МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
“ ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН ”

Яна Петкова Кашилска – Петкова

ПРОБЛЕМИ НА ФИНАНСИРАНЕТО В БОЛНИЧНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ. КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ ИЛИ ДИАГНОСТИЧНО СВЪРЗАНИ ГРУПИ. ПРЕДИМСТВА И НЕДОСТАТЪЦИ.

АВТОРЕФЕРАТ

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН
“ДОКТОР”

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт“ Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве“

Докторска програма: „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“

Научен ръководител:
Доц. Д-р Петър Марков , дм

Рецензенти:
Проф. д-р Тихомира Златанова Златанова, дм
Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм

София, 2021г.

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра по Здравни грижи при Факултета по Обществено здраве на Медицински Университет – София. Дисертационният труд съдържа 154 страници и е онагледен с 5 таблици, 15 фигури и 2 приложения. Библиографската справка включва 197 заглавия, от които 20 са на кирилица и 177 на латиница.

Научно жури:

1. Проф. Галина Стамова Чанева, дм – вътрешен член за МУ – София, Катедра «Здравни грижи», на ФОЗ при МУ – София
2. Проф. д-р Тихомира Златанова Златанова, дм – вътрешен член за МУ – София, Катедра «Икономика на здравеопазването», на ФОЗ, при МУ – София
3. Проф. Веселин Борисов Василев, дмн – външен член за МУ – София, пенсиониран преподавател повече от 5 години от Академичния състав на ФОЗ при МУ – София
4. Проф. д-р Сашка Руменова Попова, дм – външен член за МУ – София, пенсиониран преподавател повече от 5 години от Академичния състав на ФОЗ при МУ – София
5. Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм – външен член за МУ – София, пенсиониран преподавател повече от 5 години от Академичния състав на ФОЗ при МУ – София

Резервни членове:

1. Проф. Николай Ангелов Попов, дм – вътрешен резервен член за МУ – София, Катедра «Икономика на здравеопзването» на ФОЗ, при МУ – София
2. Доц. Диана Кръстева Иванова, дм – външен резервен член за МУ – София, при СУ «Св. Климент Охридски» - София

Публичната защита ще се състои на 06.07.2021г. от 13:00 часа в заседателна зала на Факултет по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, ул. „Бяло Море” №8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ, МУ-София.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ …… 03 стр.
ХИПОТЕЗА ……... 06 стр.
ЦЕЛ И ЗАДАЧИ ……..... 07 стр.
МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ …….. 08 стр.
РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ …… 12 стр.

Проучване и анализ на системата за финансиране на здравеопазването – на международно ниво ……. 12 стр.

Анализ и оценка на методичния инструментариум,използван в националната ни система за финансиране на болничното здравеопазване …… 15 стр.

Проучване и анализ метода на клиничните пътеки, като основен инструмент за финансиране на болничната медицинска помощ в Република България ……. ……20 стр.

Анализ метода на ДСГ, като алтернативен инструмент за финансиране на болничната медицинска помощ в Република България ……... 39 стр.

Сравнителен анализ между методите на КП и ДСГ. Оценка на положителните и отрицателните им страни, неизползваните им възможности и рисковете им. Разработване на вариант за реформа в болничния сектор. ……. 49 стр.
ОБСЪЖДАНЕ ……. 64 стр.
ИЗВОДИ …….. 69 стр.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ …….. 71 стр.
ПРЕПОРЪКИ …….. 75 стр.
ПРИНОСИ ……... 76 стр.
СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИ ……. 77 стр.

ВЪВЕДЕНИЕ

Основна цел на всяка здравноосигурителна система е да защитава хората от големи и/или неочаквани разходи за здравеопазване, които те не могат да си позволят. В този смисъл, покритието предоставяно от Националната здравно осигурителна каса (НЗОК) е непълно.

Между 7 и 12% от българите, които не живеят постоянно в чужбина, са неосигурени [1,2]. Огромното мнозинство от тях са уязвими, неработещи представители на населението, с ниско обществено-икономическо положение. Въпреки че изглежда по-вероятно без покритие да са етническите малцинства, болшинството от неосигурените са етнически българи. Високото ниво на допълнителните плащания значително ограничава финансовата сигурност на населението. С 5,3% през 2013г., делът от бюджета на домакинствата отделян за здравеопазване е по-висок в сравнение със средните 3% за Западна Европа [3,4]. Всяка година над 4% от населението обеднява поради допълнителните плащания [5,6].

Диагностиката на финансирането в болничното здравеопазването идентифицира някои от ограниченията, които биха могли да препятстват развитието на по-ефективни политики за финансирането му.

Съществуващата информационна система на НЗОК, след няколко години без системна поддръжка е достигнала етап, в който много от функциите й трябва да бъдат изпълнявани ръчно и е в риск от пълен срив. Тя не може да осигурява информация, която е от съществено значение за управление на качеството, разходите и рисковете и не е добре подготвена да приеме значителни промени във функционалността или в обема на транзакциите, които ще бъдат наложени поради евентуални подобрения [7]. Такива са базата данни на осигурените лица, информация за потреблението на отделните лица във времето и т.н.

За да бъде финализирана отправната оценка за реформа във финансирането на болничното здравеопазване и управлението на НЗОК е необходимо извършване на анализ и оценка на структурата и дейностите й от научно-практическа гледна точка. Доброто управление на задължителните системи за здравно осигуряване изисква

стабилна регулация и последователни структури за взимане на решения, които в България са ограничени. Налице е значително объркване в разпределението на ролите и отговорностите. Например, въпреки че НЗОК носи отговорност за доставяне на здравноосигурителния пакет до всички осигурени, в рамките на определения бюджет, решенията за съдържанието на пакета се взимат от външни институции с непряко отношение към съотношението разход-привилегия или към финансовото му въздействие. НЗОК също така е задължена да сключва договори с всички доставчици, които отговарят на основните стандарти, заложени от Министерство на здравеопазването (МЗ). Резултатите трябва да послужат за вземане на решение коя институция: Министерство на финансите (МФ); МЗ или НЗОК да има финансовата власт и отговорност да се грижи за това, системата да е и да продължи да бъде ефикасно работеща и финансово устойчива. Тази фрагментация и грешно разпределение на ролите и отговорностите изключва възможността за ефективен цялостен подход към създаване и прилагане на политики за финансиране на здравеопазването.

Актюерски анализ, представящ тенденциите в приходите и разходите на НЗОК предполага бъдещи и нарастващи дефицити за касата. Бюджетът на НЗОК е ревизиран два пъти през 2014 г., като окончателните резултати не са налични и към този момент, но прогнозите твърдят, че приходите нарастват с по-бавен темп от разходите, направени за болници и лекарства.

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 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 въвеждането на тавани за бюджета на здравеопазването да бъде успешно, то най-вероятно ще доведе до допълнителни изместванията в посока към допълнителни разходи, продължаващо засилване на бедността и намаляване на финансовата защита на населението.

ХИПОТЕЗА

Работната хипотезата на настоящият Дисертационен труд е, че внедряването на Диагностично свързаните групи (ДСГ), като метод за зашплащане на активната болнична помощ в Република България, ще допринесе за запазване финансовата стабилност в сектор здравеопазване, чрез значително намаляване разходите на НЗОК и МЗ в сектора, при повишаване на ефиктивността и намаляване броя и времето за хоспитализация. С това ще се спестят, както директни, така и индиректни здравни разходи в социалния сектор извършвани от Националния осигурителен институт (НОИ) и Социалното министерство за дългите периоди на неработоспособност и високия процент на инвалидизация на населението. От друга страна в държавната хазна, ще се увеличат приходите от бързоресоциализиращият се пациент: трудови данъци и данъци от покупателните му способности.

Подобряване качеството на здравното обслужване, ще забави темпа на застаряване, темпа на миграция и ще увеличи работоспособната възраст на населението на Република България.

Частта от населението, които са или бедни или силно уязвими и застрашени от падане под прага на бедността, ще получат достъп до здравни услуги, без да е необходимо да правят допълнителни плащания за това.

Предимствата на системата за плащане на ДСГ: повишената ефективност и прозрачност, подобрена среда и значително улеснена работа в сектора.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

Целта на настоящата разработка е: *Да се направи проучване, анализ и оценка на политиките за финансиране на болничното здравеопазване, като се разработи модел за оптимизиране на Методичния инструментариум за финансово обезпечаване на болничните здравни услуги у нас и концепция за съвременен Мениждмънт на системата за финансиране на болничното здравеопазване.*

За изпълнение на посочената цел бяха поставени следните основни задачи:

1. *Да се направи експертен преглед, анализ и дискусия на данните в специализираната литература за същността и ефикасността на различни национални модели на болнично финансиране в глобален мащаб;*
2. *Да се проучи, анализира и оцени резултатността и ефективността на методичния инструментариум, използван в националната ни система за финансиране на болничното здравеопазване;*
3. *Да се проучи, анализира и оцени метода на клиничните пътеки;*
4. *Да се проучи, анализира и оцени метода на диагностично-свързаните групи;*
5. *Да се извърши сравнителен анализ и експертна дискусия между двата метода - на клинични пътеки и диагностично-свързани групи - предимства; недостатъци; неизползвани потенциални възможности и обективни рискове.*

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

В настоящият дисертационен труд са използвани редица емпирико-теоретични методи като исторически и логически метод, методите на анализа и синтеза, индуктивния и дедуктивен метод. За подпомагане на изследването и илюстрация на резултатите е използвано графично и таблично представяне на тенденции и характеристики, приложени формули и пр.

*За разрешаването на поставените задачи са проведени **две проучвания** – на два последователни етапа:*

- ***Първо проучване - с обхват - 2 броя единици на наблюдение*** - Лечебни заведения във втория по големина ***областен административен център*** в страната ни - гр. Пловдив:
  - УМБАЛ „Св. Георги" ЕАД - гр. Пловдив;
  - КОЦ – гр. Пловдив.
- ***Второ проучване - с обхват - 3 броя единици на наблюдение*** - Лечебни заведения в *различни малки населени места**:***
  - "СБР – НК" ЕАД - гр. Баня
  - "СБР – НК" ЕАД - гр. Хисар
  - "СБР – НК" ЕАД - гр. Павел Баня

1. Предмет на изследване Предмет на научното изследване е ефективността на системата за финансиране на здравните услуги в болничните заведения.

2. Изследователски методи. За обективизиране на наблюдаваните закономерности и анализ на събраната информация е използвана комплексна методика, включваща:

❖ **Документален метод**

Използван е за преглед, анализ и оценка на данни от специализираната литература и медицинска документация.

❖ **Аналитични методи:**

1. *Аналитичен метод за оценяване работата на системата на здравеопазването на основата на международно приети критерии - токсономия*.

Световно приетата таксономия за здравеопазните системи е разработена от Световната здравна организация (СЗО) и Световната банка (СБ). 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.

2. *Аналитичен метод за оценяване на договорeностите*, свързани с финансирането на здравеопазването в България; международно съпоставително изследване - benchmarking и анализи на тенденциите при входните данни, резултатите и функционирането на финансирането на здравеопазването в България.

3. *Аналитичен метод за определяне честотата на разпространение на неосигуреното население* (въз основа на данни от социологически проучвания (СБ и Институт "Отворено общество", ИОО) на домакинствата;

4. *Аналитичен метод за проучване финансовата защитата* на основата на данни от извършени през 2010 и 2013г. социологически проучвания върху бюджета на домакинствата, предоставени от Националния статистически институт (НСИ) на България.

5. *Аналитичен метод за анализ и оценка на фискалното пространство*, в който се открояват предизвикателствата в контекста на бъдещото държавно финансиране в България.

За обективизиране на наблюдаваните закономерности и анализ на събраната научна информация е използвана комплексна методика, включваща голям брой аналитични категории, индекси, критерии:

- ✓ ***Относително тегло*** – очакван разход за конкретен болничен случай по отношение на разхода за среден по тяжест болничен случай;

$$\text{Относително тегло} = \frac{\text{Среден разход на случай от дадена ДСГ}}{\text{Стойност на разходите на среден за страната случай}}$$

Оценката на Относително тегло се извършва по два метода:

- ***Top Down***: - Йеилски модел за остойностяване за глобално остойностяване; и - Разходи, разделени на дейности.

- ***Bottom Up***: - Известен като остойностяване по дейности; и - Остойностяване на пациент на база всички дейности и ресурсите, необходими за тях.

- ✓ ***Еквивалентен случай***, (ЕС) - коефициент за привеждане на пациент с престой извън станартните долна(min)/горна(max) гранична стойност, относно времевия му престои за стандартен случай на съответната ДСГ

  Формула за кратък престой:

$$ЕС = 1.0 \times \frac{\text{Брой дни под долна граница}}{\text{Среден престой}}$$

  Формула за дълъг престой:

$$ЕС = 1.0 = 0.6 \times \frac{\text{Брой дни над горна граница}}{\text{Среден престой}}$$

- ✓ ***Кейс-микс индекс, КМИ*** - за оценка на ресурсоемкостта на лекуваните в една болница или на национално ниво случаи.

$$\text{КМИ на болница} = \frac{\text{(Относително тегло) X (Бр. еквивалентни сл.)}}{\text{(Общ брой еквивалентни случаи)}}$$

- ✓ ***Болнична базова стойност*** - среден разход за един болничен случай в дадено лечебно заведение;
- ✓ ***Национална базова стойност*** - средна стойност за лечение на пациент на национално ниво;

$$\text{(Национална базова стойност)} = \frac{\text{(Целеви разходи)}}{\text{(Брой случаи) x (КМИ)}}$$

6. „Цената” на която и да е ДСГ се определя като произведение от националната базова стойност по относителното тегло на съответната ДСГ за дадена болница.

❖ **Статистически методи**

Всички получени резултати са подлагани на статистически анализ - посредством статистическите програми SPSS – V.10.0 и използване на следните следните статистически анализи:

1. Вариационен анализ **-** при показателите с числови стойности Включва средна аритметична величина, стандартно отклонение, стандартна грешка на средната ариметрична стойност, доверителен интервал и медиана;

2. Алтернативен анализ – при определяне на честоти (относителен дял на признаци с определена характеристика);

3. Дисперсионен анализ: при анализиране резултатите на 2 групи е използван t-критерий на Стюдънт;

4. Графичен анализ – за графично изразяване на резултатите**;**

5. Корелационен анализ – за търсене на причинно-следствена връзка между характеристики на различните проучвани категории признаци.

Статистическата обработка на данните е извършена със статистическия пакет SPSS for Windows 11.0. За таблично и графично представяне на резултатите е използван MS EXCEL 2007.

3. Период на провеждане на проучванията: *Май 2016 – ноември 2018 год***.**

РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИТЕ ПРОУЧВАНИЯ

Проучване и анализ на системата за финансиране на здравеопазването – на международно ниво

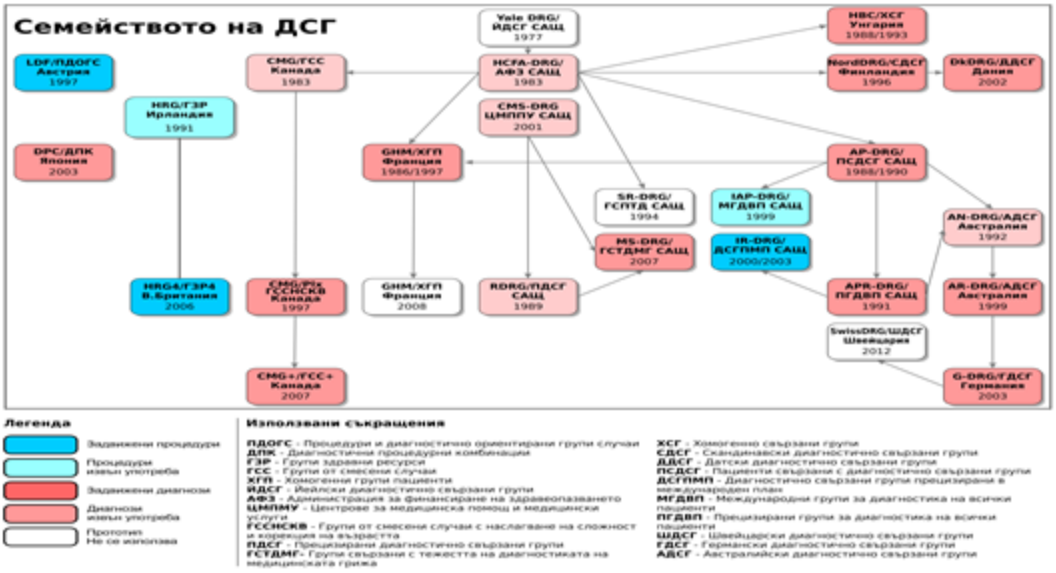
Страните могат да избират между вече съществуващи варианти на системата DRG - „внасящи“ такива системи или да разработват свои собствени. Адаптирането на внесениата DRG вариант, би могло да означава жертване на съгласуваност в дизайна, докато самостоятелно разработените системи могат да започнат като по-проста алтернатива. Тези две опции обаче са разделени с много тънка линия и всъщност са крайностите на непрекъснатата скала, тъй като са необходими големи адаптации, когато съществуващ DRG вариант се внася. Като цяло обаче една страна вероятно ще трябва да инвестира повече ресурси, ако реши да разработи своя собствена система. Например Естония [118] и Литва [124] две малки държави, решили да не разработват свои собствени системи за класифициране на ДСГ, тъй като са твърде ресурсоемки. От друга страна, по-големите страни като Индонезия [125] и Тайланд [126] са реализирали самостоятелно разработени системи, базирани на ДСГ, както и Китай [67,68].

Изборът на специфичен DRG вариант зависи от много фактори. Те са свързани със специфичния контекст на страната, влиянието на агенциите за външно финансиране, степента на регионално сътрудничество и обмен със съседните страни и времето, когато системата е въведена. Скандинавските NordDRGs се намират в Естония и Латвия, докато AR-DRGs (AR за „австралийски рафинирани“) са въведени в Словения [127], а по-късно са приложени или проучени в други страни от Югоизточна Европа, като Македония [109] и Румъния [110]. Страните, които започват да развиват ДСГ в началото на 90-те години, като Киргизстан и Унгария, са повлияни от американската система HCFA-DRG, защото тя е най-лесно достъпният по това време модел.

Всяка страна, решила да прилага платежната система на базата на ДСГ, използва системата и за възнаграждения. Всички платежни системи на базата на ДСГ, независимо дали са установени или при пилотно тестване, се управляват от схеми за обществено здравно осигуряване. Освен това държавните разходи за

здравеопазване също играят решаваща роля. По времето, когато се прилагат системи, основани на ДСГ, държавните разходи за здравеопазване са били около две трети от общите разходи за здравеопазване във всички страни с изключение на Индонезия, Киргизстан и Мексико. За разлика от това, в страните, които пилотират или проучват възможността за установяване на системи за плащане на база ДСГ, правителствените разходи за здравеопазване обикновено са под 66% от общите разходи за здравеопазване; това е повече от този дял само в 6 от 17-те страни. Това предполага, че е необходима утвърдена система за финансиране на здравеопазването, основана на обединяване и предплащане, за започване на такива реформи на плащанията.

Фиг. № 1: Развитие на семейството на ДСГ



Много от схемите изглежда са ограничени от строго финансиране. Тарифите и плащанията, базирани на ДСГ, често се възприемат или отчитат като твърде ниски. Такъв е случаят в Киргизстан [114], Македония, Монголия [103] и Румъния [110]. Недостатъчното финансиране правят много трудно да се приложи ДСГ, защото доставчиците са по-малко склонни да си сътрудничат. От изключителна важност е да се събират данни за разходите, за да се гарантира адекватно възстановяване на разходите, да се улесни приемането на платежна система на базата на ДСГ и да се насърчи сътрудничеството между доставчиците.

Таблица № 1: Сравнение между CMS и MS – DRG

	CMS – DRG	**MS – DRG**
АДАПТИВЕН ОБЕКТ	„МЕДИКЕЪР“	„МЕДИКЕЪР“
РАЗРАБОТЧИК	АДМИНИСТРАЦИЯ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	АДМИНИСТРАЦИЯ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ВРЕМЕ ЗА РАЗРАБОТКА	ОТ 1983	ОТ 2007
РЕФЕРЕНТНА ВЕРСИЯ	NIL	CMS – DRG
БР. ДСГ	526	745
УСЛОЖНЕНИЯ/ СЪПЪТСТВАЩИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	ДВЕ НИВА НА КЛАСИФИКАЦИЯ: с CC без CC	ТРИ НИВА НА КЛАСИФИКАЦИЯ: с CC без CC с MCC

Няколко държави, като Унгария, Индонезия, Монголия и Тайланд, имат множество схеми за здравно осигуряване, в допълнение към разпределението на държавния бюджет за доставчиците. Наличието на разпокъсани договори за закупуване с различни, често необвързани платежни системи на доставчици не е проблем, специфичен за болничните системи, базирани на ДСГ. Въпреки това, той също се превръща в проблем в контекста на платежна система, базирана на ДСГ, когато има противоречиви стимули на ниво болница. Например, разпределението на бюджета може да се базира на броя на леглата и членовете на персонала, докато системите на базата на ДСГ стимулират по-малко средства за всеки случай. Болниците могат да намерят схеми за възнаграждение и лихвени проценти на един купувач по-атрактивни финансово от тези на друг. Схемата за медицински обезщетения на гражданите на Тайланд [128] подобно и на индонезийската застрахователна схема възнаграждава доставчиците на болнични грижи на базата на

такса за услуга[129], метод на плащане, който често се предпочита от доставчиците. Следователно най-важното е механизмите за закупуване да бъдат приведени в съответствие един с друг. И накрая, може да се предпочете обширно обединяване и голям финансов обем или обем на плащанията на база ДСГ. Въпреки това примерът от Киргизстан показа, че дори ако малка част от разходите се възстановяват чрез ДСГ, при голям обем на случаите, значителното въздействие може да бъде резултат от начина, по който е разработена системата за плащане на ДСГ [56].

Въпреки че предизвикателствата са много, се появяват начални признаци за успех. Според източниците на здравноосигурителните фондове в Македония платежната система на базата на ДСГ е довела до намаляване на броя на болничните легла и средната продължителност на болничния престой и е широко приета от доставчиците [62]. В Киргизстан капацитетът за болнична помощ е значително намален [56]. Въвеждането на система, основаваща се на ДСГ в Хърватия, също намалява средната продължителност на престоя, но с малко въздействие върху обема и без неблагоприятн ефект върху качеството [130]. Moreno-Serra и Wagstaff [131] оцениха преминаването от бюджетиране, основано на входящи данни, към методи за плащане, основани на случаи, в няколко държави от Източна и Централна Европа и Централна Азия. Въпреки че оценяват всички системи за разплащания, основани на случаите, а не само тези, базирани на ДСГ, като цяло те установяват намаляване на средната продължителност на престоя и не нарастване на приема на болници, но е налице увеличение на болничните разходи за всеки случай.

Анализ и оценка на методичния инструментариум, използван в националната ни система за финансиране на болничното здравеопазване

Проучени са 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. Лекари 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-плуралистична система на здравеопазването на основата на социален модел на здравното осигуряване [132,133,134].

През 1999 г. беше създадена НЗОК и оттогава тя е най-големият купувач на здравни услуги в държавата. НЗОК е сравнима с много „обществени здравноосигурителни фондове" в ЕС.

Според Закона за здравното осигуряване от 1998 г., всички българи подлежат на задължително здравно осигуряване. Самонаетите лица самостоятелно, а работодателите и служителите съвместно, внасят като здравна осигуровка 8% от трудовите доходи. Големи социлани групи: деца, студенти, пенсионери, хора с увреждания, безработни, социално слаби и други се осигуряват от държавата. Системата постига значително преразпределяне между поколенията, а именно от населението в работоспособна възраст към по-младите и по-възрастните групи.

Законът за здравното осигуряване от 1998г. постановява, че осигурените имат право да получават „медицинска грижа в рамките на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК". Наредби, издавани от 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 общопрактикуващте лекари (ОПЛ) се плаща на база комбинация от брой пациенти и „такса за услуга". На амбулаторните специалисти, лабораториите и зъболекарите – на база „такса за услуга".

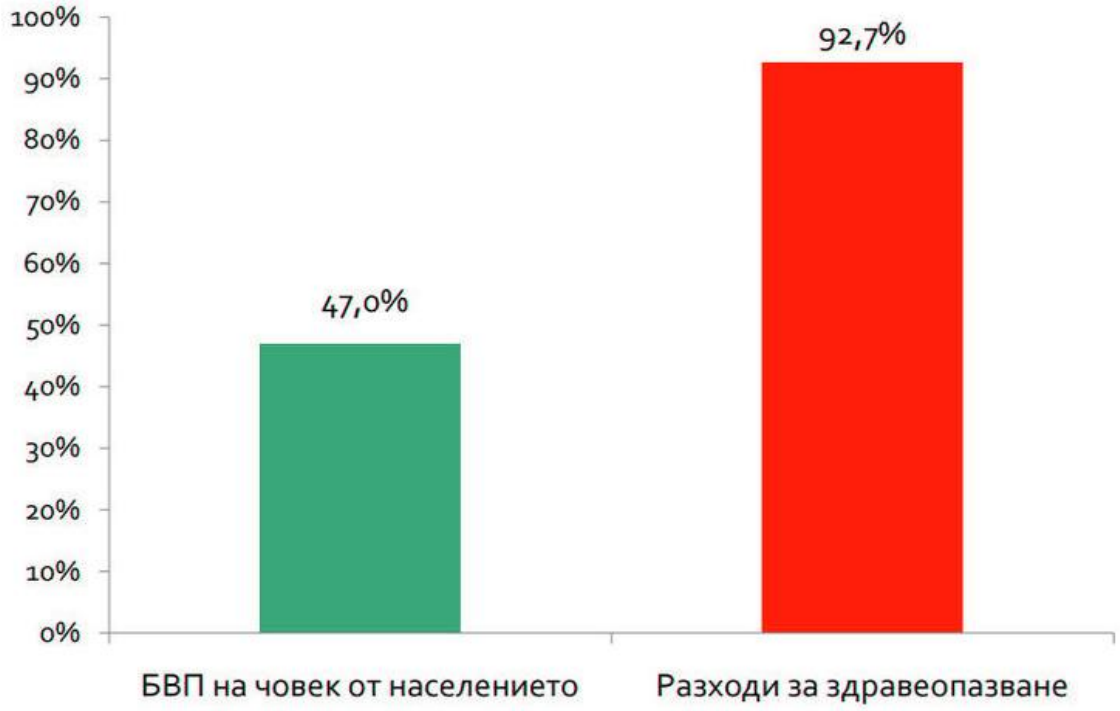
След присъединяването си към ЕС през 2007г. България не успя да намали празнотите в резултатите на сектор здравеопазване и не успя да догони страните от ЕС-15, независимо от известното сближаване в доходите за периода. Тя дори

изостана от страни, пред които беше в миналото. И все пак 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 [135]. Тези празноти са резултат отчасти от слабия напредък в работата, свързана с незаразните болести, които сега са сред основните причини за смъртността и заболеваемостта в България: 1 Исхемична болест на сърцето; 2 Инсулт; 3 Белодробен карцином; 4 Хипертонично сърдечно заболяване; 5 ХОББ; 6 Други сърдечносъдови заболявания; 7 Инфекции на долните дихателни пътища; 8 Колоректален карцином; 9 Цироза; 10 Пътнотранспортни травми; 11 Диабет [136].

През 2012г., 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 България, 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 [137,138].

При сравнение с държави със съпоставим доход, общите разходи за здравеопазване в България са над средните, а публичните разходи са на средно ниво. От друга страна, 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. Освен това, въпреки че разполага 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 [139].

Фиг. № 2: Разходи за здравеопазване спрямо ЕС за 2019г.

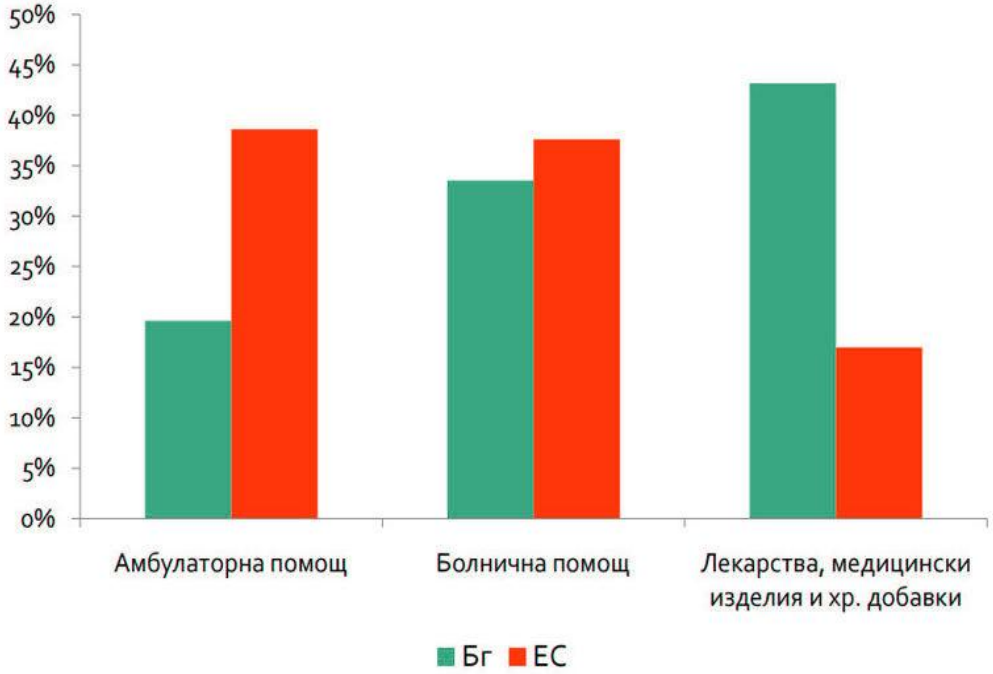


*Източник: Алтернативен бюджет 2019, Институт за пазарна икономика, Калоян Стайков

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 [140].

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 [141].

Фиг. № 3: Разходи по доставчици, % от всички разходи за 2019г.



*Източник: Алтернативен бюджет 2019, Институт за пазарна икономика, Калоян Стайков

Капацитетът на болниците и данните за хоспитализациите са над средните стойности, дори когато България се сравнява с други страни със сходни равнища на доходи и изразходване на средства за здравеопазване. Анализ на процентите на хоспитализациите в България от 2013г. показва, че поне 20% от процедурите, извършвани на стационарна основа, биха могли да се извършат в доболнични условия [142]. 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 други страни със сходни доходи [105,143]. Здравните работници също бързо застаряват и емиграцията сред младите здравни професионалисти е често срещано явление. Освен това само 5% от ОПЛ са квалифицирани в сферата на семейната медицина.

Оценка

- 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;
- Наложителни са съществени реформи в българската система на здравеопазването.

Проучване и анализ метода на клиничните пътеки, като основен инструмент за финансиране на болничната медицинска помощ в Република България

1 Финансова тежест на КП върху болничната здравна система

За стационарни болнични услуги в България се използва форма на заплащане на базата на всеки отделен случай, при който случаите се дефинират по системата на клиничните пътеки. Те е съчетание от класификационна система, клинични насоки, протоколи и серия правила за сключване на договори. България се различава от повечето други страни, които използват класификационни системи с кодове за диагнози и процедури, по това, че включва клинични насоки и правила за заплащане и сключване на договори в това, което приема за система за групиране и класификация. Както беше споменато по-горе, алгоритъмът на КП, зададен в Националния рамков договор (НРД), представя входните параметри и капацитет, т.е. брой на лекари и/или медицински сестри, вид оборудване и пр., които трябва да спази една болница, за да получи договор за дадена КП и действителните услуги, които трябва да предоставя, за да може даден болничен престой да има право на заплащане по дадена КП.

Цената на КП е резултат от преговори между НЗОК и БЛС. Според Закона за здравното осигуряване цените на КП, както всъщност и всички услуги, заплащани от НЗОК следва да се изчисляват според методология, която трябва да се разработи от НЗОК и за която следва да дадат становище МЗ; МФ и да бъде одобрена от Министерския съвет(МС). В действителност цените са резултат от преговори между НЗОК и БЛС. Договарят се увеличения и корекции по тяхна инициатива, мотивирани

или от данни за изкривяване и ценообразуване с повишение/понижение, или с цел да се отразят промени в алгоритъма на клиничните пътеки, или за въвеждане на нова технология или техника. Общо взето наблюдава се консенсус, че матрицата на ценообразуването на КП съдържа изкривявания както вътре в дадена специалност, кака и между специалности.

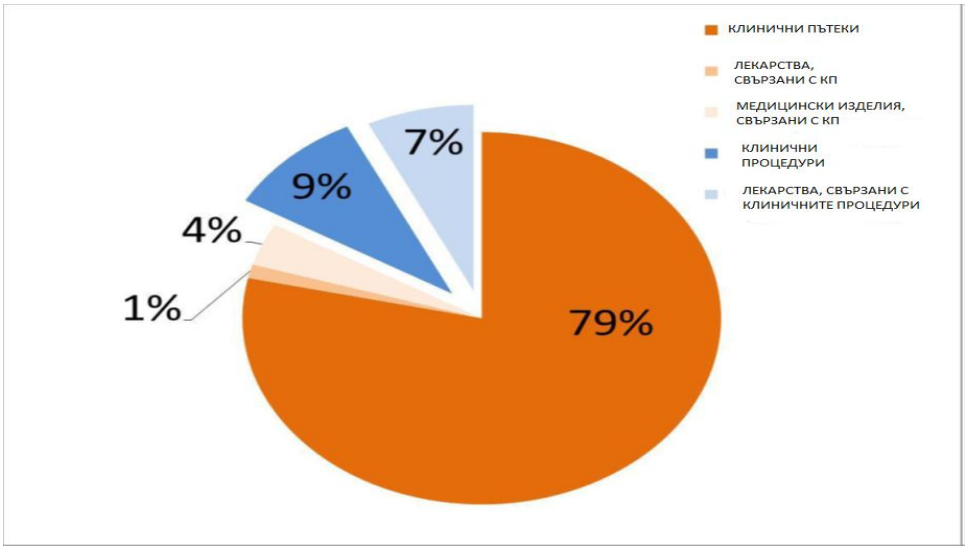
Други плащания от НЗОК към болници. Освен плащания за КП, болниците получават от НЗОК:

- Заплащане за специфични лекарства, които не са включени в цените на КП, включително лекарства за онкологични заболявания;

- Заплащане за някои медицински изделия;

- Плащания за серия „клинични процедури" и свързани с тях лекарства, които включват хемодиализа, някои химиотерапии и интензивно лечение, при които заплащането е на ден.

Фиг. № 4: Усреднено разпределение на плащанията за болници от НЗОК в периода 2013 - 2016г. [144]



*Източник: НЗОК

Както се вижда от диаграмата, КП и свързани с тях плащания представляват около 84% от плащанията за болници от НЗОК.

Общо взето, 3/4 от публичното финансиране на болниците минава през НЗОК. Около 25% от финансирането на болниците идва от различни други източници. Не е

съвсем ясно как се организират тези потоци, но по-долу са дадени някои от основните канали:

- Психиатричните болници и малък брой специализирани лечебни заведения, получават плащания на основа per diem от МЗ. „Основните" болници могат също да получават плащания за специфични услуги: спешни случаи, трансплантации и функции като научни изследвания и преподавателска дейност, както и инвестиции.

- Някои министерства и Министерският съвет имат свои собствени болници. Макар те да могат да сключат договор с НЗОК, те получават безвъзмездни средства и инвестиции от собствените си министерства.

- Общините също могат да финансират притежаваните от тях болници.

Няма лесно откриваеми данни относно финансовото състояние на болниците.

Болниците са автономни организации, регистрирани като търговски дружества, повечето от които са собственост на общини. По закон техните сметки са публични и би трябвало да се намират в МЗ и НСИ, но не е възможно да се осигури достъп и няма консолидирани данни. Медиите и служебни лица периодично съобщават числа за „дълговете на болниците", но наличните данни са недостатъчни за оценяването на финансовата жизнеспособност на държавните болници.

Всички болници, които отговарят на установените в НРД стандарти за дадена КП, получават разрешение да сключат договор с НЗОК, която на свой ред няма правни основания да им откаже договор. С други думи, на НЗОК практически е забранено да сключва договори избирателно. От 2010г. МЗ въведе стандарти, в които се разграничават три нива на компетентност за болници, на основата на входните параметри и капацитет: брой лекари; вид оборудване и пр. Категоризацията на дадена болница непряко определя броя и вида КП, по които има право да работи. Болниците подписват договор с НЗОК, в който се уточнява кои КП имат право да изпълняват.

Болниците имат „договор за цена и обем" с НЗОК и на тях им се плаща според КП, възложени на стационарните им звена. Договорите подлежат на преговори всяка година. Непроменена сума се изплаща на болниците за всяка докладвана КП. Болници, които надвишат или рискуват да надвишат договорения си месечен обем на финансиране (брои КП), се обръщат към НЗОК за допълнително финансиране и

обикновено успяват да получат допълнителни средства. При това положение, както всички системи на принципа такса за услуга, болниците са силно стимулирани да отчитат максимален брой приети пациенти и да ги насочат към най-скъпите КП. Оказва се, че макар всички болници да имат тавани за бюджета си, тези тавани не се прилагат, което означава, че лекарите и болниците нямат да държат пациенти извън болниците, дори ако могат да бъдат лекувани в извънболнична обстановка. Очевидно са доста чести случаи с пациенти, приети в болници, за да избегнат чакане за известни изследвания и процедури или за да избегнат заплащане със собствени средства.

Системата на КП не разчита на логиката на групирането. Вместо това лекарите в болниците избират номера на КП, която е възможно най-високо платена и най-добре представлява лекувания случай. След това подбират съответния код на диагнозата и кода на процедура, ако случаят отговаря на критериите за КП при сключване на договори. Освен отчитането на специфични кодове, които изпълняват изискванията за КП, болниците също се стремят да осигурят спазването на всички други правила и изисквания, установени за КП, за да получат възстановяване на сумите от НЗОК. Най-общо казано лекарите и болниците се стремят да изпълнят изискванията на КП, разписани от самата НЗОК съвместно с БЛС, което е гаранция, за изплащане на клиничната пътека на ЛЗБП. Всички клинични пътеки имат изисквания разработени от НЗОК съвместно с БЛС и включват:

- Минималната продължителност на престоя за съответната КП;

- Кодовете на диагнози и процедури;

- Изискванията за сключване на договори, свързани с броя на лекарите и квалификацията им; оборудването и др.;

- Инструкции за приключване на процедурите;

- Насоки за периода след лечението.

Клиничната пътека трябва да съдържа няколко компонента/звена, в които се изпълняват: времева рамка, набор от необходими процедури; цели, които трябва да се достигнат; средносрочни и дългосрочни критерии за резултати от лечението и документи за регистриране на дейности, отклонения и анализи.

Същностните черти и цели на всяка клинична пътека са:

- Категорично определяне на цели и ключови стъпки при оказване на здравни грижи въз основа на доказателствата, добрата практика и очакванията на пациента;

- Съгласуване на задълженията, последователността на действията и подпомагане на връзката между членовете на мултидисциплинарния екип, пациентите и техните роднини;

- Отразяване, наблюдение и оценка на отклоненията и резултатите;

- Установяване на съответните ресурси.

За да се разберат пълните възможности на клиничната пътека като инструмент, тя трябва да се разглежда в рамката на по-общото схващане, като подход. Тук се има предвид систематичен цикъл от дейности за разработване и употреба на конкретни клинични пътеки, като инструменти за подобряване на медицинската практика и постиганите резултати. Към този цикъл се причисляват избора на клинични пътеки за определени групи от пациенти, усъвършенстване на формата и съдържанието на клиничните пътеки, използването им като съпътстваща документация, за отчитане и изследване на отклоненията, за подобряване на медицинската практика и крайните резултати.

Решаващ фактор при изработването на клинична пътека е мултидисциплинарният подход с консенсусни решения при постигане на общо съгласие между група експерти. Според З. Петрова, И. Дончев, И. Баташки, Д. Шопов, Р. Стефанов [134], чрез въвеждане на клиничната пътека, като подход за стандартизиране на болничните грижи и осигуряване на качествата се установяват редица предимства:

- създават възможности всички специалисти, които вземат участие в диагностично-лечебния процес, да бъдат включени в планирането му;

- позволяват координиране на диагностично-лечебния процес;

- въвеждат пациентите в процеса на лечение;

- осигуряват прецизност и поточност на документацията;

- осигуряват планиране и ефективно използване на ресурсите;

- позволяват резултатите на различните лечебни заведения да бъдат измервани и стандартизирани;

- спомагат за редуциране на отклоненията в хода на процеса и резултатите от него;

- позволяват прилагането на система за постоянно подобряване на качеството;

- осигуряват възможност за обучение и ориентиране на персонала и пациентите;

- улесняват комуникациите с финансиращите институции и планиране на бъдещите разходи.

Главната причина, поради която отклоненията трябва да се отбелязват, е че те могат да осигурят база за оценка и впоследствие определят възможността за подобряване. Рутинна процедура е отклоненията от инструкциите за клинично поведение в клиничните пътеки да бъдат разгледани от работни екипи, включващи различни специалисти на колегиуми или разширени лекарски консилиуми на болничния екип. Тогава екипът решава дали има проблеми и ако има такива, кой да се заеме с решаването им.

В този контекст процесът е наречен „анализ на отклоненията". Методите за медицински грижи, описани в клиничните пътеки трябва постоянно да бъдат подобрявани въз основа на най-новите научни изследвания и опит. Анализът на отклоненията може да доведе също и до допълнително обучение на някои клиницисти, така че те да спазват инструкцията по-често и по-стриктно.

Ролята и функцията на клиничните пътеки са представени в дефиницията, възприета от конгреса на EPA в Словения през Декември, 2005г.: „Пътеките на здравната грижа са методология за съвместно вземане на решение и организация на грижа за ясно определена група пациенти през ясно определен период" [106].

Определящите характеристики на пътеки за здравни грижи включват:

- Изрично представяне на целите и ключовите елементи на грижа, основани на доказателствата, най-добра практика и очакванията на пациента;

- Улесняване на комуникацията, съгласуване на роли, описване на действията на мултидисциплинарния екип, пациенти и техните роднини;

- Документацията, следенето и оценка на варирания и резултати;

- Идентификация на подходящите ресурси;

- Целта на пътеката е да повиши качеството на грижа като подобрение на резултатите на болния, стимулирайки безопасност, увеличение удовлетворението на пациента, и оптимизация на използваните ресурси.

2. Анализ на развитието и приложението на клиничните пътеки в болничната медицинска помощ в България

Процеса на договаряне през 2001г. започва с 30 клинични пътеки и 149 лечебни заведения за болнична помощ, като договорни партньори на НЗОК. В началото клиничните пътеки обхващат само девет клинични специалности: Хирургия; АГ; Урология; УНГ; Нефрология; Неврология; Кардиология; Пулмология и Ендокринология, като в състава им влизат едва 155 диагнози и 308 процедури.

През следващите години КП се усъвършенстват от гледна точка на индикации за хоспитализация, изискуемо оборудване, квалификация на персонала, критерии за дехоспитализация, показатели за качество, прецизиране алгоритмите на лечение, документация и подобряване на финансирането на преминал през стационара по КП пациент. Едновременно с това нараства и броят на обхванатите от КП, клинични специалности.

През 2001г. в 30-те на брои КП липсват указания, относно пепоръчителен или минимален болничен престой. Заболяванията, обхванатите процедури и включените в диагностично-лечебния алгоритъм (ДЛА) процедури са кодирани по МКБ-9 КМ.

С НРД 2002 КП се увеличават с 10 на брой, като обхващат нови 8 клиничните специалности - общо 17. Почти по 1,25 КП за включена нова специалност.

Положително в НРД 2002 обаче е въвеждането за първи път във всички КП на диагностично-лечебен алгоритъм относно:

- Препоръчителен болничен престой;

- Изисквания, относно необходимите специалисти и звена в лечебните заведения за болнична помощ за осъществяване на дейността по КП;

- Индикации за лечение, дехоспитализация и определяне на следболничния режим.

С КП от НРД 2003г. за първи път в ДЛА на 35% от общо 87 КП, включително и ко-пътеките се въвежда като изискване и „Минимален болничен престой”. С тези

пътеки броят на обхванатите клинични специалности е увеличен с 32% и вече е 25, а броя на ЛЗБП е нараснал с 1,7пъти спрямо 2001 - 253 болници.

С включването на почти два пъти повече нови КП спрямо предходната година в НРД 2003, обхваща освен 25 клинични специалности, така и 1500 диагнози.

Увеличава се възможността на различни по вид и по форма на собственост лечебни заведения за болнична помощ да сключат договори с НЗОК. През същата година НЗОК в своя годишен отчет за дейността отчита, че: „Като цяло КП се доказаха като успешен инструмент за договаряне и за повишаване качеството и контрола на изпълнението на договорите. Те предоставят възможност за осигуряване на стандартизирани грижи на здравноосигурените граждани. Анализът на съпоставими клинични пътеки по години показва положителни резултати, свързани с подобряване на основни качествени показатели на болничната дейност".

Две години след въвеждането на КП, все още има какво да се желае по отношение на хомогенността на включените в тях диагнози. Явява се необходимост да се подберат по-точни механизми за групиране на диагнозите, отчитащи тяхната клинична и ресурсна хомогенност, а също така и тежестта на лекуваните случаи.

С НРД 2006 в голямата си част КП са разделени като съвършено отделни КП съответно за лица под и над 18 годишна възраст, а „Препоръчителният болничен престой" окончателно се заменя с „Минимален болничен престой". Въведена е нова структура на КП, като критериите за хоспитализация и индикациите за дехоспитализация са прецизирани. Прецизирани са и заболяванията, които влизат в ДЛА на КП - за НРД 2006 общо са 3500 диагнози при 3800 за предходната година. За сметка на това диагностичните и терапевтични процедури са увеличени с 570 до 2143, при 1573 за предходната 2005г. [137,138].

През 2007г. БЛС и НЗОК не постигат съгласие за подписване на НРД. Тогава НЗОК се възползва от правото по Законът за здравното осигуряване от 1998г еднолично да наложи промени и изменения на КП, без съгласието на договарящата страна. КП търпят редица промени, наложени от практиката на структурите в лечебните заведения за болнична помощ в страната, съобразени с нуждите на пациентите. В областта на детското здравеопазване са включени интервенционални методи на терапия като транскатетърен достъп, вместо оперативен за корекция на

вродени сърдечни малформации. Включени са и нови акценти в областта на диагностиката и лечението на онкологичните заболявания, както и нови изисквания в договарянето, по отношение на обема, качеството, съобразяването на нормативната база със спецификата на терапевтичните протоколи и свободата на действие на лекуващия екип. Разработени са подходи за достигане на анестезиологичното и реанимационно обезпечаване на клиничните алгоритми като равностойна част в лечебно-диагностичния процес на хирургичните и част от терапевтичните заболявания, респективно клинични пътеки.

През 2008г. отново няма подписан НРД, но броят на лечебните заведения сключили договор с НЗОК за поредна година бележи положителен ръст и вече е 331. В 266 КП няма промени, относно необходимите критерии за сключване на договор между ЛЗБП и НЗОК. При 8 клинични специалности няма промяна и в ДЛА.

През 2009г. промените в КП също не са толкова динамични както през изминалите години. Това е резултат на извървения дълъг път в посока усъвършенстване на КП. Едва в 19.8% има корекции като включване или отпадане на определени заболявания и/или процедури. Изискуемия минимален болничен престой остава в 95.30% от пътеките константна величина. А в КП при 13 клинични специалности няма промени в ДЛА.

В НРД 2011г. за първи път в КП са включени и нива на компетентност за съответните: медико-диагностични лаборатории; отделения; клиники и болници, съгласно настъпилите промени в Закона за лечебните заведения. "Ниво на компетентност са видът и обхватът на осъществяваната лечебна дейност от съответната структура на лечебното заведение за болнична помощ и неговият капацитет“.

В следващите години до 2014г. няма особени промени. В НРД 2014г. се въвеждат сериозни промени в частта „Критерии за хоспитализация“ на КП от клинична специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“, поради почти 300% увеличение на потребителите на тези услуги в страната, както и отварянето на две огромни частни специализирани физиотерапевтични болници.

В НРД 2016г. КП претърпяват изключително безсмислени промени в номерата си и никакви изменения в самите тях или в ДЛА. От съществено значение е, че НЗОК

увеличава минималния болничен престой на всички еднодневни КП на 2 дни. Освен това се приемат 13 амбулаторни процедури с изисквания за ДЛА, като за КП, но финансирани на 50 до 70% от стойността на КП.

Всички гореописани промени в структурата и съдържанието на клиничните пътеки направени през годините от началото на тяхното въвеждане, са в посока на:

- Гарантиране на качествено медицинско обслужване;

- Гарантиране на основните права на пациентите;

- Гарантиране на обективна оценка на медицинската дейност и резултатите от нея;

- Разширяване на обхвата и повишаване качеството на предоставяните медицински услуги;

- Редуциране на отклоненията в хода на процеса и резултатите от него;

- Прилагане на системата за постоянно повишаване качеството на медицинската услуга;

- По-добро координиране на диагностично-лечебния процес;

- Синхронизация на Българската медицинска практика със страните от ЕС въз основа на медицински стандарти по специалности и значими интердисциплинарни въпроси;

- Осигуряване на нормативна база за правилна организация на медицинската дейност по всички нива на системата.

3. 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 приходи на НЗОК. Недостигът се урежда или чрез допълнително разпределение на бюджета (както става от 2014г. 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.

С други думи 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. Без това 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.

Тъй като разбирането на актюерната солидност на НЗОК е необходима, както за диагностиката на системата на здравеопазването, така и за разработването на реформите, се изготви актюерен модел за НЗОК, като част от настоящата дипломна работа. Актюерният модел анализира тенденции в основните променливи, които определят нарастването на разходите и приходите на осигурителната схема, както и техния принос за фискалния баланс на правителството.

Разходите и приходите на НЗОК се определят до голяма степен 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., прогнозите за работната сила, демографските развития и пр.

Бюджетът на НЗОК е ревизиран два пъти през 2014г., като окончателните резултати не са налични и към този момент, но прогнозите твърдят, че приходите

нарастват с по-бавен темп от разходите, направени за лекарства в аптечната мрежа и ЛЗБП.

Актюерният модел прогнозира, че разходите на НЗОК биха могли да се увеличат от 3,6% от БВП през 2013г. (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 2020г. 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 2020г. 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 [116].

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 изместващи 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.

Важно е да се подчертае, че 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 [145,146].

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 орязване 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 изместванията в посока към допълните разходи, продължаващо засилване на бедността и намаляване на финансовата защита.

- **Покупателни услуги на НЗОК в доболничната и болнична помощ**

  - ✓ **Доболнична помощ**

НЗОК не упражнява адекватно своята покупателна сила, за да подпомогне ефикасността на системата. По отношение на услугите, търговските споразумения сключвани от НЗОК, в много аспекти отговарят на „добрите практики" в световен мащаб. Въпреки това, начините по които се изпълняват тези споразумения поотделно и като цяло биха могли да бъдат подобрени, тъй като те засилват тенденцията за скъпа болнична помощ в здравния сектор.

Методите на плащане и договориране са ключови лостове в политиката, които могат да помогнат да се постигне набор от макро-цели, като намаляване на общите разходи; както и микро-цели, включително ефективен достъп и ефикасно предоставяни услуги на равнището на здравното заведение [141,147].

Редица оперативни пречки в България обаче спират напредъка към тези цели. НЗОК, със своя единен набор от правила и стимули за плащания, управлява около 40% от всички изразходвани средства за здравеопазване и има важно въздействие върху поведението на доставчиците и равнищата на изразходването на средства. Много аспекти от покупателните договорености в България са в съответствие със световните „добри практики", като капитация за ОПЛ, бъдещи плащания на болниците за всеки отделен случай, тавани за разходите на доставчиците и др. Начините, по които се изпълняват тези договорености, както индивидуално, така и колективно, оставят възможност за подобрение, тъй като те допринасят за предубеждението в сектора на здравеопазването към скъпата болнична помощ.

И ОПЛ, и специалисти в амбулаторната помощ се сблъскват със стимули за намаляване на разходите, но нямат ограничения да дават направления на пациенти за болници. Подобно на много други страни и в България системата за възнаграждения на ОПЛ е от смесен тип. Състои се от коригирано за риска капитационно плащане, представляващо около половината от заплащането на ОПЛ, съчетано с допълнителни плащания на принципа такса за услуга, за да се насърчи желано поведение на доставчиците на здравната услуга. Капитационните плащания се допълват с такси за профилактични услуги и лечение на пациенти с хронични състояния - диспансерни

пациенти. На специалистите в амбулаторната помощ се заплаща на основа такса за услуга. И двата вида доставчици на извънболнична помощ управляват оскъдни бюджети за изследвания и диагностични тестове и имат наложени числени тавани за направления. За никой клас доставчици обаче няма ограничения за направления за болнично лечение. Всъщност, механизмът за ограничаване бюджета за направления може да се окаже, че насърчава към хоспитализация.

1. Диспансерните пациенти:

От ОПЛ се изисква да изпращат на лечение в болнично заведение някои видове хронични пациенти. Например с артериална хипертония, ХОББ, бронхиална астма и др. през редовни времеви интервали. Дори и пациенти, които биха могли да бъдат ефективно лекувани при условията на първичната помощ или на които не е необходима услугата. Тъй като хронично болните пациенти представляват голям дял от населението, спокойно биха могли да се спестят средства, ако с тези пациенти се занимаят в първичната помощ.

2. Лимита на направления за специалист - Талон № 3:

Макар таваните за направления за специалисти и за изследвания да са много строги и да се налагат глоби на лекарите за всяко направление над техния индивидуален лимит, те не получават стимул за каквито и да е спестявания в бюджетите си за направления.

3. Неоснователните хоспитализации:

Не се търси отговорност на ОПЛ и специалистите при ненужно изпращане на пациенти за болнично лечение, което може да се използва за преодоляване на строгите ограничения, наложени върху обемите на амбулаторна помощ.

4. Тромавостта на доболничната система:

Други правила и процедури, които се отнасят за ОПЛ и специалистите, изострят уклона към хоспитализация. Някои услуги, които могат да бъдат предоставени на амбулаторна основа, се предоставят само в болници и направлението може да е единственият начин за достъп до тях. За услуги като компютър томограф или ЯМР понякога се чака прекалено дълго и процедурите за получаване на предварително разрешение може да са толкова тежки, че едно направление за болница може да стане по-ефективен начин да се осигури достъп на

пациента до услуга, дори в случаи, когато би било възможно ОПЛ или специалист в амбулаторната помощ да предложи необходимите грижи. Когато пациент бъде приет в болница и му се определи клинична пътека, общите плащания за услугата са значимо по-високи при стационарните условия.

5. Ниско заплащане на ВСД:

Допълнително специалистите в амбулаторната помощ твърдят, че равнищата на плащанията за някои услуги, които те предоставят, като високо специализирани дейности (ВСД): фибробронхоскопия (ФБС); фиброгастродуоденоскопия (ФГС); фиброколоноскопия (ФКС) и др., са твърде ниски, за да може да се финансират необходимите инвестиции за закупуване и поддръжка на необходимото оборудване.

6. Едновременната работа в доболнична и болнична помощ:

Специалисти, които работят и в амбулаторната помощ и в стационарно заведение, може да имат допълнителни стимули да дават направления за хоспитализация, тъй като в техните договори с болницата има награди за обема лекувани от тях пациенти. Един специалист може да извлече полза от това, че му се плаща от НЗОК за предоставена от него услуга, като същевременно получава и стимулиращо плащане от болницата за това, че е довел пациент.

- ✓ **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, т.е. 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 обаче, след изразходване на отпуснатият бюджет, болниците продължават да предлагат услуги и подават отчет към НЗОК за допълнително финансиране, което обикновено получават. С други думи макро-натискът да се ограничава обемът на болничната помощ се оказва много по-малко ефективен, отколкото натискът да се ограничават други видове помощ.

Фиг.№ 5: Разходи за болнична помощ

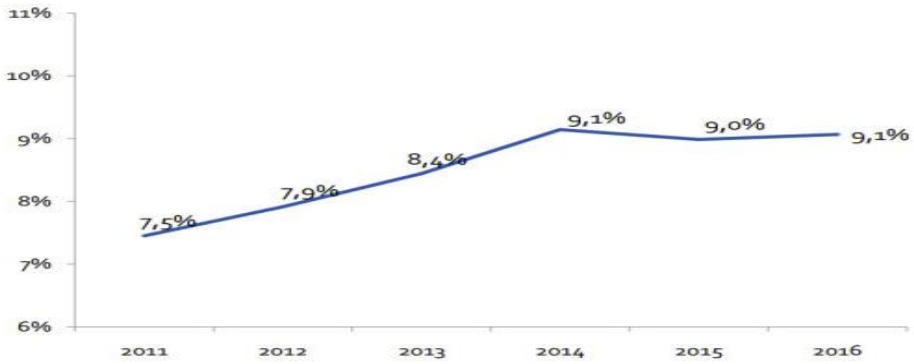


*Източник: НЗОК

2. Задължения 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. С други думи, НЗОК не може да се възползва от добре документираните предимства на селективното договориране. Все повече броят на здравните заведения и легла продължава да расте, с което пропорционално и конкуренцията между тях, а това засилва индивидуалните стимули за свръхоспитализация.

Фиг. № 6: Разходи за здравеопазване спрямо СПС, % от БВП



**СПС – стандарт на покупателната способност*

Източник: Алтернативен бюджет 2019, Институт за пазарна икономика, Калоян Стайков

3. Липса на хоспитализационни критерии:

В България липсват стандартни критерии за прием в ЛЗБП, в резултат на което 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 резултатът от това е въвеждането на 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. Нещо повече, не са предприети мерки, за да се гарантира, че относителната стойност на КП отразява ефикасно себестойността на ресурсите в клиничната практика.

5. Алгоритми на клиничните пътеки:

КП също изискват както наличието на известни равнища на входните данни на пациента за предоставянето на известен вид услуги, така също и минимален болничен престой, а не максимален, с което финансовата част на лечението се натоварва излишно. Т.е. изискванията за КП диктуват какви медицински грижи следва да бъдат предоставени и как, независимо от това дали отговарят на най-добрите интереси на пациента или дали има клинични показания за това. Това е потенциален източник на разхищения и обикновено подронва стимулите за ефикасност и качество, включени като елемент от повечето системи за плащане на основата на диагностични критерии, които обикновено се основават както статистически, така и от клинична гледна точка. 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. Някои лекари открито признават, че това създава стимули да се манипулират клинични данни, да се променят лабораторни стойности и да се записват конкретни диагнози и процедури, за да се изпълнят изискванията по пътеката.

6. Необхватност на всички заболявания и консумативи при стационарното лечение на клиничните пътеки:

Важно е да се има предвид, че плащанията със собствени средства са единственият най-голям източник на плащания на доставчиците в системата. Следователно 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:

Изглежда, че 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, която би могла да се използва за измерване и възнаграждаване на качеството на помощта и ефикасността на предоставянето на услуги. Повечето правила около направленията изглеждат насочени към ограничаване на разходите. Няма данни и определено няма прозрачен механизъм, като база, върху която да се изгражда консенсус или да се демонстрира, че е необходимо те да отразяват съвременната практика, основана на доказателствата.

Оценка

- 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;
- Предоставянето на помощ се управлява от негъвкави елементи на входните параметри, а не от клинично определени норми и методи, основани на резултати.

- Доставчиците на всяко равнище на помощ се фокусират върху постигане на максимални приходи, а не лекуване на техните пациенти в най-подходящите условия.

Анализ метода на ДСГ, като алтернативен инструмент за финансиране на болничната медицинска помощ в Република България.

1. Същност на ДСГ и Кейс-микс подхода

Всички случаи, преминали през болнично лечение, се групират в краен брой групи, които са близки по медицинска характеристика и потребностите им от лечение са сходни. Това означава, че те изискват и подобни ресурси. Това са един вид "изоресурсни" групи [148,149].

ДСГ са инструмент за свързване на типовете пациенти, лекувани в една болница, с направените разходи или изразходвани ресурси, чрез групиране на пациенти въз основа на диагнози или процедури. Създадени са въз основа на базови информационни елементи, клинични и икономически входящи данни, за да се обособят медицински и статистически значими групи. Разходите, включени чрез категоризацията в различните случаи са преразглеждани и когато има значителни разлики в тези разходи, се създават нови групи [150,151].

Фиг. № 7: ДСГ и финансиране на болничната помощ



Параметрите съдържащи се в ДСГ са: Първични и вторични диагнози, кодирани по МКБ-10; Процедури и операции, кодирани съгласно въведената

кодираща система по МКБ-9; Престой - дата на постъпване и дата на изписване; Пол; Възраст; Тегло при раждане, за новородените и статус на пациента при изписване.

Днес има много адаптации на оригиналната система на ДСГ е създадена в САЩ, а броят на групите варира от 500 до над 1000.

Кейс-микс подоходът показва необходимостта от ресурси на болницата, според лекуваните пациенти, като заплащането на болниците е съобразено с характеристиките на лекуваните в тях случаи. Лечение на по-тежки и по-скъпи случаи, което предопределя по-висока консумация на ресурси от дадена ДСГ за лечението им, а оттам и по-висок бюджет. Болниците с по-висок кейс-микс индекс получават по-висок бюджет. По този начин се постига справедливо разпределение на ограничените ресурси между изпълнителите на болнична помощ, тъй като кейс-микс подходът е начин за измерване колко "болни" са пациентите на дадена болница. Колко струват тези случаи е резултат от конкретното болнично лечение.

Системата на ДСГ измества фокуса на финансиране от входа към изхода на системата, което позволява планирането и разпределението на разходите да се обвърже с продукта на системата, респективно с търсенето. По този начин се постига преструктуриране на болничния сектор от екстензивна в интензивна система, следваща реалните потребности, а не кабинетни и идеологически модели.

Най-същественото приложение на ДСГ е финансирането, тъй като държавите не могат да си позволят да останат със системи, в които се плаща на принципа „такса за услуга" или с отворени разплащателни системи, в които разходите непрекъснато и бързо се покачват. Искат да разпределят ограничените ресурси обективно и справедливо. Целят да елиминират загубите. Желаят да създадат стимули за доставчиците, така че да предоставят рентабилна и висококачествена здравна грижа. Създадат се условия, в които рискът да е поделен между платеца и доставчика.

2. Основни понятия при финансиране на болнични услуги, чрез прилагане базирания метод на ДСГ

Използването на ДСГ е свързано с някои основни понятия, които са в пряка връзка с този подход за реимбурсиране и имат съществено значение за разбиране на неговата същност [152].

1. Относително тегло на ДСГ (ОТДСГ) - представлява относителната тежест на тази група спрямо всички останали диагностично свързани групи. Чрез формиране на относителното тегло на ДСГ на базата на правилното съотношението между отделните групи пациенти се осъществява остойностяването по ДСГ, а не точната цена, която ще бъде заплащана от купувача на болничната услуга.

Съществуват две методики за формиране/изчисляване на стойността:

а) Top Down: - Йеилски модел за остойностяване за глобално остойностяване; и - Разходи, разделени на дейности.

б) Bottom Up: - Известен като остойностяване по дейности; и - Остойностяване на пациент на база всички дейности и ресурсите, необходими за тях.

2. Относително тегло (ОТ) - мярката, която изразява очаквания разход за конкретен болничен случай по отношение на разхода за среден случай. Националната базова стойност е средната стойност на стационарно лекуваните пациенти в страната за определен период от време - най-често една година.

$$\text{Относително тегло} = \frac{\text{Среден разход на случай от дадена ДСГ}}{\text{Стойност на разходите на среден за страната случай}}$$

3. Еквивалентен случай (ЕС) - коефициент за привеждане на пациент с престой извън станартните долна(min)/горна(max) гранична стойност, относно времевия му престои за стандартен случай на съответната ДСГ:

Формула за кратък престой:

$$EC = 1.0 \times \frac{\text{Брой дни под долна граница}}{\text{Среден престой}}$$

Формула за дълъг престой:

$$EC = 1.0 = 0.6 \times \frac{\text{Брой дни над горна граница}}{\text{Среден престой}}$$

Когато ДСГ се използват като финансов инструмент, средният, по-късият и по-дългият от средния болничен престой са съществени показатели. В случаите, когато един пациент е бил хоспитализиран по-малко или повече от средния престой, тогава е необходимо този случай да се приравни към стандартен случай от същата група, т.е. да се приравни към еквивалентен случай. Еквивалентният случай показва колко пъти даден нестандартен случай, с по-къс или по-дълъг болничен престой се отличава в консумацията на болничен ресурс спрямо стандартния за групата случаи. За определянето на стандартния за всяка една група случаи се правят статистическа и експертна медицинска оценка.

4. Кейс-микс индекс (КМИ) - е съществен показател за финансирането на болнични услуги. Именно той дава значителни предимства финансирането на здравната система пред метода на КП. Представлява усреднената мярка за сложността на лекуваните пациенти в едно болнично заведение, или общия брой еквивалентни случаи на национално ниво. Този индекс зависи от относителните тегла на лекуваните случаи. С други думи, индексът отразява каква е ресурсоемкостта на лекуваните в една болница или на национално ниво случаи.

КМИ предоставя информация за видовете лекувани случаи и консумираните ресурси. Колкото по-тежки случаи лекува една болницата, толкова по-висок е нейният кейс-микс индекс. Болниците с по-висок КМИ, ще получават по-голям бюджет.

$$\text{КМИ на болница} = \frac{\text{(Относително тегло) X (Бр. еквивалентни сл.)}}{\text{(Общ брой еквивалентни случаи)}}$$

5. Болнична базова стойност (ББС) - отразява средния разход за един болничен случай в дадено лечебно заведение.

6. Национална базова стойност (НБС) - средна стойност за лечение на пациент на национално ниво:

$$\text{(Национална базова стойност)} = \frac{\text{(Целеви разходи)}}{\text{(Брой случаи) x (КМИ)}}$$

7. „Цената” на която и да е ДСГ се определя като произведение от националната базова стойност по относителното тегло на съответната ДСГ за дадена болница. Видно от това, при въвеждане на ДСГ болниците ще получат различни суми за лечението на пациенти от една и съща група с една и съща клинична сложност. Съществуват възможности за коригиране, като се използват различни механизми, отразяващи някои специфики на болничното заведение, като: местоположение, демографска характеристика на обслужваното население, университетска болница и др.

Цената на ДСГ = (Относителното тегло) Х (Базовата стойност)

Поради няколко причини, както при КП, така и при ДСГ съществено значение има кодирането на всеки отделен случай. Трябва да се отчете важността на прецизното и пълно кодиране, което стои в основата на ДСГ:

1. Кодовете в ДСГ са равносилни на парични средства;

2. Без кодове и други приложими данни за пациентите, създаването на ДСГ е невъзможно;

3. Без точни кодове не може да се гарантира възстановяване на изразходваните суми или финансиране;

4. Правилното кодиране изисква умения, за което се изисква обучение.

Неправилното кодиране води до:

1. Грешки при определяне на ДСГ;

2. Болниците не получават коректно заплащане и е възможно да се изплати по-малка сума от разходваната;

3. Изкривяване на статистическите данни по отношение на заболяванията в страната.

3. Необходими данни за изграждането на една ДСГ

1. Данни за пациента:

а) Медико-статистическа информация - трансформиране на заболяванията и извършените дейности/процедури в точно определени кодови единици, което позволява съхраняването, анализирането и групирането на данните. За тази цел се използва Международната класификация на болестите (МКБ), която се състои от

определен брой категории, в които се вписва целият диапазон от болестни единици, според установени критерии и правила.

б) Икономическа информация - лечението на даден болен е съвкупност от множество разнообразни дейности, предоставяни на пациента в болничните звена, за което се правят определени разходи. За целите на остойностяване на болничните продукти/дейности и определяне на разходите по ДСГ е необходимо текущо счетоводно, отчитане на всяко звено (разходен център - най-малката структурна единица в една болница: кабинет; сектор; отделение; клиника, която предоставя продукт/дейност) относно неговите фактически разходи по видове, разпределени до ниво преминал болен, т.н. ”стъпково разпределяне на разходите” или “step by step acaunting”.

Таблица № 2: Данни за систематизиране на ДСГ

Нужна информация, обичайно използвана за присъединяване на случаи към ДСГ

Кодове Основна диагноза Вторични/Допълнителни диагнози, за справяне с усложненията и придружаващите заболявания Хирургични процедури	**Пол на пациента**
Възраст на пациента Или дата на приемане и дата на раждане	**Продължителност на престоя** На база дата на постъпване и дата на изписване
Състояние на изписване Пациентът е умрял Пациентът е преведен	**Анамнеза при постъпване**
	Тежест на новородено при постъпването За възраст до 28 дена, или по-възрастно, ако тежи по-малко от 2500 грама
	Психично здраве и юридически статут Доброволно или принудително

Фиг. № 8: Формиране на ДСГ



2. Оборудване на ЛЗБП с хардуер и софтуерен продукт за отчитане на болничната дейност

а) Софтуерен продукт за отчитане и събиране на болничната дейност - програмен продукт, състоящ се от минимум три модула: “регистрация”, “кодиране” и “калкулация”, позволяващ: кодиране случаи на преминали през стационар пациенти; регистриране на разходите за всички видове звена и калкулирането им на ниво пациент. Визираният софтуер позволява съвместимост с изградена вече интегрирана болнична информационна система (ИБИС), чрез създаване на интерфейсна връзка между тях.

б) Хардуерно оборудване - необходимият минимум от работни станции е в зависимост от броя на преминалите през стационара пациенти.

4. Необходими условия за въвеждане на базирания на ДСГ-метод

За въвеждане на финансиране, чрез прилагане базирания метод на ДСГ е необходимо да се изпълнят следните условия:

- Консенсусно решение за прилагане между заинтересованите страни - НЗОК; БЛС; МС; МФ; МЗ;

- Адаптирани за страната и съобразени с предпочитаната класификационната система кодове за диагнози и процедури – МКБ-9, МКБ-10 и Австралийската система;

- Обучени специалисти за кодиране на медицинските дейности - налични;

- Хардуерна осигуреност на болниците с компютри, сървъри и локална мрежа - налични;

- Софтуер за кодиране и регистрация на клинични данни за целите на отчитането по ДСГ - закупен и внедрен;

- Софтуер за регистрация на данни за разходи и остойностяване за целите на ДСГ - внедрен;

- ДСГ Групер - софтуер, реализиращ избраната класификационна система, служещ за групиране на случаите по ДСГ въз основа на клиничните данни - закупен;

- Централна база данни за обобщаване и обработка на предоставените от ЛЗБП данни - възможо е функцията да се поеме от МЗ; НЗОК или НСИ.

5. Възможности на Специализирания Болничен Софтуер и достоверност на информацията

Достоверността на информацията, която се обработва от специализирания болничен софтуер, който е собственост на МЗ, създаден по проект на Световна банка и предоставен на НЦОЗА за развитие и внедряване на нови подходи във финансирането на болниците и въвеждането на ДСГ е свързана с много фактори:

1. Информация за разходите и калкулацията на себестойността на болничните услуги, базирана на счетоводни данни за разходи, които подлежат на сравнение с официалните счетоводни отчети на лечебните заведения като търговски дружества: Отчет за приходите и разходите (ОПР) и Баланс на дружеството.

2. Разпределянето на непреките разходи да е уеднаквено като метод, чрез стъпково разпределение.

3. Обхващане на директните разходи по отношение на престоя на пациента в болница: разходи за медикаменти; разходи за медицински консумативи; протези, импланти, хирургичен консуматив, анестезии и анестезиологичен консуматив, др.

4. Остойностяване на медицински продукти в спомагателни звена и регистрирането им като директни разходи:

- метода на относителните тегла (RVU) за определяне себестойността на междинни медицински продукти от спомагателни звена - лаборатории, образна диагностика и др.;

- регистрацията на извършените изследвания на всеки пациент в разходен център и история на заболяването.

5. Остойностяване на хирургичната дейност въз основа на данни от хирургичния и анестезиологичен журнал, където са описани продължителността на операцията, залата в която е проведена, екипа който е оперирал, дадените анестезии като вид и продължителност и др. за да се отчисли частта от възнаграждението пропорционално на часовете в операционна зала за лекари и сестри и да се формира точна стойност на оперативните интервенции.

Развитието на системата и на централизирания поток от данни и създаването на централизирана база ще позволи създаването на възможност от получаването на бързи справки и вземане на компетентни решения, като и възможност на ръководствата на болничните лечебни заведения да анализират и решават управленски задачи и алтернативи в реално време.

Системата е свързана със системата на НАП и ГРАО за да се поставят и съответните контроли, свързани, както с гражданското състояние на пациентите, така и с техния осигурителен статус. Заложените вътрешни контроли в специализирания софтуер позволяват получаваните данни да се оценяват като достатъчно достоверни.

Фиг. № 9: Информационни потоци



Финансирането, базирано на ДСГ създава стимули за намаляване на разходите, чрез: намаляване на продължителността на престоя; предоставянето на по-малко изследвания/услуги и др., но тези неща не трябва да се случват за сметка на грижата за пациента и трябва да бъдат следени.

Ако дълговете на болниците бъдат опростени или им бъдат отпуснати допълнителни средства, то тогава няма да има никакъв стимул те да работят ефикасно. Това не е "недостатък" на инструмента на финансиране - бил той КП или ДСГ, а проблем с прилагането му.

Сравнителен анализ между методите на КП и ДСГ. Оценка на положителните и отрицателните им страни, неизползваните им възможности и рисковете им. Разработване на вариант за реформа в болничния сектор.

1. Ефекти върху болничната системата от въвеждането на КП

Положителни ефекти на КП:

- Парите следват пациента

- Получаване на финансов ресурс за действително извършена дейност

- Повишаване разходната ефективност на клиничната практика

- Стимулират стремежа към повишаване квалификацията на медицинския персонал

- Стимулират усъвършенстването на материално-техническата база

- Изграждане на навици за коректно попълване на болничната документация

- Стандартизиран начин на лечение на национално ниво

- Възможности за оценка на качеството на медицинското обслужване

Съществува трайна нарастваща тенденция на потреблението на болнична помощ. Увеличението на броя на диагнозите, финансирани от НЗОК, както и премахването на формалните ограничения при договаряне обеми дейности с болниците предоставя възможност за по-пълно задоволяване на потребностите на здравноосигурените лица.

Нараства и интересът на болнични лечебни заведения с различна собственост за сключване на договор с НЗОК по определени клинични пътеки

Наблюдава се разширяване на достъпа на осигурените лица до по-голям брой болнични лечебни заведения, възможност за сключване на договори не само с болници за активно лечение, но и с болници за рехабилитация, както и с диспансери, ведомствени и частни болници.

Създадени са по-добри стимули за изпълнителите на болнична помощ за предоставяне на качествено лечение по клинични пътеки. Стимулите са свързани с по-високия размер на заплащане за случай.

Клиничните пътеки са съвременен и бързо развиващ се инструмент за управление на болничните дейности. Клиничните пътеки са отворени системи и позволяват промени и подобряване в посока, ориентирана към потребностите на пациентите.

Клиничните пътеки са удачен инструмент за договаряне, повишаване на качеството и контрол над изпълнението на договорите. Получените резултати за влияние на клиничната пътека върху основни качествени показатели на болничната дейност са окуражаващи, но се нуждаят от по-широко анализиране в аспекта на медицинските изисквания и общата картина на състоянието на болничната помощ.

Натрупан е сериозен експертен опит в разработването на клиничните пътеки, в преценката на ефективността им, в решаването на здравни проблеми и във възможностите за отстраняване на възникналите неблагополучия от присъствие или отсъствие на определени изисквания в тях.

Негативни ефекти на КП

Клиничните пътеки в България станаха нарицателно име на нещо лошо в здравеопазването. Коментарите по тях предизвикват различна реакция в обществените и професионални среди. Особено в случаите, когато техните функции са изчерпани и недостатъчни.

Клиничните пътеки се превърнаха в символ на неблагополучието на здравеопазването в България; проблемите във финансирането на болничната помощ и тяхното име се ползва най-вече като пример за „недофинансиране" на болничната помощ. Основния финансов инструмент за финансиране на болничната помощ показва резултати, които водят до недоволство както сред медицинския слой в обществото, така и сред потребителите на медицински услуги. Негодуванията от финансирането на медицинската помощ, изразявана от нейните изпълнители не осъществява сериозен обществено-политически натиск за по-висок процент от БВП за публични плащания за здраве. Това доведе до изтъкване недъзите на алгоритмите за клинично поведение, каквито са тези пътеки.

В настоящия момент функцията на клиничните пътеки е по-скоро инструмент за финансиране на болнични дейности, а не средство за подобряване на качеството и повишаване на клиничната ефективност.

В клиничните пътеки отсъстват важни компоненти, което води до невъзможност те да послужат като реален инструмент за осигуряване на качествено и ефективно финансиране и лечение.

Резултатите от лечението не са обвързани със заплащането, нито с тежестта на състоянието при хоспитализация. Поради тази причина възниква ситуацията, при която всички болници получават едно и също заплащане независимо от резултата на проведеното лечение, без да се отчита постигнати ли са целите на лечението и какви са резултатите от него.

Фиксираните цени на КП като заплащане за болнична дейност не може да мотивира изпълнителите към осигуряване на по-добро качество. Не могат да имат регулираща или санкционираща функция при неосигуряване на качество поради неизвършване на дейности, липса на високотехнологична апаратура, липса на квалификация или неизпълнение на договорености.

Мнението на пациентите и пациентските организации при разработване на клиничните пътеки не се взима впредвид. В някои случаи не се зачита даже мнението на БЛС и КП се налагат еднозначно без подписване на НРД.

Заплащането на здравната услуга в болничната система в България в момента е на основата на КП. Множество автори определят, че този метод на заплащане не е достатъчно ефективен поради следните причини и получили се негативни резултати:

- Недофинансираност на КП;

- Липса нормативен регламент за допълнително финансиране на болничния пакет дейности. ЛЗБП имат по-висок процент на загуби от непокриване на скъпоструващо лечение, надвишило стотици пъти стойността на КП, отколкото от лечение на здравнонеусигурени болни;

- Нехомогенност на групираните в КП клинични състояния при лечението на пациентите и съответно при анализ на данните;

- Липса на отчитане на придружаващи заболявания и усложнения;

- Субективност при изготвянето на клиничните пътеки и определянето на техните стойности;

- Лесна манипулируемост при отчитането;

- Изкривяване на реалната информация относно заболеваемостта;

- Невъзможност за реално отчитане на здравните потребности на населението;

- Липса на удовлетвореност от прилагането на КП като механизъм за заплащане при основните участници в процеса на предоставяне и получаване на здраваната услуга;

- КП не е измерител за болнична дейност а модел за заплащане. НЗОК, сама е разписала правила, който ако се изпълнят тя превежда пари, без значение от постигнатия ефект;

- Увеличени и неконтролируеми разходи в сектора;

- Променени статистически данни до степен, непозволяваща оценка на здравните нужди;

- Непроменено качество на обслужване и на медицинската услуга;

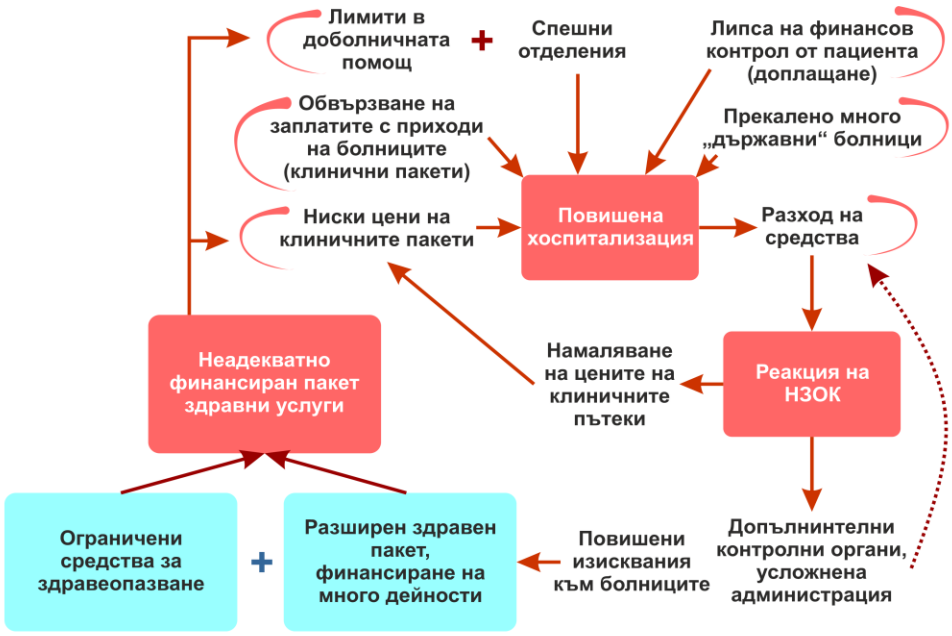
- Невъзможност за реална оценка на извършената дейност;

- Намаляващо доверие сред населението към системата на здравеопазване.

Проблемни моменти в разработването и приложението на клиничните пътеки

Клиничните пътеки се разработват от научните дружества в страната, националните консултанти и консултанти на НЗОК. Техният формат и включените в тях болнични дейности се договарят между НЗОК и БЛС. Дори и при липсата на НРД, КП се анализират и евентуално се променят всяка година - едностранно и еднолично от НЗОК. Програмата за разработване на клиничните пътеки от националните консултанти, научните дружества, водещите специалисти не е финансово обезпечена, представлява интелектуален труд, свързан с време, квалификация,медицина основана на доказателства, което често води до намалени отговорности, формализъм, неспазване на срокове и други.

Фиг. № 10: Основни предизвикателства, свързани с дейностите финансирани по КП



Сериозен проблем е липсата на нормативно утвърдена методика и за договаряне и разработване на клинични пътеки. Не са приети и официализирани срокове за започване на преговори между НЗОК и БЛС за болнична помощ за всеки следващ НРД. Това води до трудна координация и понякога до отсъствие на достатъчно време за прецизиране на клиничните пътеки.

Текущо ползваната от НЗОК кодираща система за процедури ICD9CM никога не е била официално въвеждана в страната. Тя има и недостатъка, че американците я изваждат от употреба в края на 2013 г.

В момента реалната хоспитализация на групите пациенти с висока степен на тежест на състоянието в по-голямата си част се концентрира в специализирани и университетски болници, а по-ниско степенната тежест в окръжни и общински болници. Причините за това са няколко: реална невъзможност на някои болници да осигурят болнични високотехнологични процедури - липса на съвременна апаратура или квалифициран персонал; освободения достъп на пациенти до болнична помощ и предпочитания на пациентите. Получава се преразпределение на пациенти по болници по признака на тежест на състоянието. Като резултат от това преразпределение и независимо от огромните разлики в разходите, всички болници получават едно и също заплащане. Това от своя страна води до сериозни диспропорции в покриването на разходи и заплащането на персонала, както и демотивация на лечебното заведение за хоспитализация на тежки случаи.

За отклоненията, които се регистрират в документите и са част от самооценката на лечебните заведения за болнична помощ, липсват сигурни доказателства, че са отбелязани коректно. Вероятно поради тази причина в НРД 2006 няма изискване за регистриране на отклонения.

От въвеждането на клиничните пътеки до сега подходите за разработване са претърпели сериозно развитие в посока подобряване структурирането им, опростяване и прецизиране отчетността и универсализиране на изискванията за медицинско, техническо оборудване и квалификация на персонала.

В хода нанастоящото проучване бяха анализирани и обработени данни за броя на рехоспитализациите в “Специализирани болници за рехабилитация – Национален

комплекс“ ЕАД. Там е практика лечението на голям процент от болните да се осъществя по две клинични пътеки непосредствено една след друга.

Като основа причина за това се посочва, че заболяванита на опорно-двигателния апарат, неминуемо вървят със заболявания на нервно-мускулния апарат и нервната система, както и обратното. Данните представени в долната таблица онагледяват допълнително изразходваните средства.

Възрастта на постъпващите за лечение в СБР – НК също е сериозен фактор, оказващ влияние на рехоспитализациите. Възстановяването при по-възрастни пациенти отнема повече време и съответно, не се „побира „ в една КП.

Въвеждането на ДСГ се разглежда като мярка за намаляване на рехоспитализациите и повишаване качеството на медицинското обслужване и качеството на живот на пациентите.

В представените таблици се вижда, че високият процент на рехоспитализации, неименуемо води до изключително големи разходи, което доказва свързаността им и по отношение на икономическата ефикастност.

Редукцията на рехоспитализациите чрез внедряване на метода на ДСГ ще гарантира не само по-добра икономическа евективност, но ще се отчете и по-голяма удовлетвореност, както от страна на изпълнителите, така и от страна на пациентите.

Всеки модел на финансиране има своите предимства и недостатъци, които са разгледани подробно в настоящото проучване.

Анализът на причините за рехоспитализации може да бъде интерпретиран по различни начини, но факторите, оказващи влияние при рехоспитализациите, се оценяват с помощта на многовариантни логистични регресионни анализи и включват възраст, пол, район, продължителност на престой, коморбидност, ниво на нараняване, усложнение в болницата, посещения на лекар.

Административните бази данни използвана в извършеното проучване дадоха възможност да се анализират случаите и причините на най-честите рехоспитализации и предвид обема на анализираните данни установените резултати дават сериозна основа за по-задълбочено проучване на цялата болнична здравна система. Използваните административни данни, обаче не дават информация за въздействието

на психосоциалните фактори, свързаното със здравето качество на живот, образованието или отчетените неудовлетворени нужди от грижи.

Таблица № 3: Данни за извършени допълнителни плащания па КП, следствие на рехоспитализации „СБР – НК“ ЕАД

Година	СБР общ брой преминали болни по КП	Рехоспиали Зации	%	Допълнително изразходени средства
2015	40 239	29 374	73	9 693 420
2016	36 452	25 880	71	8 540 400
2017	39 153	28 189	72	9 302 370
2018	43 399	32 549	75	10 741 170
2019	44 843	34 080	76	11 246 400
СРЕДНО	40 817	30 014	73,6	9 904 752

От таблицата е видно, че в 73,6% от случайте НЗОК изплаща почти двойна сума за лечението на един и същ пациент. Този раход с ДСГ би се намалил поне с около 50%.

Извършените открития са важни, защото предполагат, че степента на рехоспитализация в рамките на годината се променя и стават все повече всяка следваща година. Възможно обяснение е, застаряването на населението, влошено качество на медицинското и рехабилитационното лечение, което би могло да увеличи необходимостта от повторно приемане и по този начин да обясни защо не е намален процентът на рехоспитализирани пациенти. По този начин високата честота на използване на лекари и специалисти и основните причини за рехоспитализация са вторични усложнения показват, че съвременните практики за грижа не предотвратяват или лекуват адекватно тези усложнения.

Бъдещите изследвания ще бъдат насочени към анализ на факторите на ниво индивид, доставчик на здравни грижи и здравна система, допринасящи за тези рехоспитализации, преди да бъдат приложени ефективни превантивни стратегии, които в дългосрочен план ще подобрят качеството и цената на грижите за пациенти с рехабилитационни нужди.

За разлика от болниците за лечение на хронични заболявания, като „СБР-НК“ ЕАД в болницата за активно лечение – УМБАЛ „ Св. Георги „ ЕАД, поради факта, че много от пациентите са със съпътстващи заболявания се налага лечение по втора, а в някой случай и трета клинична пътека (около 11,3% от общия брой на рехоспитализациите за разглеждания период). Тъй като УМБАЛ „Св. Георги„ ЕАД е най-голямото лечебно заведение в страната, сумите за тези рехоспитализации са много обезпокоителни.

УМБАЛ „Св. Георги“ заема 7-8 % от пазара на болничните медицински услуги в периода на извършване на настоящото проучване.

Таблица № 4: Данни за извършени допълнителни плащания па КП, следствие на рехоспитализации УМБАЛ „Св. Георги“ ЕАД

Година	**УМБАЛ получени средства от РЗОК за лечени на пациенти**	**% на рехоспи Тализирани**	**Допълнително Изразходвани средства**
2015	73 249 000	31,1	22 707 109
2016	74 857 000	31,5	23 579 955
2017	78 363 000	33.0	25 859 790
2018	81 203 000	36,1	29 314 283
2019	86 963 000	37,2	32 350 236
СРЕДО	78 927 000	33,78	26 762 394

За да се открият причините за този изключително голям разход беше извършен подробен и задълбочен анализ, като се очертаха 5 основни групи причини за извършените рехоспитализации: Проблеми с ССС, Проблеми с обмяната на веществата, Хирургични проблеми, Проблеми с ДС, Други.

Представената по долу таблица дава нагледна информация на извършеното проучване на база подробен анализ и извършени статистически изчисления за причините за множеството рехоспитализации, респективно големи разходи.

Таблица № 5: Водещи причини за рехоспитализации в УМБАЛ „Св. Георги“ ЕАД

Година	Допълнително похарчени пари	Причини	%	Сума
		Проблеми с ССС Проблеми с обмяната на	63	14 305 479

2015	22 707 109	веществата	21	4 768 493
		Хирургични проблеми	9	2 043 640
		Проблеми с ДС	4	908 284
		Други	3	681 213
2016	23 579 955	Проблеми с ССС	61	14 383 773
		Проблеми с обмяната на веществата	23	5 423 390
		Хирургични проблеми	8	1 886 396
		Проблеми с ДС	6	1 414 797
		Други	2	471 599
2017	25 859 790	Проблеми с ССС	68	17 584 657
		Проблеми с обмяната на вештествата	20	5 171 958
		Хирургични проблеми	10	2 585 979
		Проблеми с ДС	1	258 598
		Други	1	258 598
2018	29 314 283	Проблеми с ССС	59	17 295 427
		Проблеми с обмяната на веществата	21	6 155 999
		Хирургични проблеми	10	2 931 428
		Проблеми с ДС	9	2 638 286
		Други	1	293 143
2019	32 350 236	Проблеми с ССС	62	20 057 147
		Проблеми с обмяната на веществата	18	5 823 042
		Хирургични проблеми	11	3 558 526
		Проблеми с ДС	7	2 264 516
		Други	2	647 005

От направеното проучване и анализиаране на изнесените в литературата данни водещите причини за рехоспитализация се препокриват.

УМБАЛ „Св. Георги“ приема най-тежките случаи в района на Южна България, въпреки че в Пловдив има още две големи университетски болници, които обаче са частни.

С настоящият модел на финансиране на дейността, тежките случаи не са „привлекателни“ за частните структури, защото отнемат много време и ресурс, но с въвеждане на ДСГ този проблем ще бъде решен и тези случаи няма да са нежелани от болниците. Селектирането на пациенти е проблем, който трябва да бъде решен, тъй като създава много трудности, както на пациентите, така и на лечебните заведения.

Тук е мястото да се отбележи, че въвеждането на ДСГ е от изключителна важност. Въпреки, че за всеки пациент идивидуално ДСГ ще струват повече пари на

НЗОК, при 74% от хронично болните и 34% при активно болните, спрямо досегашният модел на финансиране с КП, но тези „по-високи“ разходи ще са забележително по-малки от натрупаните рехоспитализации, които към момента НЗОК заплаща за лечение на един и същи пациент.

2. Внедряване на ДСГ като метод за финансиране на болничната здравна система

Следващият раздел представя накратко методите и основните компоненти на дизайна, които са следвани при оценката на опита на страните с платежни системи базирани на ДСГ. Впоследствие са представени нововъзникващи аспекти и тенденции в проектирането и внедряването на тези системи. Тези й предизвикателствата, които те предизвикват, са разгледани в раздела за обобщение, който е последван от заключения и политически поуки, които проучват създаването на платежни системи на базата на ДСГ.

Предимства на ДСГ

- Съществено предимство на ДСГ е това, че позволяват да се заплащат придружаващи заболявания и усложнения. Например за пациент с остър миокарден инфаркт сумата е една, а за този със същото основно заболяване и придружаващо заболяване диабет - по-висока. Това всъщност са две различни ДСГ. В този случай обаче пациентът трябва да получи съответната диагностика и лечение, необходими за контрола на придружаващото заболяване. Поради това може да се очаква, че при въвеждане на ДСГ ще се наложи да се увеличат средствата за болнична помощ. От друга страна комплексно лекувания болен няма да консумира последователно 3,4 до 5 клинични пътеки в едно ЛЗБП.

- При ДСГ има възможност за отчитане на някои медико-биологични характеристики (пол, възраст на пациента, тегло при новородените), които оказват влияние върху консумацията на ресурси по време на болничното лечение.

- ДСГ включват всички познати нозологични единици. В случаите, когато въпреки усилията не може да бъде поставена точна диагноза, повечето варианти на ДСГ позволяват такива пациенти да бъдат отнесени също към диагностична група и болничното заведение да получи изразходваните средства. Това дава възможност да

се приемат трудни, диагностично неясни случаи без страх от това дали пациентът ще влезе в една или друга КП, а разходите ще бъдат признати и съответно заплатени от касата. Същевременно не се стига до изкривяване на хоспитализационната заболяемост.

Фиг. № 11: Класифициране на пациенти в ДСГ



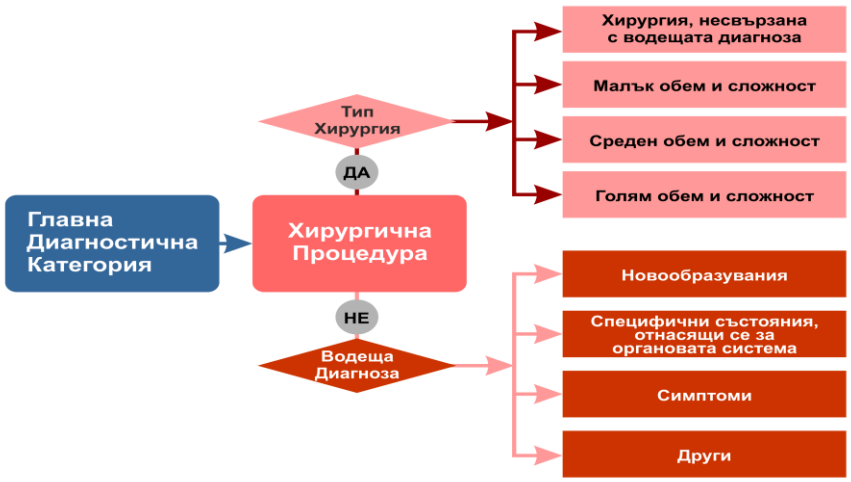
Особеност при използването на ДСГ като финансов инструмент е разликата при заплащането за изписани живи пациенти и за случаите с летален изход. За последните се заплаща по-малко на болничните заведения. Този механизъм на заплащане има два положителни аспекта. От една страна качеството на болничната услуга се повишава неимоверно. А от друга страна е една от причините, довели до увеличаване броя на заведенията за долекуване, за продължително лечение и грижи за терминално болните в САЩ през осемдесетте години на XX век. Обикновено финансирането на тези заведения се извършва по други механизми: стойност на леглоден, фиксирана сума за период или за заболяване и др. Между впрочем през

2001г. у нас се дискутираше варианта при летален изход да не се изплаща цялата сума на КП, но това не бе прието.

ДСГ и финансиране на болничната помощ

Платежните системи, основаващи се на групи, свързани с диагнозата - ДСГ, са механизми за плащане в болници, заедно с плащания за услуга, глобални бюджети и/или комбинация от тях. Платежните системи, базирани на ДСГ, сега се възприемат главно като механизъм за възстановяване на средства. Тяхната първоначална цел е да се даде възможност за сравняване на резултатите в различните болници [56,153,154]. Днес ДСГ се използват предимно от купувачи на здравни услуги за възстановяване на разходите за активна болнична помощ. По принцип те могат да бъдат използвани и за възстановяването на разходи за неактивна болнична помощ. По дефиниция, ДСГ класифицират случаите според следните променливи: главни и вторични диагнози, възраст на пациента, пол, наличието на съпътстващи заболявания, усложнения и извършени процедури. Случаите, класифицирани като принадлежащи към конкретна ДСГ, се характеризират с хомогенен модел на потребление на ресурси. По този начин случаите в рамките на една и съща ДСГ са икономически и медицински сходни [153,155]. Платежните системи, базирани на ДСГ, често се наричат „базирани на случаи“ или „базирани на конкретни случаи“, но платежните системи, основани на ДСГ и базирани на казуси, не са еднакви [153,155].

Фиг. № 12: Класифициране въз основа на клинични данни



От 90-те години плащанията, основани на ДСГ, постепенно се превръщат в основно средство за възстановяване на разходи направени е болниците за активно лечение в повечето страни с високи доходи [153,155]. Най-честите причини за въвеждане на плащания на базата на ДСГ са повишаване на ефективността и ограничаване на разходите [56]. Street et al. разглеждат малкото налично доказателство за въздействието на различните платежни системи, основани на ДСГ, в страните с висок доход в Европа [58]. Техните резултати показват, че ДСГ обикновено помагат за увеличаване ефективността на болниците, чрез намаляване средната продължителност на престоя.

ДСГ не е модел на заплащане, а измерител, който може да се използва при различни модели на заплащане на болничните услуги [156].

Основните модели са:

1) Заплащане за услуга;

2) Заплащане за случай: Англия; Естония; Финландия - 13 области; Франция; Германия; Холандия - 67%; Полша; Португалия;

3) Заплащане за леглоден;

4) Капитация;

5) Глобален ресурс/бюджет: Австрия; Финландия - 8 области; Германия; Холандия - останалите 33%; Португалия; Испания; Каталуния; Швеция.

Те могат да се прилагат с различни вариации или смесено.

Различните държави с цел редуциране на риска, съответно за изпълнителя или за плащащия орган прилагат различните механизми за прилагането на този модел.

Основната причина за повишаващата се популярност на прилагането на ДСГ при финансирането на болничната помощ в Европа се дължи на влиянието върху ефективността и качеството на предлаганите услуги и добрата обратна връзка.

Фиг № 13: Принцип на обратната връзка при ДСГ



Съществуват три големи, основни предимства, свързани с прилагането на базираното върху ДСГ финансиране (Lave, 1989):

1) Намаляване разходите за лекуван пациент;

2) Повишаване приходите за лекуван пациент и

3) Повишаване броя на лекуваните пациенти.

ОБСЪЖДАНЕ

Настоящата система на здравеопазване в България е 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.

Административните правила, нормативната уредба, вградените изисквания към лекарската практиката, преговорите за цени на медицинската помощ, неприлагането на таваните на разходите създават масивни изкривявания и неефикасности в системата на здравеопазването. Предоставянето на помощ се управлява от негъвкави елементи на входните параметри, а не от клинично определени норми и методи, основани на резултати. Доставчиците на всяко равнище на помощ са фокусирани върху постигане на максимални приходи, а не лекуване на пациентите в най-подходящите условия.

В доболничната помощ НЗОК не упражнява адекватно своята покупателна сила, за подпомагане ефикасността на системата. Начините по които се изпълняват услугите, и търговските споразумения сключвани от НЗОК, биха могли да бъдат подобрени, тъй като те засилват тенденцията за скъпа болнична помощ в здравния сектор. Такива са: диспансерните пациенти; липсата на лимит на направления за хоспитализация; липсата на контрол при неоснователни хоспитализации; тромавост на доболничната система за образни изследвания; ниско заплатени ВСД; едновременната работа на специалисти в доболнична и болнична помощ.

Системата за договориране и заплащане на болничните лечебни заведения допринася за продължаващите проблеми:

- Парите, следват пациента, което силно стимулира ЛЗБП да приемат все по-голям брой пациенти;

- НЗОК няма право да отказва сключване на договор с ЛЗ получило разрешително за лечебна дейност от МЗ. Пропорционално се засилва както конкуренцията между тях, така и индивидуалните стимули за свръххоспитализация;

- Липсата на хоспитализационни критерии, дава възможност на пациенти сами да се насочат към съответно спешно отделение, за да бъдат хоспитализирани;

- Цените на клиничните пътеки не отразяват ефикасно себестойността на ресурсите в клиничната практика, което стимулира преместване на пациенти в по-високоплатени КП;

- Източник на разхищения са алгоритмите на клиничните пътеки, които диктуват какви медицински грижи следва да бъдат предоставени, независимо дали отговарят на най-добрите интереси на пациента или дали има клинични показания за това;

- Липса на доверие в доболничната система.

КП упражнява определена финансовата тежест върху болничната здравна система. Други плащания към ЛЗБП от НЗОК за: специфични лекарства; някои медицински изделия; клинични процедури. Общо представляват около 84% от болничните бюджети. През 2001 година са създадени 30 КП за 13 специалности, при налични 253 болници. През 2008 година, броя на КП е 266, а болниците в България нарастват на 331.

Най-същественото приложение на финансирането чрез ДСГ е изместване на фокуса от входа към изхода на системата, което позволява планирането и разпределението на разходите да се обвърже с продукта на системата.

Използването на ДСГ е свързано с основни понятия, които са в пряка връзка с този подход:

- относително тегло на ДСГ - относителната тежест на тази група спрямо всички останали диагностично свързани групи;

- относително тегло - изразява очаквания разход за конкретен болничен случай по отношение на разхода за среден случай;

- еквивалентен случай - коефициент за привеждане на пациент с престой извън станартните долна(min)/горна(max) гранична стойност, относно времевия му престои за стандартен случай на съответната ДСГ;

- кейс-микс индекс - усредената мярка за сложността на лекуваните пациенти в едно болнично заведение, или общия брой еквивалентни случаи на национално ниво;

- болнична базова стойност - отразява средния разход за един болничен случай в дадено лечебно заведение;

- национална базова стойност - средна стойност за лечение на пациент на национално ниво;

- „цената" на която и да е ДСГ се определя като произведение от националната базова стойност по относителното тегло на съответната ДСГ за дадена болница.

Кейс-микс подоходът показва необходимостта от ресурси на болницата, според лекуваните пациенти, като заплащането е съобразено с характеристиките на лекуваните случаи. Лечение на по-тежки и по-скъпи случаи предопределя по-висока консумация на ресурси от дадена ДСГ, а оттам и по-висок бюджет. Болниците с по-висок кейс-микс индекс получават по-висок бюджет. По този начин се постига справедливо разпределение на ограничените ресурси между изпълнителите на болнична помощ. Кейс-микс подходът е начин за измерване колко "болни" са пациентите на дадена болница. Колко струват тези случаи е резултат от конкретното болнично лечение.

Ключов фактор за по-бързото придвижване към всеобщо здравно покритие е ефективното използване на ресурсите, съчетано с по-голяма мобилизация на ресурсите и подобряване на обединяването. Значително увеличение на ефективността може да се направи, чрез реформиране на платежните механизми особено за болничните услуги, заемащи един от най-големите дялове на общите разходи за здравеопазване във всички страни, независимо от нивото на доходите им [155,157].

За въвеждане на финансиране, чрез ДСГ е необходимо единствено консенсусно решение за прилагане от НЗОК, БЛС, МС, МФ, МЗ. Всички останали услови са налични: адаптирани за страната МКБ-9, МКБ-10 и Австралийската система; обучени специалисти за кодиране; хардуерна осигуреност на болниците; софтуер за кодиране и регистрация на клинични данни - закупен и внедрен; софтуер за регистрация на данни за разходи и остойностяване за целите на ДСГ - закупен и внедрен; ДСГ Групер - закупен; централна база данни за обобщаване и обработка - налична.

Развитието на софтуерните системи и централизирания поток от информация към централизирана база ще позволи създаването на възможности за получаване на бързи справки и вземане на компетентни решения. Възможности на ръководствата на

ЛЗБП да анализират и решават управленски задачи и алтернативи в реално време. Свързаността на системата с НАП и ГРАО поставя съответни контроли, свързани с гражданското състояние и осигурителен статус на болните. Заложените вътрешни контроли в специализирания софтуер позволяват получаваните данни да се оценяват като достатъчно достоверни.

Финансирането, базирано на ДСГ създава стимули за намаляване на разходите, чрез: намаляване на продължителността на престоя; предоставянето на по-малко изследвания/услуги и др., но тези неща не трябва да се случват за сметка на грижата за пациента и трябва да бъдат следени. Ако дълговете на болниците бъдат опростени или им бъдат отпуснати допълнителни средства, то тогава няма да има никакъв стимул те да работят ефикасно. Това не е "недостатък" на инструмента на финансиране - бил той КП или ДСГ, а проблем с прилагането му.

Положителните ефекти на КП са: парите следват пациента; получаване на финансов ресурс за действително извършена дейност; повишаване разходната ефективност на клиничната практика; стимулират стремежа към повишаване квалификацията на медицинския персонал и усъвършенстването на материално-техническата база; изграждане навици за коректно попълване на болничната документация; стандартизиран начин на лечение на национално ниво и възможности за оценка на качеството на медицинското обслужване

Клиничните пътеки са съвременен и бързо развиващ се инструмент за управление на болничните дейности; отворени системи и позволяват промени и подобряване в посока, ориентирана към потребностите на пациентите; удачен инструмент за договаряне, повишаване на качеството и контрол над изпълнението на договорите.

Получените резултати за влияние на клиничната пътека върху основни качествени показатели на болничната дейност са окуражаващи, но се нуждаят от по-широко анализиране в аспекта на медицинските изисквания и общата картина на състоянието на болничната помощ. Нарицателно име са на нещо лошо, а коментарите по тях предизвикват различна реакция в обществените и професионални среди. Особено в случаите, когато техните функции са изчерпани и недостатъчни, най-вече са пример за „недофинансиране" на болничната помощ. В настоящия момент

функцията на клиничните пътеки е по-скоро инструмент за финансиране на болнични дейности, а не средство за подобряване на качеството и повишаване на клиничната ефективност, поради: недофинансираност; нехомогенност на групираните в КП клинични състояния; липса на отчитане на придружаващи заболявания и усложнения; субективност при изготвянето; лесна манипулируемост при отчитането; изкривяване на реалната информация за заболеваемостта; невъзможност за реално отчитане на здравните потребности; липса на удовлетвореност;

Съществено предимство на ДСГ е това, че позволяват да се заплащат придружаващи заболявания и усложнения. При въвеждане на ДСГ ще се наложи да се увеличат средствата за болнична помощ. От друга страна комплексно лекувания болен няма да консумира последователно 3,4 до 5 клинични пътеки в едно ЛЗБП.

ДСГ включват всички познати нозологични единици, което дава възможност да се приемат трудни, диагностично неясни случаи без страх от това дали пациентът ще влезе в една или друга КП, а разходите ще бъдат признати и заплатени НЗОК, не се стига и до изкривяване на хоспитализационната заболяемост.

ДСГ не е модел на заплащане, а измерител, който може да се използва при различни модели на заплащане: за услуга; за случай; за леглоден; капитация; глобален ресурс/бюджет.

Основната причина за повишаващата се популярност на прилагането на ДСГ при финансирането на болничната помощ в Европа се дължи на влиянието върху ефективността и качеството на предлаганите услуги, чрез: намаляване разходите за лекуван пациент; повишаване приходите за лекуван пациент и повишаване броя на лекуваните пациенти.

ИЗВОДИ

1. Българската система за финансиране на болничното здравеопазване и резултатите й изцяло се проектират от внедрените чрез НЗОК през 2000 година клинични пътеки.

2. Клиничните пътеки, първоначално предвидени като средство за осигуряване на качество, са се превърнали в средство за планиране, изчисляване и управляване на разходите.

3. Диагностично - лечебните алгоритми на КП съдържат стандартизирани болнични процедури на база среден разход на случай и водят до неопределен ефект от лечението.

4. КП не отразяват тежестта на заболяването или състоянието за определяне нивото на разходи и респективно за диференцирано заплащане. Стойността им се изплаща в пълен размер, без значение ефекта от лечението. Липсват КП за диагностично трудни случаи.

5. Методът на ДСГ в същността си е система за класифициране на пациентите, при по-точно измерване на болнчиния продукт в сравнение със съществуващите в момента системи.

6. С въвеждането на ДСГ изтичането на средства от НЗОК в болничната помощ би било пресечено, а болните ще получават комплексно лечение в едно отделение/клиника.

7. Съществено предимство на ДСГ е възможността за заплащане комплексното лечение на всеки болен, което елиминира последователните хоспитализации по КП, което би довело до по-евтино и ефикасно лечение.

8. При трудни и диагностично неизяснени болни, ДСГ имат потенциал за точно диагностициране, без риск от незаплащане на направените разходи. Същевременно хоспитализационната заболеваемст няма да бъде изкривявана.

9. ДСГ не е модел на заплащане, а измерител, който може да се използва при различни модели на заплащане на болничните услуги, а именно за: здравна грижа; диагностицирано заболяване; за леглоден; капитация; глобален ресурс/бюджет. Основната причина за повишаващата се популярност на прилагането на ДСГ при финансирането на болничната помощ в страните на Европейската общност се дължи положителния им ефект върху ефективността и качеството на предлаганите услуги.

10. Съществуват няколко важни предимства, свързани с прилагането на базираното върху ДСГ финансиране: 1) Намаляване разходите за лекуван пациент; 2) Повишаване приходите за лекуван пациент и 3) Повишаване броя на лекуваните пациенти.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От направения анализ на болничното здравеопазване в Република България и основното финансиране на ЛЗБП, чрез метода на КП се установява, че клиничните пътеки, които първоначално бяха предвидени, само като средство за осигуряване на качество се превърнаха в средство за планиране, изчисляване и управляване на разходите. В технологията на разработването им на първия етап - създаване на диагностично лечебен алгоритъм се последва от изчисляване на разходите за дейности. Планирането и изчисляването на разходи при клиничните пътеки се извършва на базата анализиране на медико-статистически и икономически данни,

Диагностично - лечебните алгоритми на клиничните пътеки, представени на база професионален опит от разработчиците на КП - научните дружества и националните консултанти съдържат набор от стандартизирани болнични процедури, които са ресурсно осигурени на база среден разход на случай и водят до неопределен ефект от лечението.

От друга страна понастоящем във финансирането на болничната помощ в страната не се използва факторът тежест на заболяването или тежест на състоянието при хоспитализация за определяне на нивото на разходи, спрямо различна тежест и респективно за диференцирано заплащане.

В КП липсват медицински параметри за тежест на заболяването, не са включени критерии за оценка на медицинските резултати от лечението в рамките на изхода от хоспитализацията. Себестойността на КП се изплаща в пълен размер на ЛЗБП, а не съобразно разходите, свързани с тежестта на заболяването или ефекта от лечението - оздравял, с подобрение, без промяна, с влошаване или починал. Едно и също заболяване с различна степен на тежест се заплаща на една и съща цена. Това води в случаите при висока степен на тежест до невъзможност за покриване на болничните разходи.

Поради липса на КП за диагностично трудни случаи, приема и лечението на такива болни е във финансов ущърб на болничното заведение.

„Цените” на КП не включват реално необходимите за тях ресурси, не са предвидени и разходи за трудово възнаграждение.

След разглеждане същността на метода на ДСГ се установява, че се касае за система за класифициране на пациентите при по-точно измерване на болничния продукт в сравнение със съществуващите в момента системи, респективно ДСГ не заделят автоматично по-висок процент от БВП за здравеопазване.

Необходимо е да се отбележи, че въвеждането на системата на ДСГ, която отчита точно болничните разходи - медицински и немедицински, изисква задължително пълно покриване и 100% финансиране на тези разходи. В противен случай системата не работи и няма смисъл от нейното внедряване.

Известно е, че в някои случаи се поставя диагноза, която не отговаря точно на състоянието на пациента, но пък за сметка на това е включена в КП с по-високо заплащане. Това явление не е „български патент“. Феноменът се нарича „up-coding” и е описан за първи път в САЩ. С въвеждането на ДСГ изтичането на средства от НЗОК в болничната помощ ще бъде пресечено, а болните ще получават комплексно лечение в едно отделение/клиника. При сегашната система те се лекуват е две, три и повече отделения/клиники, всяка от който отчита КП.

За да се преодолеят възможните недостатъци, например необосновано нарастване на хоспитализациите, от прилагане на подхода заплащане на случаи по ДСГ, се практикува комбиниран метод. Той се състои от случаи по диагностично-свързана група в рамките на глобален бюджет, при които на болниците се заплаща по цени на ДСГ, но се определя “проспективен 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 тях се гарантира, че приходите на болниците не могат да бъдат по-малки от или да надвишат съответната горна граница на определеният бюджет. 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.

Сравнителният анализ на двата метода показва, че въвеждането на КП, като метод за финансиране на болничната помощ в България през 2001г. безспорно е било добро решение за тогавашните времена. Техните положителни страни, като това, че: парите следват пациента; получаването на финансов ресурс за действително извършена дейност; повишаване разходната ефективност на клиничната практика;

стимулиране усъвършенстването на материално-техническата база; изграждането на навици за коректно попълване на болничната документация и работа с хардуер и софтуер на болничния персонал; стандартизиране начина на лечение на национално ниво; възможността за по-пълно задоволяване на потребностите на здравноосигурените лица и разширяването на достъпа на осигурените лица до по-голям брой болнични лечебни заведения безспорно са имали заздравяваща функция клиничната и финансова част в системата на болничното здравеопазване.

19 години по-късно на яве излизат и недостатъците на КП, най-вече като основен финансов инструмент за финансиране на болничното здравеопазване. Финансирането на болничното здравеопазване в Република България е изправено пред нови проблеми, за който системата на КП нямат решения. Освен това в медицински аспект се оказва, че системата на КП има сериозни недъзи на съвременните аспекти, за които тя няма решение.

Тази система вече е изконсумирана, неефективна, остаряла и е необходимо да бъде сменена, за да не се задъхва и целият здравен отрасъл в страната.

Недвусмислен показател за необходимостта от промяна във финансирането на болничния отрасъл в Република България, е внедряването й както в световната, така и европейската здравни системи. Практиката показва, че ДСГ е адекватна на съвременните изискания за финансиране, контрол и повишаване качеството на лечебната услуга много по-гъвкава и удачна е системата на диагностично свързаните групи.

Въвеждането на ДСГ в България няма да е катарзисно, както внедряването на КП през 2001г. Всички ЛЗБП са оборудвани с хардуер, софтуер, обучени кодировчици и най-вече изградени навици у медицинския персонал за работа с компютърна здравна система.

От финансов аспект еднократната хоспитализация на заболял в абсолютни стойности може да е с по-високи изражения, но системата на ДСГ ще предотврати последователно лечение на един болен в няколко клиники по няколко клинични пътеки. Като краен резултат системата на ДСГ ще оптимизира разхода за финансиране на болничната помощ в Република България.

И не на последно място медицинския аспект при системата на ДСГ е постигане на по-качествено и всеобхватно лечение за всеки болен. Обвързаността на ДСГ с крайния резултат и изхода от лечението спрямо финансирането за ЛЗБП е най-важното предимство, което отново ще направи медицината в България клинично-хуманна, а не пътечно-финансова.

ПРЕПОРЪКИ

Въз основа на получените резултати от проучването, експертните анализи и оценки са формулирани препоръки за оптимизиране на проблемите, а именно:

1. Към Надзорен съвет на НЗОК за преразглеждане начина на финансиране в болничното здравеопазване и преминаване от модела на КП към ДСГ.

2. Към Здравана и Бюджетна комисии при НС за внедряване на ДСГ, като нова система за финансиране на болничната помощ.

3. Към БЛС да внесе разяснения сред лекрите в Република България, необходимостта от промяна в системата за финансиране, предимствта и недостатъците й.

4. Към НЗОК; НОИ; НСИ; БЛС; МЗ и всичките лечебни заведения за активно лечение в Република България за изключително прецизно и предварително изготвяне на: относително тегло на ДСГ (ОТДСГ); относително тегло (ОТ); еквивалентен случай (ЕС); кейс-микс индекс (КМИ); болнична базова стойност (ББС); национална базова стойност (НБС) и цената на всяка ДСГ.

5. Въвеждане метода на заплащане базиран на ДСГ в Университетските болници за две години, последователно въвеждане за Национални, Окръжни и Градски болници.

ПРИНОСИ

1. Първа по рода си дисертация в сферата на болничното финансиране с целенасочено и задълбочено проучване на двата метода на финансиране – ДСГ и КП.

2. Дадени препоръки, мнения, последователност и етапност за преминаване от един към друг метод на финансиране в болничното здравеопазване.

3. Изследвания и обобщения, посветени на съдържателните характеристики на „диагностично-свързаните групи“ като принципно нов за родната практика метод за финансиране на болничната помощ, чието въвеждане притежава потенциал за постигане на адекватно заплащане за лечението на всеки пациент и елиминиране на слабостите на действащия в момента метод на „клиничните пътеки“.

4. Извършен анаиз за приложението на предлагания метод в целия свят и как ще се отрази при прилагане в нашата страна.

5. Извършен анализ и дадени препоръки за по-ефективно и по-справедливо разпределение на ресурсите между болниците, съобразно сложността на лекуваните случаи.

6. Извършената емпирична оценка на ефектите от преминаването на финансирането на болничната помощ от „клинични пътеки“ към „диагностично свързани групи“ и изведените в тази връзка възможни проблеми пред болничния финансов мениджмънт.

СПИСЪК С НАУЧНИ ТРУДОВЕ ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ В НАУЧНИ ФОРУМИ

1. Science and research; 3 Volume, 2019, Number 1. Medical biology studies, clinical studies, social biology stdies, clinical studies, social medicine and health care; Effects of the introduction of DRG in the healthcare systems of European countries; Yana Kashilska, Atanas Petkov; ISSN: 2535-0765; Publisher: Union of Scientists - Stara Zagora, Bulgaria, НАЦИД РИБД ID № 2852

2. Science & Technologies; 25 Volume IX, 2019, Number 1: Medical biology studies, clinical studies, social biology stdies, clinical studies, social medicine and health care; Introduction of DRG as a financing method in hospital healthcare in the Republic of Bulgaria; Yana Kashilska, Atanas Petkov, ISSN: 1314-4111; Publisher: Union of Scientists - Stara Zagora, Bulgaria, НАЦИД РИБД ID № 2852

3. Science & Technologies; 33 Volume IX, 2019, Number 1: Medical biology studies, clinical studies, social biology stdies, clinical studies, social medicine and health care; Analysis of hospital financing in the Republic of Bulgaria; Yana Kashilska, Atanas Petkov, ISSN: 1314-4111; Publisher: Union of Scientists - Stara Zagora, Bulgaria, НАЦИД РИБД ID № 2852

4. Science and research; 4 Volume, 2020, Number 2. Medical biology studies, clinical studies, social biology stdies, clinical studies, social medicine and health care; History and future of DRG in Bulgaria; Yana Kashilksa, Atanas Petkov, Atanas Batashki; ISSN: 2535-0765; Publisher: Union of Scientists - Stara Zagora, Bulgaria, НАЦИД РИБД ID № 2852

5. International Journal KNOWLEDGE, Vol. 45; ACTUARY ASSESSMENT OF THE NHIF AND THE FINANCING OF HOSPITAL HEALTH IN BULGARIA; - Yana Kashilska,Atanas Petkov – под печат