

АНАЛИЗ НА ПРИХОДИ И РАЗХОДИ ПО КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ В ОБЛАСТНА МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА

Д-р Христо Хинков, Боян Захариев, Светлана Аврамова

Настоящият анализ разглежда бюджета на Многопрофилната болница за активно лечение в град Русе¹. В контекста на продължаващите обществени и експертни дебати относно финансирането на здравеопазването и в частност на болничната помощ целта на анализа е да се открият източниците на дефицит. Намерението ни е да дадем насоки за отговор на въпроса, защо някои болници трупат дългове, при ясното разбиране, че проучването на отделен казус не дава основание за обобщение относно цялата система. Все пак казусите дават поне два важни резултата – те ни ориентират къде да се търсят проблемите и понякога показват недостатъците на прекалено стандартизираните подходи, които не отчитат достатъчно спецификата на видовете болници и дори на отделната болница. Типичните стандартизирани подходи боравят със средни величини за системата, но отклоненията от средните невинаги се дължат на болницата. Когато отклоненията от средните са много големи, има голяма вероятност анализът да е пропуснал някои важни фактори, които са определящи за разликите.

1. Структура на приходите и източници на финансиране

Съгласно със Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) финансирането на лечебните заведения за болнична помощ се осъществява по няколко пътя – основно от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), от републиканския бюджет, от общинските бюджети, от доброволни здравноосигурителни фондове, от местни и чуждестранни юридически и физически лица (Чл. 96 т. 1,2,3,4).

НЗОК

¹ Екипът на ИОО изказва благодарност на д-р Минчо Вичев, директор на Многопрофилната болница за активно лечение в град Русе за предоставените данни и анализи, както и за оказаното съдействие при изпълнението на този проект.

Болничната помощ в България се финансира по т. нар. клинични пътеки, които представляват алгоритми за действие по определена диагноза или медицински проблем. Заплащането на болничните медицински услуги по клинични пътеки започва през 2001 г., като първите пътеки по това време са 30 на брой. През изминалите 10 години броят им нараства до около 300 пътеки, които покриват над 80% от общата патология в страната. Процесът на изработване на клинични пътеки продължава, като предложенията за нови клинични пътеки се разглеждат ежегодно в рамките на така нареченото Национално рамково договаряне. По презумпция въвеждането на нови клинични пътеки в пакета за болнична помощ, финансиран от НЗОК, би трябвало да бъде съобразен с преобладаващата патология в страната и с честотата на възникнали случаи през годината. Всъщност в значителна част от случаите изработването и приемането на нови пътеки се влияе от лобистки натиск и от пазарни съображения. По този начин наред с най-често срещаната патология, за която има изработени пътеки, се включват и заболявания с по-ниска честота и по-малка обществена значимост. През последните няколко години поради проблеми, възникнали в хода на преговорите между НЗОК и представителите на съсловните организации, се налага практиката на едностранно формулиране на пакета от медицински дейности в болничната помощ.

Републикански бюджет

Примерната болница, която е взета за целите на този анализ, е регистрирана като акционерно дружество с първоначално 51%-дялово участие на държавата в лицето на министъра на здравеопазването и с 49% общинско участие. Теоретично общинското участие се разпределя съгласно с големината на съставните общини, което определя и дяловото участие в акционерното дружество. На практика този модел на съфинансиране от страна на малките общини в дадената област не функционира, тъй като основните плащания (доколкото ги има) се осъществяват от голямата община в областта. Фактически след 2006 г., когато всички плащания за болнична помощ се прехвърлят на НЗОК, общините участват с незначителни дялове във формирането на бюджета на големите областни многопрофилни болници. До 2008 г. се беше утвърдила практиката тези болници да натрупват задължения,

които в края на годината се изплащат в различен размер от републиканския бюджет. Изплащането на дълговете на болниците от страна на Министерството на здравеопазването (МЗ) в редица случаи води до изкупуване на дял от акционерното дружество, като по този начин в някои областни болници държавното участие достига до 60 и повече процента. За конкретната болница този дял през годините е нараснал до 52%. Причините за натрупване на дълг на големите многопрофилни болници е тема, която е обсъждана многократно, и във втората част на настоящия анализ ще бъде направен опит да се покажат основните механизми на този процес.

Доброволни здравноосигурителни фондове

Друг източник на финансиране е доброволен здравноосигурителен фонд. В България има около 20 здравноосигурителни фонда, като общият им пазарен дял в системата на здравеопазването не надхвърля 2% ((37 млн. лева за 2009 г). Очевидно е, че този източник на финансиране не може да бъде от съществено значение за болница от такъв мащаб.

Приходите от местни и чуждестранни юридически и физически лица са различни и основно под формата на дарения за апаратура или частични ремонти. По-рядко има дарения с лекарства поради режима на лекарствоснабдяване у нас и поради невъзможността да се ползват официално лекарства, които не са регистрирани в Изпълнителната агенция по лекарствата (ИАЛ). По-голямото перо от физически лица идва от потребителските такси за болничен престой, които са 2% от минималната работна заплата за страната и се плащат до 20-ия ден от престоя в болницата, но този източник не е от съществено значение поради намаляването на болничния престой съгласно с изискванията на клиничните пътеки и поради несъответствието на направените режийни разходи и размера на таксата.

Така приходите на една многопрофилна областна болница основно се формират от постъпления по договори с НЗОК, т.е. за оказана медицинска помощ на осигурени лица, на второ място са целевите субсидии² от държавния бюджет или в по-малкия брой случаи от общинските бюджети, приходите от

² От 2008 г. големите болници получават субсидия за някои дейности, като хемодиализа, дейности в интензивните отделения, спешната помощ, ТЕЛК.

физически лица под формата на допълнителни плащания или по ценоразпис, съгласно с чл. 98 ал. 1. от ЗЛЗ, от даване на обособени части под наем на трети лица, от извършване на услуги, несвързани с медицинска дейност, срещу заплащане по договор, като перални услуги или изгаряне на материали – там, където има условия за това (инсинератор), и др.

2. Анализ на приходите и разходите по отделните клинични пътеки

Основните разходи на болницата са свързани с предоставянето на медицински услуги. Както беше отбелязано, разходите за медицинските услуги за болнична помощ се заплащат по клинични пътеки, които имат фиксирана цена. В тази цена отделните съставни части на пътеката, като консумативи, лекарства, режийни разходи и труд на персонала и пр., не са остойностени. Такова остойностяване се налага да се извърши от болничните мениджъри, които искат да имат ясна представа за реалните разходи, които болницата прави, и за разликата от цената на пътеката.

По-долу е направен анализ на приходите и разходите по клиничните пътеки на една многопрофилна областна болница за тригодишен период. Болницата е от областен тип, персоналът е около 1000 души и разполага с около 600 легла.

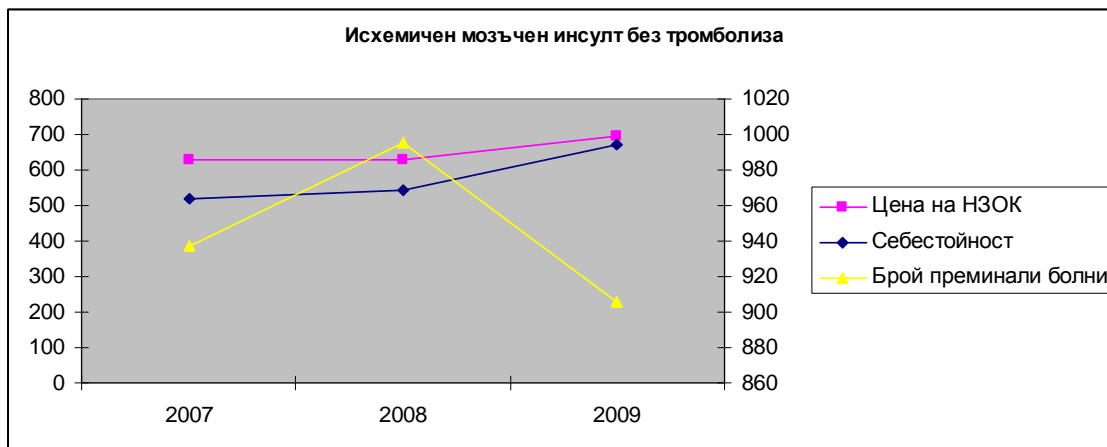
В анализа е използван оборотът на пациенти по съответната пътека. Взети са за пример няколко клинични пътеки, които са сравнени по три показателя – приход, разход и брой преминали болни за тригодишен период (2007-2009 г.).

Клинична пътека „Исхемичен инсулт без тромболиза“

Цената, която НЗОК заплаща по тази пътека през 2009 г., е 693 лв, което е с 63 лв повече от предходната година. Себестойността на пътеката в конкретната болница е 673.7 лв, т.е. пътеката е „печеливша“ за болницата.

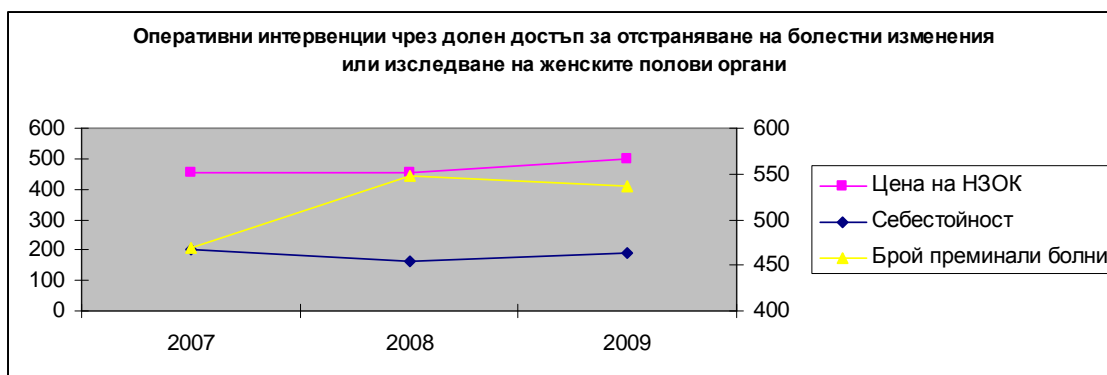
При анализа на тази пътека се оказва, че за тригодишен период само от леко увеличение на цената на пътеката през 2009 г. в края на годината и леко намаление на броя преминали болни (който общо взето варира в малки

граница от 995 през 2007 г. до 906 през 2009 г.) болницата излиза на печалба с 17 513 лв.



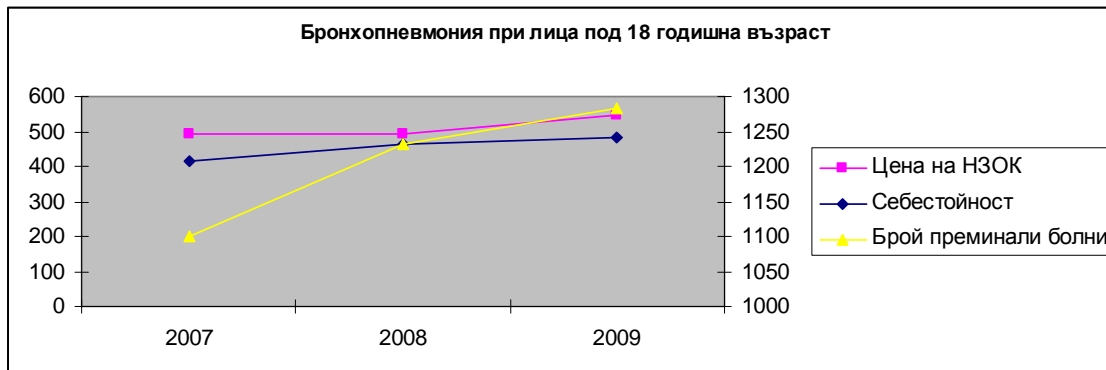
Клинична пътека „Оперативни интервенции чрез долен достъп за отстраняване на болестни изменения или изследване на женските полови органи“

Тази пътека е с най-голяма печалба за болницата поради действието на два фактора - висок брой преминали болни и ниска себестойност на пътеката за болницата.



Клинична пътека „Бронхопневмония при лица под 18-годишна възраст“

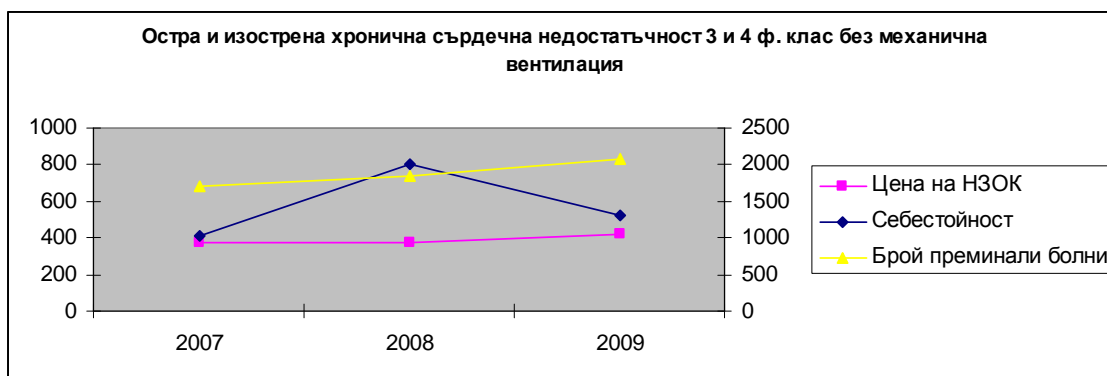
Тази пътека е подобна на предишната. По нея са отчетени 1283 пациенти за 2009 г., като разходът на болницата е бил 89% от цената на пътеката и по нея е реализирана печалба от 80 000 лв. За тригодишен период динамиката на разходите по тази пътека са:



Общо за 2009 г. болницата е реализирала печалба по 79 пътеки, чиято себестойност е по-ниска от цената на НЗОК. Печалбата от тези пътеки болницата е преразпределила за покриване на драстични несъответствия при други клинични пътеки, които са със значително по-ниска цена от реалните разходи, които болницата прави.

Клинична пътека „Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф. клас без механична вентилаци“.

По тази пътека за 2009 г. болницата е отчетла най-много пациенти – 2073. Недофинансирането по тази пътека е сравнително малко - преразходът на болницата е само 125%. Въпреки това за тригодишен период болницата е успяла да намали разходите си при относително запазване на цената на пътеката и при устойчиво нарастване на броя на болните. Така загубата в края на 2009 г. е 219 хил. лв., което е с 154 200 лв. По-малко от предходната година:



Пример 5. „Екзотични клинични пътеки“

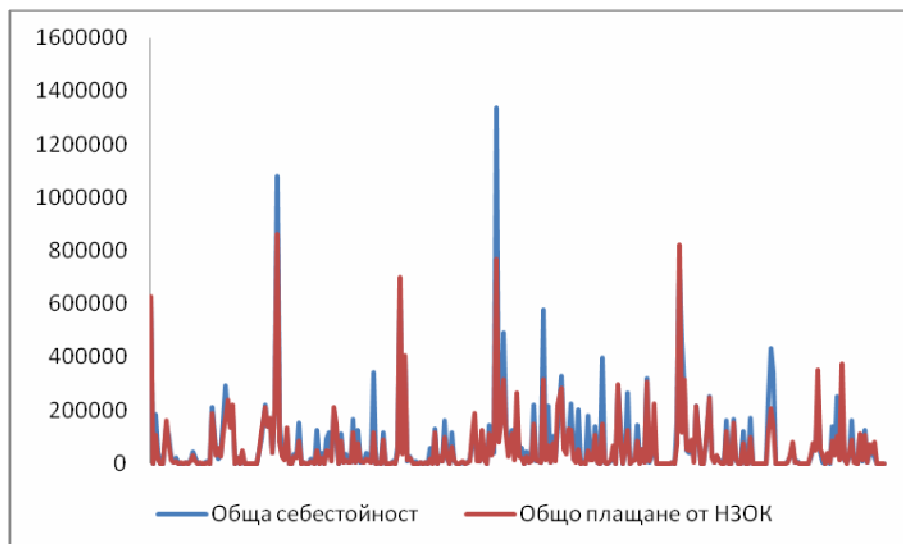
Наред с „многооборотните“ пътеки съществуват и такива, които биха могли да се нарекат „екзотични“, т.е. честотата при тях е много ниска, но пък себестойността на пътеката за конкретната болница се оказва много по-висока от цената на НЗОК. При три от пътеките преразходите на болницата надхвърлят 1000%, като обслужените болни са общо 4. Така спестяванията, които са направени при огромно множество болни по други пътеки с цени, близки до реалните разходи на болницата, отиват за лечението на диспропорционално малко болни.

Клинична пътека	Цена НЗОК за един болен	Общ разход на болницата	Брой преминали болни	Получени от НЗОК	Преразход
Заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица над 18 години	300 лв	6706 лв	2	600	6106 лв (1118%)
Тежка черепномозъчна травма - консервативно поведение	693 лв	6991 лв	1	693	6298 лв (1009%)
Оперативно лечение на поражения, предизвикани от ниски температури (измръзване)	289 лв	3899 лв	1	289	3610 лв (1349%)
Общо		17 596 лв	4	1582	16 014

От гледна точка на чисто икономическите стимули болните, чиито диагнози изискват лечение по тези клинични пътеки, би трябвало да бъдат немного желани пациенти, което да доведе до създаването на прегради пред тяхното приемане в болниците. Тъй като заболяванията, попадащи в изброените клинични пътеки, изглежда са изключително редки, поемането на преразхода по тях като цяло не представлява сериозен проблем за болницата.

Но това не трябва да е повод за пренебрегване на проблема, тъй като зле калибрираното финансиране освен прегради пред пациентите може да създава и други лоши икономически стимули. Освен че пациентите с диагнози, които препращат към недофинансирани клинични пътеки, могат да бъдат по-нежелани, по някои добре финансирани клинични пътеки може да се появи допълнителна дейност, почти изцяло индуцирана от „предлагането“.

Като цяло има сериозни основания да се предполага, че сегашното финансиране на болниците е засегнато едновременно, макар и в нееднаква степен, и от трите възможни дефекта на една система за финансиране.



Както се вижда от горната графика, реалната себестойност на голяма част от клиничните пътеки надхвърля общото плащане от НЗОК.

Това води до като цяло негативен баланс, показан на долната графика.



Разходите за консумативи, лекарства и др. за съответното отделение в болницата се описват в нарочна тетрадка. Болницата има изградена информационна система, която обработва цялата постъпваща информация и дава възможност да се следят реалните разходи на болницата по договорите с НЗОК. Лекарствената политика на болницата е оптимизирана на разходите за лекарства, като болницата си е създавала собствена позитивна лекарствена листа. Всяка заявка за по-скъпи медикаменти се аргументира пред директора. За изминалия тригодишен период е налице сравнителна устйчивост в броя на преминалите болни, с малки изключения, – средно около 30 хиляди болни.

От общо 217 клинични пътеки, по които се е отчетла за 2009 г., болницата е била в преразход за 136, или повече от половината от всички изпълнени пътеки, а по останалите 81 е имала излишък. От 30 746 преминали болни за 2009 г. за 19 333 болницата е платила повече, отколкото е получила по договор с НЗОК. От всички отчетени пътеки за 2009 г. болницата е получила от НЗОК сумата от 17 458 000 лв., а е изразходвала 21 517 452 лв, или е била в преразход от 4 059 389 лв.

По 106 клинични пътеки има преразход през всяка една от трите години. Това са недофинансирани клинични пътеки, по които редовно има пациенти. По 124 клинични пътеки има преразход всяка година, когато клиничната пътека се използва, но по тези клинични пътеки има и „празни“ години.

Тъй като разполагаме само с осреднени данни за разхода на болницата през всяка конкретна година, не може да се прецени каква е степента на разпръскване на данните около средната. Но по някои клинични пътеки с малък брой пациенти големите разлики в средните стойности на реалните разходи от година в година показват, че заболяванията, лекувани по съответната клинична пътека, генерират силно вариращи разходи. Ние не знаем на какво могат да се дължат тези флуктуации, но самото им наличие е предпоставка за непредсказуемост на разходите и финансова нестабилност на болниците. Голямата дисперсия на разходите в рамките на една и съща разходна единица е сигнал, че системата за финансиране не е добре направена. При такива обстоятелства простото калибриране на цените с цел доближаване до реалните разходи не би било достатъчно и в определени периоди в някои болници ще продължат да се появяват прекомерни излишъци или дефицити. В такъв случай най-доброто решение остава преминаване към друга таксономична система на разходните единици. Но за момента нашият анализ, направен на базата само на една МБАЛ и без данни за реалните разходи пациент по пациент, не дава достатъчно основания да се определи дали клиничните пътеки са по принцип недобър инструмент, или просто има сериозни дисбаланси в тяхното остойностяване.

През 2008 г. от 220 клинични пътеки, по които са преминали пациенти, по 157 има преразход, а през 2007 г. от 229 клинични пътеки, по които са преминали пациенти, по 137 има преразход.

За тригодишен период всички пътеки са променили цената си в посока на увеличение, което не съответства на броя на болните, преминали по тях. Заедно с това броят преминали болни по отделните пътеки варира за същия период както в посока на увеличаване, така и в посока на намаляване. Логично би било динамиката на този показател да е обвързана с цената на клиничната

пътека, т.е. ако броят преминали болни се увеличава през годините, това означава, че разходите на болницата също се увеличават, което пък би трябвало да се компенсира с цената на пътеката. В случая имаме устойчиво умерено нарастване на цените на всички клинични пътеки, докато броят преминали болни е различен в различните години, но не задължително в посока на увеличаване. Макар да приемем, че честотата и тежестта на боледуване с една диагноза може да варира в различните области – простият съпоставителен анализ показва, че завишаването на цените на пътеките не е обвързано с реалните нужди на населението от медицинска помощ по съответната диагноза или проблем. От друга страна, независимо от увеличението на цените на всички пътеки през наблюдавания период, както и независимо от преразпределението, което болницата прави за сметка на спестените средства по пътеки с по-ниска себестойност от цената им по НЗОК, разходите на болницата устойчиво изпреварват приходите.

3. Проблеми при изпълнението на клиничните пътеки. Интервюта с болнични мениджъри в три болници от различен тип – средна общинска болница, голяма областна многопрофилна болница и национален център.

Основният проблем, който се изтъква от интервюираните и в трите болници, е фиксираната цена на пътеката, независимо от тежестта на протичането на заболяването.

... дали болният е бил в тежко състояние, в леко състояние, защото има точкова скала, по която може да се види горе-долу в каква степен на тежест на мозъчния инсулт е бил човекът, Касата заплаща една и съща цена, независимо от тежестта на заболяването и от престоя в болницата. Твърдо фиксирана цена. (Из интервюто на мениджър на общинска болница)

Вторият проблем, поставен от интервюираните, е свързан с изследванията. В някои случаи тези изследвания може да се окажат излишни, но трябва да бъдат отчетени, за да се получат средствата по пътеката. В алгоритъма на клиничната пътека има описани и незадължителни изследвания, които обаче не се плащат – решението за доуточняване на диагнозата остава за сметка на болницата. В тези случаи качеството на медицинската помощ се

поема от болницата. Едно сериозно препятствие пред реалното остойносттаване на дадена клинична пътека е липсата на вътрешно отчитане на отделните единици дейност или материали, лекарства, консумативи и пр., които съставят целия алгоритъм. Според интервюираните материалите, вложени в дадена пътека, може да бъдат остойностени в рамките на болницата, докато единственият ориентир за остойносттаване на лекарския труд е пазарната цена на дадено изследване извън вложените консумативи, амортизационни отчисления, режимни и пр. Остатъкът от тази цена би трябвало да представлява вложеният труд на лекаря, на лаборанта или на сестрата, заедно с евентуалната печалба, която болницата би реализирала като търговско дружество. Проблемът е, че при всеки болен влягането на лекарски труд е различно и не може да се стандартизира. Разбира се, отчитането на лекарския труд в рамките на болницата е възможно при наличие на управленска счетоводна система, която отчита часовата натовареност на всеки специалист. Това позволява общият брой отработени часове да бъдат агрегирани и умножени по часовата ставка (брутното месечно възнаграждение, разделено на броя работни часове) на съответния специалист.

Ние също по някой път може четири часа да се занимаваме с един пациент, който е неясен... Примерно болен в шокова зала, докаран с бърза помощ в кома. И това не е един, ами няколко човека примерно в продължение на няколко часа, могат да го уточняват. ...Има случаи, в които диагнозата я поставяш от вратата. Не си движи крайниците, не може и да говори. Има хора, които примерно не могат да пазят равновесие. То е симптом на много други заболявания. Трябват много повече неща да се изключат, за да се видят и да се прегледа, ако щете, много по-задълбочено. Много повече да се разпитва. Но хайде да кажем, че при първия контакт с пациента поне половин час има. Говорим за неусложнените случаи. И трябва да бъде разпитан, трябва да бъде прегледан. Трябва да се разбере за съпътстващи заболявания. С какво се лекува, как се лекува. Така че това е минимум половин час. (Из интервюто с мениджър на национален център)

Клиничните пътеки са относително прост начин за класифициране на случаите с малко номенклатурни единици, но не могат да отчитат адекватно

съпътстващите заболявания, които генерират невъзстановими от НЗОК разходи.

Значи ето, в момента ние имаме болен точно с инсулт и е дошъл с хипогликемия – много ниско ниво на кръвната захар. Значи на този пациент от приемането му се изследва кръвна захар на четири часа, съответно с последващи ендокринологични консултации. Необходимо е допълнително лечение за корекция на нарушението на глюкозния метаболизъм. И, да кажем имали сме други пациенти, инсултът се стабилизира до едно положение, но не може да се уточни лечението за диабета. И то черпи финансов ресурс от лечението на инсулта, като трудът на ендокринолозите също въобще не е оценен. (Из интервюто на мениджър на областна болница)

Подобни съпътстващи заболявания, които се появяват при едни пациенти и отсъстват при други, правят разходите трудно предсказуеми и много нестабилни. Това може да бъде един от основните източници на силна вариативност при разликите случаи.

Един основен въпрос, който се засяга по време на интервютата, е различната стойност на терапевтични и оперативни пътеки. Според някои от интервюираните парите изтичат към оперативните пътеки. Това неминуемо има отношение към качеството на цялостната медицинска услуга, тъй като е известно, че и най-добре изпълнената хирургична операция може да бъде опорочена от недобро обслужване или от липсата на рехабилитация в постоперативния период.

Навсякъде неврологичните, вътрешните, детските – неоперативните отделения, сме оцетени тотално. Да, парите изтичат към оперативните (отделения). (Из интервюто на мениджър на общинска болница)

Много сериозен проблем е ограничението за прием в болница по една и съща пътека, преди да са изтекли тридесет дни от последната хоспитализация.

Често пъти при усложнения се налага прием по друга сходна пътека или пък болните се задържат повече от необходимия срок, указан в пътеката, с цел пълното им стабилизиране и намаляване на риска от усложнения. Често пъти това става и по настояване на близките. Задържането на такива пациенти е почеста практика в малките общински болници, а най-рядко това става в големите национални центрове.

Болният няма никакво значение колко време ще го държиш, дали ще се върне, или не. Обикновено те го изписват в едно стабилизирано състояние, без този болен да може да прави нищо. Нито той, нито близките му. Това че някои го държат пет дена, а някои – десет, няма никакво значение. Нашите ги държат според пътеката, мисля, че шест или седем дни за инсулт. След което този болен трябва да се изпише. Значи в град А³ или в град Б може да го държат и петнайсет дена - няма никакъв проблем. Защото имат много легла и малко случаи. И на практика никой не наблюдава показателя среден престой. (Из интервюто на мениджър на областна болница)

Себестойността на дадена клинична пътека почти винаги е различна както от цената на НЗОК, така и в различните болници в зависимост от големината им, от броя на персонала, от ефективния мениджмънт и пр. Според мениджъра на областната болница себестойността за дадена клинична пътека в неговата болница в сравнение с тази в голяма университетска болница е до десет пъти по-малка. Причините според него се дължат на по-многобройния персонал, по-високите заплати и общо по-високата издръжка на болницата. Според същия мениджър тази причина, както и доброто управление, водят до компенсиране на недофинансираността на клиничните пътеки, макар болницата трудно да излиза на печалба. Болницата има сметка от дарения на апаратура или пък закупуване на такава от страна на принципала – в случая МЗ. По този начин амортизационните отчисления не се водят като разход. В тези случаи е въпрос за управленско решение и планиране на бъдещи приходи

³ Имената на градовете са заличени, защото позволяват идентифицирането не само на конкретни болници, но дори и на конкретни лица, извършващи посочената в цитата дейност.

от закупуване на собствена апаратура, макар това да е свързано със задължителни амортизационни отчисления.

Алгоритъмът на пътеката е универсален. Той изисква толкова изследвания и всеки ги прави. А скъпи изследвания има единствено в клиничната лаборатория, където продуктът действително може да се различава. Примерно, кое му е скъпото на едно изследване на скенер? Скенерът има амортизации, но ако апаратът е купен от министерството, амортизациите не са за сметка на болницата.. Само апаратите, купени от нас, са със знак минус. Тоест ние отчисляваме амортизационни с идеята, че след пет години този апарат ще се амортизира, обаче от нашите отчисления ние ще купим нов.

Ако е купен от министерството, той се заприходява с някаква стойност, но не отделяме амортизационни отчисления. Напротив, ние го броим като приход. Защото той е дошъл без пари. Логиката на счетоводителите е такава. Александровската болница например не знам някой път да си е купила нещо. Докато ние големи апарати, да речем, не сме купували, защото нямаме пари. Обаче всичко по-дребно, от типа на монитори, дихателни апарати, анестезиологични апарати, почти всичко е с наши средства. (Из интервюто на мениджър на областна болница)

Голям проблем създава на болничните мениджъри изискването за брой специалисти при сключване на договор с НЗОК. За да се сключи договор за дадена клинична пътека, трябва да се покрият изисквания за определен брой специалисти по съответната специалност. Така например в една от болниците има клиника по изгаряния и един специалист на трудов договор, докато изискванията за сключване на договор по такава пътека е те да са двама. От друга страна, липсата на договор на тази болница по тази пътека води до оскъпяване лечението на такива болни поради необходимостта от транспортиране на болните до друга клиника извън областта и до увеличаване риска за живота на тези пациенти. Този въпрос според интервюирания мениджър има отношение към здравната карта и изисква гъвкави решения, съобразени с конкретните условия.

Ето типичен пример. Тук имаме съдова хирургия, имаме отделение за лекуване на изгаряния. Тези отделения са уникални за цяла Северна България. Съдова хирургия имаше в Плевен. Там нещо се разклати, не знам дали се разтури или продължава, но със сигурност не е в същия вид. Другото такова отделение е в „Света Анна“ във Варна. Другаде няма съдова хирургия. Изгаряния има само във Военната болница във Варна. До София няма друго отделение за изгаряния. Изведнъж ти слагат една аритметика, трябва да имаш двама специалисти. И нашите отделения трябва да спрат да работят, защото имат един... И няма кой да предложи да видим картата, къде може да се лекуват тези изгаряния? Защото един болен с 40-50% изгаряния е нетранспортабилен, той е в шок. Ти ще го натовариш вечерта, ще трябва с него да отиде и анестезиолог, да отиде да го гледа някой. Там кой ще го види до сутринта, не се знае и т.н. И в един момент като казаха, че ще затварят отделения, защото няма специалисти, тук целият регион ми се обаждат и ме питат ние какво да правим с нашите хора. (Из интервюто на мениджър на областна болница)

Мнението, че намаляването на броя на леглата като ресурс за оптимизиране на болничната помощ е изчерпано, се споделя от интервюираните. Нещо повече, по-нататъшно съкращаване на легла ще доведе до влошаване на обема и качеството на медицинските услуги.

Като цяло в болницата се наблюдава ясна тенденция към подобряване на всички индикатори за техническа ефективност⁴ поне от 2000 г., а за някои индикатори и от 1-2 години по-рано. Намалява броят на леглата при покачване на броя на преминалите пациенти. Това става чрез повишаване на използваемостта, чрез почти двойно покачване на оборота (броя пациенти на легло за година) и чрез свързаното с него намаляване на средния престой на пациент от около 1 десет дни до под шест дни в рамките на периода от 1995 г. до 2009 г.

⁴ Максималната техническата ефективност се постига, когато е невъзможно да бъде увеличена продукцията при същите входящи ресурси, нито да бъдат намалени входящите ресурси при същата продукцията. Тоест технически ефективно е производството без „фиро“. При анализа на болниците се използва версия на техническата ефективност, позната като „мярка за ефективност на Фарел“. (Farrell, M.J., 1957, The measurement of productive efficiency, Journal of Royal Statistical Society A 120, 253-281.)

Ние леглата ги намалихме наполовина през 1998–1999 г. и 2000–2001 г. И ако в началото имах 1200 легла, някъде към 2000 г. ги намалих, вече бяха към 700. След това ги намалих още, станаха 600. И оттук имам един цял блок, като излезем, ще ви го покажа, който се освободи. Защото тогава имаше легла, които бяха неизползваеми, излишни. И когато ти намалиш леглата, почнеш да реструктурираш цялата болница. В едно пространство на практика разполагаш две отделения. И сега аз им казах: Ако ние намалим (още) леглата, какъв ще бъде икономическият ефект? Никакъв. (Из интервюто на мениджър на областна болница)

Подобряването на техническата ефективност е общонационален процес, който обхваща цялата болнична система. НЦЗИ констатира, че за периода 2001-2009 г. средногодишният брой на болничните легла в многопрофилните лечебни заведения е намалял от общо 35 375 през 2001 г. на общо 27 073 през 2009 г., броят на преминалите болни през всички обхванати от анализа многопрофилни болници за активно лечение обаче се е увеличил с над 37% – от 927 005 през 2001 г. на 1 267 506 през 2009 г.⁵

Средните разходи за леглоден потвърждават извода, че претеглените разходи в големите болници са по-големи – т.е. в здравеопазването има дисикономии от мащаба. Това се вижда ясно и от данните на НЦЗИ за средния разход за един преминал болен през МБАЛ за периода 2001-2009 г.⁶ Разходите на преминал болен на областните и градските МБАЛ са по-високи отколкото при общинските МБАЛ, а разходите на преминал болен на Университетските и национални МБАЛ са най-високи. Това вероятно се дължи на факта, че по-големите и по-добре оборудвани болници приемат по-тежки случаи, които

⁵ Икономически анализ на дейността на лечебните заведения за болнична помощ в системата на общественото здравеопазване в Република България за периода 2001-2009 г. Прогнозиране за периода 2010-2014 г. София, Национален център по здравна информация, 2010, с. 8. Ред. Хр. Грива.

⁶ Икономически анализ на дейността на лечебните заведения за болнична помощ в системата на общественото здравеопазване в Република България за периода 2001-2009 г. Прогнозиране за периода 2010-2014 г. София, Национален център по здравна информация, 2010, с. 31. Ред. Хр. Грива.

изискват по-високи разходи. Това не означава непременно, че тези болници ползват с различна честота различните клинични пътеки. Не е невъзможно разликите в цената да идват от сериозни флуктуации в рамките на една и съща клинична пътека.

През същия период обаче се наблюдава и тенденция към влошаване на един от ключовите индикатори за качеството на медицинското обслужване м болницата – леталитета.

Исходната база за оценката на труда според интервюираните трябва да бъде единиците време, което е било необходимо за извършване на дадена манипулация, преглед, операция и пр.

Трудът трябва да бъде измерен, като бъде хронометриран. Така е в промишлените предприятия, тук е подобно. Защото една сестра примерно има 20 болни. Тя остава, да кажем сама, следобед или нощем. Всички манипулации трябва да бъдат ясни като време и съответно да се нанесат върху заплатата ѝ. И тогава ще имаме остойността, но не колко трябва да струва, а колкото струва в момента. Тоест ако една сестра работи десет часа, тя работи десет часа на базата на часовата ставка, която получава в момента. За да го остойностиш, трябва да кажеш: минимумът за една сестра е 1000 лв. заплата. А моята получава 500. И аз ѝ давам още 200, 300 от касата и стават към 800. Обаче сестринската заплата в моята болница е в пъти по-висока от много други болници. В Александровска сигурно нямат и 400, по причина, че има много лекари, които вземат фонда, за сестрите никой не мисли и там примерно този бонус от касата не се взема. (От интервюто на мениджър на областна болница)

Сегашният начин на финансиране на болничните услуги чрез лимити (т.нар. делегирани бюджети) е порочен, но още по-голям проблем е неравномерното разпределение на средствата от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) към съответните районни здравноосигурителни каси (РЗОК). Според един от интервюираните няма никаква аргументация защо едни РЗОК да получават едни пари, докато други –

при същата натовареност, идентичен характер на заболяемостта, брой обслужвано население и пр., да получават с пъти по-малко.

Често в описанието на необходимите дейности в алгоритъма на клиничната пътека има дублиращи се изисквания – напр. скенер и ядрено-магнитен резонанс. Понякога не е необходимо да се прави втори скенер при уточнена диагноза и това създава проблеми при отчитането на пътеката. При някои пътеки се налага използването на изключително скъпи медикаменти, които са равни на цената на цялата пътека. Освен че болницата влиза в преразход само от една манипулация по пътеката, често пъти липсата на адекватни разфасовки на използвания медикамент налага отваряне на втори флакон, от който се взема само половината, а другата остава неизползваема.

Неосигурените постъпващи по спешност представляват друг проблем от гледна точка на разходите на болницата. В момента на постъпването по спешност не може да се прецени по коя пътека ще бъде отчетен пациентът, тъй като общите реанимационни мероприятия са еднакви в повечето случаи и те започват още от приемното отделение. Разходите в тази част остават за сметка на болницата. Провеждането на различни консултации по време на спешното състояние също така не може да се остойности, тъй като трудът на различните консултанти от други отделения не се изчислява на часова база. Чак след овладяване на спешното състояние се пристъпва към установяване на осигурителния статут на пациента, като много често лечението му бива поемано от бюджета на болницата.

Проблемът с усложненията, които настъпват при съпътстващо хронично заболяване, е друг източник на преразход за болницата, тъй като не може да се отчетат две пътеки едновременно за един и същи болен, макар да има ясни индикации и за двете. Така лечението на второто заболяване също остава за сметка на болницата.

4. Заключение

Заплащането на болничната помощ по сега действащия модел на клиничните пътеки има няколко съществени недостатъка.

На базата на анализа на данните в обобщение можем да направим следните изводи:

- 1) Общият обем на финансирането по клинични пътеки е неадекватен на реалните разходи. Една голяма многопрофилна болница лесно генерира дефицити в рамките на милиони левове от основната си дейност. Тези дефицити не могат да бъдат компенсирани в значима степен от никой от останалите приходоизточници и като единствено възможно решение остава субсидията от Министерството на здравеопазването.
- 2) Остойността на клиничните пътеки е недобре балансирано, около две трети от клиничните пътеки генерират дефицити, част от тях значителни, а останалата една трета генерира излишъци, част от тях също немалки. В рамките на една голяма болница с многостранна дейност дефицитите и излишъците частично се балансират, защото средствата, спестени по определени клинични пътеки, може да се използват за дофинансирането на други. Но дори ако като цяло се постигаше пълен баланс, този модел на финансово управление не е за предпочитане, защото е силно чувствителен към изменения в заболяемостта и много нестабилен във времеви и в географски план.
- 3) В някаква степен самата класификация на разходните единици на базата на клинични пътеки вероятно не е съвсем добра. Клиничните пътеки имат фиксирани цени и не отчитат разходи, които може да възникнат в хода на заболяването и не са описани в пътеката. Невъзможността да се отчитат разходи по две или повече съпътстващи заболявания или усложнения принуждават болниците да поемат тези разходи от собствения си бюджет. В редица случаи това става в по-големите болници (областни, многопрофилни), които разполагат с апаратура и нямат аргументация да препратят болния в друга, по-висшестояща болница. Така колкото е по-малка една болница, толкова повече има шанс да не направи дългове, макар това да е за сметка на качеството на медицинската услуга.
- 4) Има данни, че разходите по някои клинични пътеки може да варират в широк диапазон от случай на случай. Една надеждна и справедлива система за финансиране трябва да минимизира подобни флуктуации.

Данните от нашия анализ обаче не дават възможност за окончателно становище по този въпрос.

- 5) Твърдите изисквания за наличие на определен брой специалисти като условие за сключване на договор по дадена клинична пътека създават големи проблеми на болничните мениджъри и натоварват самите пациенти, като понякога това е свързано с риск за живота им поради необходимостта да бъдат транспортирани в други лечебно заведение.
- 6) Цените на клиничните пътеки не са обвързани с реалните нужди на населението от съответната медицинска услуга, израз на което е броят преминали болни за минали периоди по тази диагноза. НЗОК не прави такива проучвания при определянето на цените на пътеките и не се съобразява със здравностатистическата информация, която болниците ѝ подават. Разпределението на лимитите по делегираните бюджети на регионално ниво е несправедливо и не почива на оценка за икономическа ефективност на болничните заведения.
- 7) Добрият мениджмънт може да компенсира до известна степен разликите в цената на клиничната пътека и реалните разходи на болницата чрез преразпределение на спестените средства от пътеки с по-висока цена от себестойността на услугата за конкретната болница, но в крайна сметка приходите като цяло надвишават разходите и болниците трупат дългове.
- 8) Преструктурирането на болниците не може да бъде обвързвано с намаляване на леглата, тъй като този ресурс за оптимизация на системата е изчерпан и не може да даде резултат. Необходими са нови форми на финансово управление на системата, които да отговарят на реалните нужди и капацитет на лечебните заведения.
- 9) Спешната помощ и спешните състояния оказват натиск върху бюджета на болницата, особено когато става въпрос за неосигурени лица. Анкетирани от нас лекари споделят, че според тях спешните случаи са с 30%-40% по-скъпи от плановите, дори когато са по една и съща клинична пътека.
- 10) Лекарският труд, който е включен в цената на пътеката, не може да бъде реално остойностен поради различните степени на натоварване по изпълнение на пътеките. Общото впечатление на мениджърите от големите болници е, че този труд е недооценен.

Сегашната практика на финансиране на болниците все повече се доближава до класическото бюджетно финансиране на исторически принцип, което е доказало своята несъстоятелност по отношение на мотивацията на работещите в системата, на качеството на предлаганите медицински услуги и на икономическата целесъобразност.

Необходимо е преоценяване на клиничните пътеки и съобразяването им с конкретните местни нужди от медицински услуги на големите болници. Това означава гъвкави цени съобразно със спецификите на местно ниво и наличната статистическа информация. Необходимо е обвързването на цената на клиничната пътека с броя на преминалите болни за определен период. Би трябвало да се въведат единни изисквания за вътрешно отчитане на разходите по клинични пътеки за всяка болница, като тези отчети стават основа за следващото договаряне.