

ОСТОЙНОСТЯВАНЕ И ФИНАНСОВА МАКРОРАМКА

Има ли всъщност устойчивостяване на медицинските дейности и кой реално го прави?

**В края на 2007 г. БЛС и НЗОК приеха две
съвместни методики за остойносттаване:**

В доболничната помощ

В болничната помощ

На базата на тях бе извършено остойносттаване на всички дейности и изработена макрорамката на бюджета, който да покрие действащия основен пакет при обемите, заложи от НЗОК

Методиката в доболничната помощ включва:

1. Изчисляване на преки, непреки разходи, разходи за амортизации и разходи за възнаграждения и осигуровки на персонала и общо месечни разходи на една практика.
2. Изчисляване на броя дейности според времетраенето им, които извършва една ефективно натоварена практика месечно.
3. Определяне ценови съотношения между различните дейности.
4. Изчисляване на цените на отделните дейности така, че ефективно натоварена практика да получи приходи, равни на разходите по т.1.

Методиката в болничната помощ включва:

1. Изчисляване на преки, непреки разходи, разходи за амортизации и разходи за възнаграждения и осигуровки на персонала и общо месечни разходи по отделения и по клинични пътеки в болниците на база софтуера на НЗОК по метода на стъпковата калкулация.
2. Получените данни за преките и непреките разходи са чисто счетоводни, занижени и не отчитат доплащанията и плащанията в натура. Затова се коригират по експертни оценки и по данни на болниците.

Отделят се разходите за труд, които болниците отчетат при сегашните ниски нива на възнаграждения и се коригират както следва:

1. Залагат се между 3 и 5 средни заплати за страната като средна брутна лекарска заплата и съответните производни съотношения за останалия персонал.
2. На базата на данните за персонала в болниците се изчисляват общо необходимите средства за заплати и осигуровки в цялата болнична помощ.
3. Получената сума се разделя на отчетената от болниците сума за заплати и осигуровки и с получения коефициент се коригират разходите за труд по всяка клинична пътека, получени чрез стъпковата калкулация.
4. От коригираните данни за отделните видове разходи се определя общата касова цена на всяка клинична пътека.

Определяне на макрорамката

1. На база изчислените цени за всяка дейност /прегледи, изследвания, клинични пътеки и др./ и прогнозните обеми за същата се изчисляват необходимите годишно средства за нея.
2. Сборът от стойностите на различните дейности дава необходимите средства в бюджета за ПИМП, СИМП, МДД, дентална помощ, болнична помощ.
3. Сборът от средствата по т. 2 дава годишната стойност за медицински и дентални дейности.
4. Като се добавят средствата за лекарства, лечение в чужбина, административна издръжка и капиталови разходи на касата, се получава разходната част на бюджета на НЗОК, необходима за покриване на определения от министъра основен пакет.

**На база на тези методики, БЛС подготви
предварително остойносттаване и
макрорамка на проектобюджета на НЗОК
за 2011 г.**

1. В таблицата, която ще видите, са заложени общо разходи на НЗОК в размер на 2 891 984 000 лв, от които 2 809 177 000 лв. за здравноосигурителни плащания.
2. Тези разчети са при действащия основен пакет в момента. При промяна, това ще се отрази в разчетите, като прехвърляне на средства от едни дейности в други.

Какво се крие зад тези числа най-общо?

ШИМП

Капитационно плащане:

Лица от 0 до 18 години – 1.87 лв.

Лица от 18 до 65 години – 1.35 лв.

Лица над 65 години – 2.04 лв.

Профилактични прегледи за деца - от 8.70 до 15.00 лв.

Профилактични прегледи за възрастни - 15.00 лв.

Диспансерен случай – около 45 лв. годишно на лице.

СИМП и МДД

Първичен преглед – 25 лв.

Вторичен преглед – 15 лв.

ИЛИ АМБУЛАТОРЕН СЛУЧАЙ – 35 лв.

Диспансерен преглед – 15 лв.

ИЛИ ДИСПАНСЕРЕН СЛУЧАЙ – 75 лв. годишно

Значително увеличена честота на диспансерните прегледи, съответно достъп на хронично болните до специалист

ЛКК - 12 лв.

Средна цена за високоспециализирани дейности – 33 лв.

Медикодиагностични дейности – средна цена на изследване – 3.75 лв.

БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Средна цена на клинична пътека – около 855 лв. при сегашна около 550 лв.

Средна цена за високоспециализирани дейности – 37 лв.

Годишен бюджет – около 1, 670 милиарда лева при достигнато максимално ниво през 2009 г. – 1, 070 милиарда лева.

КАКВО СТАВА, АКО ИЗЧИСЛЕНИЯТ РЕСУРС НЕ МОЖЕ ДА СЕ ПОДСИГУРИ КАТО ОБЩЕСТВЕН ПО ЛИНИЯ НА НЗОК?

Пакетът като видове дейности и обеми следва да отговаря на финансовия ресурс. Ако той е недостатъчен, следва да се изравни по някой или комбинация от следните способности:

- 1. Редукция на основния пакет.**
- 2. Редукция на обемите, т.е. на достъпа и генериране на листи на чакащи.**
- 3. Въвеждане на доплащане, покриващо разликата.**

ДОПЛАЩАНЕТО:

1. Увеличава финансовия ресурс.
2. Силно ограничава нерегламентираните и полурегламентирани плащания.
3. Ограничава ненужното потребление чрез ограничаване на ненужното търсене от пациента и необоснованото назначаване на дейности от лекарите.
4. Прави пациента основен контролор в системата.
5. Генерира силна мотивация за допълнително здравно осигуряване.

КОЙ ПЛАЩА:

**Този въпрос не е проблем на
лекарите.**

Дали дадена дейност ще се плати солидарно чрез
здравното осигуряване или от пациента, е решение на
обществото, което се изразява в солидарния обществен
ресурс, който представляващите го политици отделят за
здравеопазване.

БЛАГОДАРЯ ЗА ВНИМАНИЕТО!

Д-р Димитър ПЕТРОВ

Съветник към Български лекарски съюз

София, юни 2010 г.