

ФИНАНСИРАНЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ – МЕЖДУНАРОДЕН ОПИТ

Румяна Янева¹, Тихомира Златанова¹, Цветелина Петрова-Готова¹,
Николай Попов¹

¹ Медицински университет – София, Факултет по Обществено здраве, 1527 София,
България, e-mail: yaneva.1968@abv.bg

HOSPITAL CARE FINANCING - INTERNATIONAL EXPERIENCE

Rumyana Yaneva¹, Tihomira Zlatanova¹, Tsvetelina Petrova-Gotova¹, Nikolai Popov¹

¹ Medical University – Sofia, Faculty of Public Health, 1527 Sofia, Bulgaria.
e-mail: yaneva.1968@abv.bg

ABSTRACT

Almost every country in the EU uses a method of hospital care financing combined with the so called global budgets on level hospitals.

Average value of the genuine expenditures of a patient in all or in representational extract from hospitals is used.

In some particular countries the valuation starts with capping of expenditures for hospital care after which, within the general expenditure limitation the means are distributed based on relative weight of each group/diagnosis.

An investigation on international experience for hospital care financing in contrast to the Bulgarian experience has been made.

Key words: hospital care financing, valuation, international experience, expenditures

Актуалност на проблема

В повечето страни важен източник на здравни услуги от особено важно значение остават болниците, тъй като те предоставят на населението както базова, така и високоспециализирана помощ. Болничната помощ поема около 20% от обема на медицинската помощ, а в някои страни от европейския регион – напр. България, Румъния и особено страните от ОНД, консумира около 70% от разходите за здравеопазване. Поради тази причина проблемът с финансирането на болничната помощ е много актуален и определя в значителна степен облика на цялата здравна система, посочва Гладилков (2008 г.). Налице е необходимост от фокусиране на здравната политика върху нови стратегии за заплащане, както и гарантиране пред обществото, че здравните грижи се предоставят с необходимото качество и ефективност.

Целта на настоящото проучване е преглед на международния опит за финансиране на болничната помощ за сравнение с българския.

Европейски практики в заплащането на болничната помощ

В международната литература се описват няколко стандартни подхода за оценка на ресурсите: 1) директно измерване на разходите; 2) счетоводни методи; 3) стандартни разходи за единица; 4) такси и/или пазарни цени; 5) оценки и екстраполации. Всеки един от тях има своите предимства и недостатъци и употребата им зависи от различни критерии – например целта на остойностяването, вида и сложността на здравните услуги, необходимата степен на точност, изискванията за генерализация и представителност, използваните методи на осчетоводяване от институцията и т.н. Най-същественият проблем в практическото решаване на въпроса с остойностяването е свързан с информацията – по какъв начин да се гарантира определено равнище на достоверност на информацията без цената по придобиването ѝ да надхвърля ползите. [1]

Таблица 1. Механизми на заплащане на болничната помощ в някои европейски страни и болнични разходи

Държава	Система на заплащане на болнична помощ с публични средства	Болнични разходи като % от общите разходи за здраве
Австрия	Заплащане за случай – ДСГ (47%) + ретроспективно реимбурсиране на разходи (48%)	38.8
Белгия	Заплащане на случай (45%) + заплащане за процедура (41%) + заплащане за лекарства)	31.2
Чехия	Проспективен глобален бюджет (75%) + заплащане на случай (15%) + заплащане за процедура (8%)	45.8
Дания	Проспективен глобален бюджет (80%) + заплащане на случай - ДСГ (20%)	46.2
Естония	Заплащане, базирано на случай	46.5
Финландия	Заплащане на случай - ДСГ	35.3
Франция	Заплащане на случай - ДСГ	35.0
Германия	Глобален бюджет и заплащане на случай - ДСГ	29.4
Унгария	Заплащане на случай - ДСГ	33.1
Люксембург	Проспективен глобален бюджет	33.4
Холандия	Регулиран глобален бюджет (80%) + заплащане на случай – ДСГ (20%)	37.0
Норвегия	Проспективен глобален бюджет (60%) + заплащане за процедура (40%)	38.2
Полша	Заплащане на случай - ДСГ	34.5
Португалия	Проспективен глобален бюджет	37.5
Словакия	Заплащане на случай - ДСГ	26.7
Словения	Глобални бюджети и заплащане на случай	41.6
Испания	Бюджетни параграфи (Line-item-budget)	39.8
Швеция	Заплащане на случай – ДСГ (55%) + глобален бюджет	46.9
Швейцария	Заплащане на случай – ДСГ (2/3 от кантоните) + глобален бюджет	35.1
Великобритания	Заплащане на случай – ДСГ (70%) + глобален бюджет (30%)	n/a

Източници: OECD Health Data 2010; Paris V, Devaux M, Wei L. OECD Health Working Papers No. 50, Health Systems Characteristics: A Survey of 29 OECD Counties. Paris, 2010; Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing Health Care in the European Union: Challenges and Policy Responses, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

Някои констатации от прегледа на методиките и методологиите на остойността на цените и реимбурсните нива на медицинските дейности в други страни:

- Почти всички страни в ЕС ползват метод за финансиране на болничната помощ в комбинация с т.нар. глобални бюджети на ниво болници.

- Почти всички страни използват средна стойност на реалните разходи на пациент във всички или в представителна извадка от лечебни заведения. Някои страни изчисляват тези

„реимбурсни нива” за всяка година, други – по-рядко, като актуализират стойностите им при необходимост.

- Не се използват коригиращи коефициенти за видове лечебни заведения (университетски болници), защото кейс-микс индексите на болниците (финансирани по метода на ДСГ) вземат предвид сложността на случаите.

- В някои държави (Франция, Австрия, Белгия) остойностяването започва с поставяне на таван на разходите за болнична помощ, след което в рамките на общите разходни тавани, средствата се разпределят на база на относителни тегла на всяка група/диагноза.

- Основен фактор за остойностяването е наличието на информация – данни на база пациент, процедура или диагноза; софтуер за групиране. [1]

Повечето европейски страни в недалечното минало са практикували системи като фиксирани бюджети, за прием на пациенти на база брой хоспитализирани случаи или заплащане за леглоден, което насърчава различни подходи към предоставяната болнична помощ. Комитов и Генов (2012 г.) отбелязват, че опитът при различните системи показва, че заплащането на брой хоспитализирани увеличава приема в болниците, а фиксирания плащания стимулират удължаване на престоя. При едновременното прилагане на двете системи болниците стават по-печаливши от увеличаване на своя капацитет и намаляване на количеството ресурси на един пациент. От една страна глобалните фиксирани бюджети могат да мотивират предоставянето на болнични услуги, но от друга, те могат да стимулират доставчиците на тези услуги към по-ефективно обслужване с цел недопускане на загуба на фиксирани ресурси. Но също така, в някои държави, в които средствата за болниците са разпределени несъразмерно в сравнение с останалите сектори за предоставяне на здравни услуги се наблюдават тенденции за хоспитализиране на пациенти без необходимите индикации за стационарно лечение.

Представените системи не отразяват различната консумация на ресурси, свързана с диагностиката и лечението на различни видове пациенти. Поради тази причина, както и за ограничаване на ескалацията на разходите и предоставянето на услуги с необходимото качество и ефективност в повечето европейски страни са въведени системи на заплащане на база преминал случай.

С цел справяне с високите разходи за растеж, през 1983 г. в САЩ се разработва перспективна система на заплащане на база болнични случаи, при които платежните системи са ориентирани към категоризиране на болничните интервенции в съответствие с тяхната интензивност, клинични и някои други характеристики на пациентите, които попадат в тези групи. Всеки от епизодите на грижи е групиран в т.нар. диагностич.но-свързани групи (ДСГ).

В теорията и световната практика е доказано, че ДСГ са най-удачният метод за финансиране на болниците, отговарящ във висока степен на критериите за справедливост и продуктивност и в средна степен на критериите – контрол над разходите и удовлетвореност на пациентите, както се вижда от таблица 2.

Тарифният механизъм на плащането дефинира необходимите ресурси за лечението на пациентите, групирани в специфичните ДСГ и определя ставките на заплащане за разходи по тежест или средни цени. Основната цел е да се осигурят достатъчно средства за болниците, което позволява на лечебните заведения да предоставят всички необходими здравни услуги. [7]

Но от друга страна, ако плащанията са твърде високи и неадекватни на разходваните ресурси, болниците не са мотивирани да използват ефективно ресурсите. По тази причина, информацията за средните разходи за лечение на пациенти в дадена болница се използва за определяне на възстановителната стойност по тежести или цените на определена ДСГ.

Таблица 2. Сравнение между основните методи за заплащане на болниците

Цели Механизъм на заплащане	Справедливост/ универсалност	Контрол над разходите	Продуктивност/ ефикасност	Удовлетворение на пациента от услугата
Такса за услуга	3	1	3	5
Диагностично свързани групи (ДСГ)	5 (най-високо)	2	5	3
На леглоден	1-2	3-4	2	4
Глобален бюджет	1-1	5	1	1

Източник: Dov Chernichovsky, Ph.D. Georgetown University, Washington D.C.

Според Делчева (2006 г.), за да се преодолеят възможните недостатъци от прилагане на този метод, се практикува комбиниран метод от ДСГ и глобален бюджет, при който на болниците се заплаща по цени на ДСГ, но се определя „начален бюджет“ за всяка болница. Допълнителен механизъм за подобряване на ефекта от този комбиниран метод е прилагането на долна и горна граница на бюджета (т.нар. „рискови коридори“), чрез които се гарантира, че приходите на болниците не могат да бъдат по-малки от или да надвишават съответната долна и горна граница на определените начални бюджети. По този начин се осигурява финансова защита за изпълнителите на болнична помощ, от една страна, а от друга страна, се намалява финансовия риск за финансиращата институция. За осигуряване на качеството и повишаване удовлетвореността на пациентите може да се използват и клинични алгоритми (клинични пътеки) по ДСГ.

Финансиране на болничната помощ в България

Съгласно Закона за здравно осигуряване, от 1 юли 2000 г. Националната здравноосигурителна каса заплаща болничните услуги на базата на Национален рамков договор (НРД) за съответната година въз основа на договори с лечебните заведения за извършена дейност. Заплащането става по метода „заплащане за единица болнична услуга“. Като измерителна единица за болничната услуга понастоящем се приема пациент – лекуван по „клинична пътека“. За всяка клинична пътека в НРД е договорена цена, която НЗОК заплаща за всеки преминал болен (наречен в НРД „случай“). Във всеки нов Национален рамков договор се актуализират цените на „клиничните пътеки“. [3,5]

През 2004 и 2005 г. Министерството на здравеопазването въвежда нов публичен мениджмънт в бюджетното финансиране. Разработва методики за субсидиране за извършена дейност на преминал болен по диагнози, оставащи извън пакета на НЗОК по метода „заплащане за напуснал пациент“.

От 2006 г. НЗОК пое заплащането на всички текущи разходи на публичните болници, в групата на които влизат университетските, областните, градските и общински МБАЛ – т.е. заплаща всички разходи по лечението на по-голямата част от масовите заболявания в тях [3,5], както и на частните болнични заведения за лечението на пациенти по клинични пътеки.

Редица проучвания за остойността на реалните разходи за стационарно лечение показват, че клиничните пътеки покриват едва 60-70% от тези разходи.

Изводи:

Общият извод е, че и в системи с централно бюджетно финансиране (Великобритания, скандинавските страни, федералните програми „Медикеър“ и „Медикейт“ в САЩ и др.) и в страни със здравно-осигурителни системи (Германия, Белгия и др.) проблемите с изучаването на разходите и отгук – на цените на здравните дейности, са едни от приоритетите на съответните здравни администрации.

Най-същественният проблем в практическото решаване на въпроса с остойността е свързан с информацията – по какъв начин да се гарантира определено равнище на достоверност на информацията без цената по придобиването ѝ да надхвърля ползите.

В теорията и световната практика е доказано, че ДСГ са най-удачният метод за финансиране на болниците, отговарящ във висока степен на критериите за справедливост и продуктивност и в средна степен на критериите – контрол над разходите и удовлетвореност на пациентите.

Литература:

1. Анализ на прогнозните обеми, цени и методики за остойността и заплащане на дейностите и услугите в болничната помощ (интегриращ становищата на националните консултанти и решенията на консултативния съвет по чл. 55б на Закона за здравното осигуряване), Министерство на финансите, 2011.
2. Борисов, В., 2001, Синтетична социална медицина с въведение в здравния мениджмънт, Филвест, София, 81-85.
3. Гладилов, Ст, Е. Делчева, 2009, Икономика на здравеопазването, Принсепс, София, 231-248.
4. Давидов Б., З. Павлова. Сравнителен анализ на стойностите на показателя „Среден разход на един преминал болен“ в стационарите на обединените болници на общинско подчинение през 1992 и 1993 г., Бюлетин за икономическа информация в здравеопазването, бр. 4 м. септември, 1994 г.
5. Делчева, Е., 2006, Управление на здравното осигуряване, УИ ”Стопанство”, София, 158-173.
6. Златанова, Т., Р. Златанова-Великова, С. Великов. 2007, Мениджмънт на капацитета и разходите за пациента в болницата, Здравен мениджмънт, 7, 44-48.
7. Комитов, Гл., Стр. Генов, 2012, Финансиране на болничната помощ, Медицински меридиани, 1-2, 3-22.
8. Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов, 2008, Качество на здравеопазването. Съвременни измерения и тенденции., Health media group, София, 251-270.
9. Янева, Р., 2011, Микроикономикс на болничното лечебно заведение. Ръководство за упражнения и семинари, Симелпрес, София, 90-115 с.
10. Dobrilova, P., P. Marinova, 2013, Quality as a major priority of health care, International Scientific Publications: Educational Alternatives, Volume 11, Part 2, www.sciencebg.net, 78-86