цени" на клиничните пътеки и високо специализираните дейности. Известно е, че цените, по които НЗОК, заплаща за голяма част от клиничните пътеки и високо специализирани дейности, не покриват пълната им себестойност.

Анализът на публикуваната статистическа информация от НЗОК⁸, показва, че на равнище лечебни заведения, средствата се управляват неефективно и съществуват големи диспропорции. Част от клиничните пътеки (КП) са "подценени", а друга – "надценени", като стойността им не е обвързана с тежестта на заболяването, придружаващите заболявания и качеството на предоставеното лечение. На национално среднопрегленото равнище, разходите на лечебните заведения, надвишават с 20 на сто реимбурсните цени, но докато за университетските болници това превишение е 50 на сто, то в общинските болници средните разходи са съответно 0,76 от реимбурсната цена.

Причините за вариациите, в разходите на различните болници са много. В университетските болници, обикновено се лекуват най-тежките, комплицирани случаи, като се използват високи технологии, скъпоструваща техника и апаратура, и работят най-добрите специалисти, които са утвърдени имена в своята област – доценти и професори, заплащането на които естествено е по-високо от средното. По-големият обем работа, в съчетание с по-голямата сложност и по-тежка патология (изискващи повече разходи за лечение), с добавка на по-високи разходи за апаратура и заплати, резонно води и до по-високите общи разходи на университетските болници в сравнение с областните и общинските.

Между 80 и 100%, от приходите от основната дейност на болниците са от НЗОК. Всички болниците, получават еднакво заплащане за лечението на дадена диагноза по КП, независимо от качеството на лечението, усложненията, съпътстващите заболявания и вложения труд. По този начин, големите болници, в които се лекуват най-тежките случаи, трупат задължения от милиони левове (видно и от таблица 18.), докато малките клиники, с по-ниско качество на медицинското обслужване – печелят. Като причина за това, същите автори, посочват непълното и неточно остойностяване на КП, при което две трети от КП, са недофинансирани, а една трета генерира излишъци. В големите болници, загубите частично

⁸ www.minfin.bg/document/8681:1. Анализ на прогнозните обеми, цени и методики за остойностяване на дейностите и услугите в болничната помощ, 2010, с.3

се компенсират, с излишъците, като средствата, спестени, от определени КП се използват за дофинансирането на други.

На практика, на болниците се заплаща по фиксирани цени за КП, съгласно сключен договор с НЗОК, чрез РЗОК. Според експерти, в цената на някои КП не се включват определени разходите, напр. за междинните продукти, които са консумирани (т.н. вътрешна консумация на ресурси), като консумативи, лекарства, режимни разходи, труд на персонала, храна и т.н. Остойностяване на всички разходи за лечението се налага да правят мениджърите на болниците, за да придобият по-ясна представа за реалната себестойност, за да могат да я сравнят със заплащаната цена от НЗОК и да могат да установят разликите (отклоненията) между тях.

В хода на нашето проучване се установи, че за някои клинични пътеки (напр. кардиологичните и кардиохирургичните клинични пътеки), цената, заплащана от НЗОК покрива пълната себестойност на проведеното лечение. В областта на акушеро-гинекологията, както и в болницата по детски болести, например, се оказва, че цената покрива само разходите, свързани с лечението (медикаменти и консумативи; възнаграждения на медицински персонал), диагностиката и лабораторните изследвания. Разходите за администрация и управление, както и разходите за храна, електроенергия, вода, охрана и др. не се реимбурсират. В изследваните частни специализирани болници (АГ и детска), проблемът е решен като е въведен ценоразпис за леглоден (различни цени за стая с 3 легла, за стая с 2 легла, за самостоятелна стая), както и допълнителни болнични услуги, като напр. избор на екип, VIP стая, кетъринг и др. подобни. Тези допълнително заплащани от "джоба" на пациента услуги и цени за леглоден, покриват остатъка от себестойността на болничното лечение на дадения пациент.

Този проблем съществува и в публичните болници за активно лечение. В многопрофилните БАЛ, които работят по почти всички КП (за разлика от специализираните), по-високите цени, на някои КП компенсират по-ниските цени на други КП. Освен това, в различните болници, е въведено заплащане за различни допълнителни услуги. Напр. в МБАЛ "Св. Марина", Варна, пациентите заплащат храната на външно предприятие за кетъринг. Отделно се заплаща за ползване на телевизия, за VIP стая, за прием по желание, за избор на екип и т.н.

Налага се извода, че въпреки че НЗОК, разполага с цялата информация за действителната, реална себестойност на всички КП, само една част от тях са заплатени по цени, покриващи пълните разходи за тяхното "производство". Тук възниква въпроса "Защо?". Отговорът на този въпрос е свързан с начина за определяне на цени на КП в България, който се осъществява посредством тяхното договаряне между НЗОК и Българският лекарски съюз. Друга причина, според нас е и факта, че ръководителите на ЛЗБП или техни представители, напр. Асоциацията на болниците в България не участват в процеса на договаряне. Освен това, ръководствата на болниците, нямат реална представа за себестойността на база основни производствени разходи и пълната себестойност на произвежданите болнични продукти. Не се позовават на точни и обективни счетоводни данни, поради неточно отчитане на разходите и неточно калкулиране на себестойността. Рядко се правят планови или отчетни калкулации, съобразени с научно-методическите достижения на световната наука и практика.

В резултат на нашето изследване се очертаха още и следните по-съществени проблеми:

- Налице е несъвпадение между произвеждания (лечение на преминал болен) и заплащания продукт (договорена изпълнена клинична пътека) от НЗОК. Това води до несъответствие между калкулираната себестойност на дадено лечение на конкретен пациент или група пациенти и цената, която НЗОК заплаща за изпълнението на договорената клинична пътека, по която се лекува пациента. От управленска гледна точка е важно да се съпоставят реалните, пълни разходи за лечението на пациента с разходите, които се

възстановяват от НЗОК (приход за съответната болница). Това обстоятелство налага в болниците освен себестойност на лечение на преминал пациент, да се изчислява допълнително и себестойност на клинична пътека, което на практика рядко се извършва. Налице е разминаване в калкулираната себестойност на болничните продукти от страна на ЛЗБП за целите на управлението и ценообразуването на болницата и тази, калкулирана от НЗОК, посредством използвания от болниците програмен продукт за калкулиране за целите на финансирането и реимбурсацията.

- Проблем при пълното и точно отчитане на всички разходи, формиращи себестойността на лечението на преминал болен, са онези разходи, които се заплащат от пациентите, във връзка с тяхното лечение и болничен престой, които не се отчитат от болничното счетоводство. Това от своя страна, води до непълна и недостатъчно точна калкулация на болничните продукти. По този начин, не е възможно, да се изчисли пълната себестойност на лечението, а оттам, да се определи и цената, която ще се формира, на база на себестойността на услугата. Сериозен проблем в България са и неотчетените по официален ред плащания.

Изводи и препоръки: В България липсва утвърдена методика, за определяне на реимбурсните цени на клиничните пътеки. Към настоящия момент, съществува практика, тези стойности да се договарят, между съсловните организации на лекарите и НЗОК. Това от своя страна доведе, до отсъствие на връзка между отчитаните разходи по КП от лечебните заведения и цената, която НЗОК заплаща.

Общият *извод*, който може да се направи, е че финансирането по клинични пътеки изисква ясна методика, която да отчита разходите на лечебните заведения, без да ги стимулира да увеличават хоспитализациите и съответно – разходите за болнична помощ. По този начин, ресурсът за болнична помощ, ще бъде по-адекватно разпределен по клинични пътеки и на дейности в болничната помощ.

Ето защо, като по-удачен инструмент за финансиране на болниците могат да се посочат Диагностично-свързани групи (ДСГ), при които цената се определя на база на пълната себестойност на лечението на един стационарен случай при общоболнично лечение, обхванат от системата ДСГ. Болниците ще получават стандартно заплащане, според броя на доставените диагностично-свързани групи. Този вид финансиране, спомага за ясното отчитане на дейността на лечебните заведения и за повишаване на икономическата ефективност в здравния сектор.