

Християн Грива

---

**ОПРЕДЕЛЯНЕ НА РАЗХОДИТЕ  
ПРИ СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОРИ  
В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

Преглед на теоретико-методични постановки

София, 2000 г.

**Определяне на разходите при сключване  
на договори в здравеопазването**

*Християн Грива*

**ISBN 954-8541-07-6**

Национален център по здравна информация

София, 2000 г.

тираж 300

## Съдържание

Предговор .....	4
Списък на използваните съкращения .....	6
Специфични термини .....	7
Становище .....	8
Въведение в темата .....	11
Възможен подход .....	12
<b>Глава 1. Принципни положения .....</b>	<b>14</b>
<b>Глава 2. Анализ “отгоре надолу” и контролни сумарни разходи .....</b>	<b>28</b>
<u>Приложение А.</u> Класификация и анализ на разходите .....	36
<u>Приложение Б.</u> Минимален стандартен метод за отнасяне и разпределение на разходи към клиники(отделения) .....	44
<b>Глава 3. Определяне на разходите под ниво клиника(отделение) – анализ “отдолу нагоре” .....</b>	<b>56</b>
Литература .....	79

## Предговор

*Настъпващите промени (реформа) в системата на здравеопазването изискват специфични подходи в определянето на разходите на лечебните заведения при сключване на договори за дейност и лечение с финансиращите институции. За база на тази монография са взети приетите наскоро Закон за здравното осигуряване и Закон за лечебните заведения. Промените в начина на финансиране (в Закона за здравното осигуряване) и структурната реформа в здравеопазването, заложена в Закона за лечебните заведения, предполагат и относително нови (за България) начини за определяне и управление на ресурсите.*

*Новите видове извънболнични и болнични структури (по-голямата част от които са организирани по Търговския закон и по Закона за кооперациите) изискват създаване на адекватни бизнес-планове с точни разчети за определяне на разходите - база за предлагане на пазара на здравни услуги - стойности. Принципите на конкуренция в здравния сектор у нас не са развити все още, което предполага развитието на много нови знания и умения у здравните мениджъри и целия медицински персонал. Резултатите от този подход ще могат да бъдат оценявани в бъдеще.*

*Тази монография е насочена главно към някои лечебни заведения от извънболничната помощ (медицински и стоматологични центрове, диагностично-консултативни центрове, медико-диагностични лаборатории и медико-технически лаборатории) и лечебни заведения за болнична помощ (за активно лечение, за долекуване и рехабилитация), за многопрофилни и специализирани болници. Използвал съм редица оригинални документи и методични разработки на английската система на здра-*

*веопазване (NHS), които, след направената адаптация, смятам че са подходящи за приложение в българското здравеопазване.*

*Надявам се тази разработка (представена в по-достъпен вид) да бъде полезна за всички, работещи в здравния сектор в страната.*

**Авторът**

## Списък на използваните съкращения

БЛГ	Брой на леглодните
БМП	Бърза медицинска помощ
БХ	Брой на хоспитализациите
ГСМ	Горивно-смазочни материали
ЛДЗ	Лечебно-диагностично звено
МКБ	Международна класификация на болестите
ОЗ	Обслужващо звено
ОРП	Общи разходи по поддръжката
РГ	Ресурсни групи (вж. HRGs)
СПП	Средна продължителност на престоя
ТЛС	Трудово-лечебно стопанство
ТРЗ	Труд и работна заплата
HRGs	Healthcare Resource Groups (Ресурсни групи, РГ)
NHS	National Health Service (Национална здравна служба)

## Специфични термини

- ☑ “лечебно-диагностично звено” (ЛДЗ) и “обслужващо звено” (ОЗ) са условно обобщени понятия за обособени структури в извънболничните лечебни заведения или в болничните лечебни заведения;
- ☑ определянето на **разходите** представлява т. нар. “остойностяване” резултатът от което служи като база в процеса на сключване на договори между потребители и доставчици на здравни услуги;
- ☑ “доставчик” - лечебно заведение, предлагащо здравни услуги;
- ☑ “потребители” (купувачи) - пациенти, Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), Районните здравноосигурителни каси (РЗОК), осигурителни дружества за доброволно здравно осигуряване и други финансиращи органи.

## Становище

В процеса на реформата здравните институции започват да се превръщат в нещо качествено ново. От заведения на бюджетна издръжка, (която по правило не достига), относително слабо заинтересовани от крайния резултат на дейността си, и при практически липса на конкуренция между тях, те изведнъж (дори “революционно” - колкото и този термин да е дискусионен) ще трябва да се превърнат в икономически субекти функциониращи в конкурентен пазар. Това се отнася практически за всички институции - като се започне от основата на доболничната помощ - общопрактикуващите лекари и се стигне до болниците - многопрофилни и специализирани.

В тази обстановка досегашното управление на икономиката на тези институции ще трябва да се промени радикално. Те ще трябва да прилагат целият богат инструментариум на управлението на бизнес-организации - финансов мениджмънт, мениджмънт на човешките ресурси, маркетингови проучвания и програми, разработване на фирмени, стратегически и оперативни планове, управление по цели и много други.

Един от аспектите на управлението на икономиката на здравното заведение е анализа на неговите разходи - от позициите на производството и продажбата на продукта на заведението. В световната практика има огромно множество от изследователски методи, практически подходи и инструктивни материали по извършването на такива анализи. В българската литература в последните години се появили редица интересни разработки. Едно солидно изследване и всъщност имащо вида и на методична разработка представлява настоящата студия.

Разработката започва с работни определения на основни икономически категории: преки, непреки, фиксирани, полуфиксирани, променливи разходи, като същността им е пояснена с примери и схеми. Важно е здравните икономисти



да започнат да различават и уверено да прилагат в анализите си тези (отдавна известни в “нездравната” икономика).

Разглеждат се подходи за анализ на разходите - “отгоре - надолу” и “отдолу - нагоре” - т.е. от равнище заведение (“отгоре”) до най-ниското равнище (структурно звено) за анализ (“отдолу”). Подчертава се, че двата подхода са две страни на един и същ анализ и “следва да се разглеждат като повтарящи се части на един и същ процес”. Процесите са описани по отделни стадии, всеки стадий е представен с описание, схема на операциите в него и таблица за представяне на данните.

Обърнато е внимание на нещо изключително важно - на необходимостта за “установяване на национален методичен контрол”, от което следва и необходимостта от дефиниране на клиника(отделение) по определена номенклатура.

В две приложения са показани помощни инструменти за извършването на такъв анализ. на първо място това е разгърнатата номенклатура за класификация и анализ на разходите по длъжностни лица в структурата на институцията. Може да се дискутира адекватността на тази номенклатура на българската административна практика, но начина на организация на номенклатурата и типизацията на отделните разходи са безспорно полезни.

Друг дискуссионен въпрос е дали е целесъобразно включването на разходите за “капитални вложения” и “амортизации” в тези разходи. Известно е, че съществуващата нормативна база у нас не предвижда това включване. Може да се предполага и че интензивното икономизиране на процесите в здравната система ще доведе и до промени в тази база в посока на смекчаване (или отменяне) на тези норми.

Във второто приложение е показан т.н. “минимален стандартен метод за отнасяне и разпределение на разходите. Целта на предлагания метод е да се стандартизира във възможната степен процедурата по определяне на “разходите за лечение на един и същи пациент от различни доставчици”. Нагледно, детайлно и с много допълнителни пояснения са

показани двата етапа на класификация и отнасяне на разходите към съответни ядра на дейности. В “подробни бележки” са обяснени методи и показатели посредством които става това отнасяне.

Определянето на разходите “под ниво клиника(отделение)” (на равнище група пациенти) е обсъдено в глава 3. Показва се подходът прилаган в британските болници дефиниране на “здравно ресурсни групи” (HRG - Health Resource Groups). На следващ етап на анализа тези разходи по отделни групи се групират в т.н. “разходни пулове”, като е показана и базата за такова разпределение и нагледни таблици с примерни такива разпределения.

Целият материал е поднесен в коректен и стегнат стил, подходите са разбираемо представени на отделни етапи, стъпки, фази, теоретичните категории са илюстрирани и със схеми, а практическите подходи са представени с конкретни таблици със симулативни данни. Така представен материалът има вида (или лесно може да придобие вида) на конкретна методика приложима от болничните (и не само) мениджъри.

Има нещо изключително важно. В студията се има предвид, че “доставчика” или производителя на медицински дейности ще сключи договор с финансиращия орган на база на разходите които са извършени в съответното заведение. Във Великобритания това е така - Министерството на здравеопазването (регионалните му поделения) сключват такива договори със съответни болници. В наши условия предстои да се изясни дали Националната здравно-осигурителна каса ще заплаща болничния продукт на база на локалните разходи на всяка болница или по единни национално установени стойности (разходи или “цени”). И в двата случая обаче необходимостта от детайлно и прецизно анализиране на разходите за медицинските дейности на конкретната болница е съществено условие за успех в бъдещите конкурентни условия.

***Б. Давидов, доктор на медицинските науки***

## Въведение в темата

---

На всички етапи на процеса на определяне на разходите е необходимо да се поддържа документация, годна за одиторски цели.

Предвиденият обем услуги, въз основа на който ще бъдат възстановявани пълните разходи, трябва да включва всички очаквани дейности през годината, включително извъндоговорни. Освен това, трябва да бъдат взети предвид планираните подобрения в ефективността.

При определяне на нетните разходи, които следва да се възстановят чрез приход от услуги, трябва да се имат предвид и планираните подобрения при процеса на остойностяване.

Потребителите не могат да се надяват да получат услуги с подобряващо се качество и да претендират за качество срещу цена, ако не разполагат с никаква или почти никаква информация за възможностите на доставчика. Твърде лесно е всичко да бъде назовано “търговска тайна”. Съществува и реципрочното задължение: потребителят трябва да предоставя на доставчика информация относно ресурса, с който разполага.

## Възможен подход

---

Развитието на процеса на договориране на здравните услуги кара както потребителите, така и доставчиците на медицински услуги да търсят адекватна реакция при промени в нивото (обема) на дейности. Лечебните заведения-доставчици би трябвало да образуват цената на предлаганите услуги по такъв начин, че полученият приход да съответства на понесените разходи. Т.е., валидна е следната препоръка:

“Цените следва да се базират на пълните (нетни) разходи по такъв начин, че за предвидения годишен обем дейности приходът на доставчика от договори да покрива цялостните разходи, без да се налага извънпланово субсидиране между договорите”.

Трите основни принципа в основата на такъв подход са:

- цените да се базират на разходи;
- разходите да се определени като цялостни разходи;
- да няма извънпланово субсидиране между отделните договори.

Този подход цели пълно абсорбционно определяне на разходите, с приложение на различни методики за възстановяване на общи разходи по поддръжката (ОРП) и други фиксирани разходи.

Наложително е да се разработи стандартизирана методика и да се развият общи договорни категории.

## **Определяне на разходите до ниво клиника(отделение)**

Проучванията в лечебни заведения (за активно лечение, и за долекуване и рехабилитация) усъвършенстват анализа на разходите до ниво клиника(отделение) (анализ “*отгоре надолу*”). На практика това е минималният стандарт, към който доставчиците следва да се стремят, за да образуват цени по договори.

## **Определяне на разходите под ниво клиника(отделение)**

Възможните методи за определяне на разходите под ниво клиника(отделение) (анализ “*отдолу нагоре*”) са предмет на допълнителни проучвания в лечебните заведения и ще бъдат разгледани накратко в Глава 3.

## **Договорни категории**

Приложението на договорните категории в национален мащаб зависи от това, как те ще бъдат възприети от здравни мениджъри, лекари и сестри. Необходимо е разработване на договорни проекто-категории, които да бъдат апробирани.

## **Прозрачност при сключването на договори**

Необходимо е в процеса на сключване на договори между доставчици и потребители да съществува достатъчно прозрачност. Това означава, че доставчиците трябва да избягват определяне на по-високи разходи на ниво клиника(отделение), докато потребителите

трябва да внасят пълна яснота по реалните си възможности за закупуване на услуги. Редно е потребителите да бъдат пределно открити по отношение на наличните си възможности за разплащане, а доставчиците - пределно открити по отношение на своята класификация на разходите. В резултат на подобна прозрачност при процеса на договориране ще се избегне облагодетелстване както на потребителите, така и на доставчиците.

## Глава 1. Принципни положения

---

### 1.1. Въведение

Процесите на определяне на разходите се нуждаят от по-нататъшно развитие поне в два аспекта:

— По отношение на абсорбционното остойносттаване подходът към определяне на разходите, като база за сключване на договор, би станал по-рационален и точността на анализа на разходите би се повишила ако:

- при всеки отделен случай се постигне дефиниране на минимален стандарт относно типа на разходите - преки, непреки, ОРП;
- при разпределението на непреките и ОРП се възприеме по-стандартизиран подход;
- делът на преките разходи се повиши.

— Заслужава внимание обстоятелството, че промяната в обема дейности, свързана с изменения на ре-

ферентните величини, е в посока към нарастване на общия обем дейности. Това означава, че:

- използването на маргинално остойносттаване за целогодишен срок, което да допълни абсорбционното (осреднено) остойносттаване е от голямо значение;
- процесът на договориране би станал по-гъвкав и по-пригоден да реагира на промените в дейността, ако се постигне намаление на “фиксираните”, за сметка на повишение на “променливите” разходи.

За постигане на такива изменения в процеса на определяне на разходите и внедряването им при договорирането, трябва да се отчита необходимостта от по-ясно дефиниране на продуктите (дейностите), както и от оформянето на общи договорни категории.

## **1.2. Ключови понятия**

### **Преки, непреки и ОРП разходи**

При калкулиране на **цялостните разходи** по даден продукт част от разходите могат пряко да се отнесат към продукта, докато други се разпределят въз основа на логиката. Последните са непреки и ОРП.

**Преки разходи** са онези, които могат да се отнесат пряко към ядро на дейност или към резултат от дейност (продукт). Например: разходите за медикаменти, реализирани от дадена клиника, могат пряко да бъдат отнесени към тази клиника чрез аптечната система на болницата. Т.е. медикаментите представляват пряк разход за ниво “клиника”.

**Непреки разходи** са онези, които не могат да се отнесат пряко към дадено ядро на дейност, но обикновено могат да се разпределят между няколко такива. Непреките разходи следва да се разделят за всяко отделно звено. Например: възможно е разходите за бельо да не могат да бъдат идентифицирани за всяка клиника (отделение). В такъв случай обслужването с бельо се превръща в непряк разход на клиниката.

**ОРП** за една болница са разходите по обслужващи звена, които допринасят за цялостното функциониране на болницата, без да могат да бъдат пряко отнесени към обема или количеството медицинска дейност. ОРП могат да включват разходи по планиране, ТРЗ, счетоводство, както и по поддръжка на недвижимото имущество.

Възможно е даден разход (напр. сестрински грижи) да се приеме като пряк за дадена многопрофилна болница (т.е. с различни типове клиники(отделения)), докато за отделните клиники(отделения) в болницата същият разход се определя като непряк.

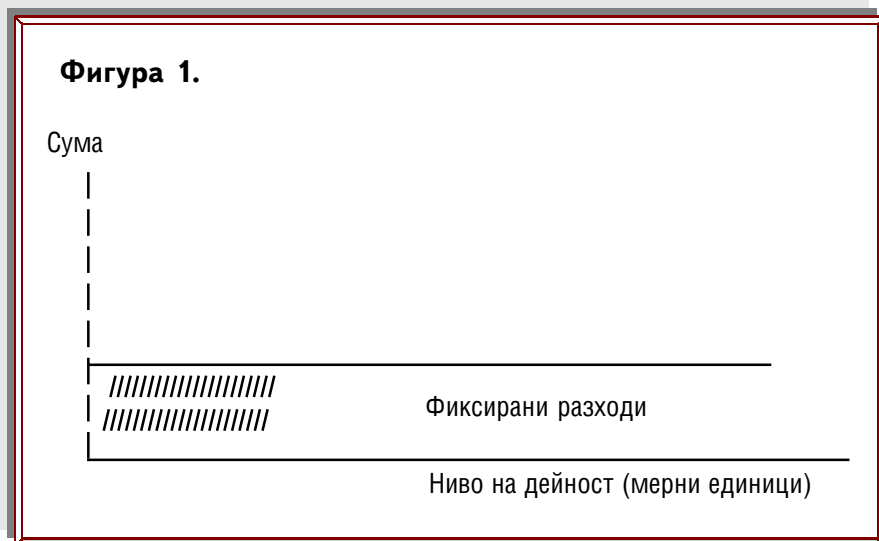
## **Фиксирани, полуфиксирани и променливи разходи**

### ***Фиксирани разходи***

Необходимо е да се дефинира периодът, за който се преценява дали разходите остават фиксирани. В настоящото изследване приемаме, че разходите са фиксирани, ако не подлежат на междинни изменения, причинени от флуктуации в дейността за период от една година. Примери за фиксирани разходи са: наеми, такси, амортизация, а и заплати на мениджъри или стар-



ши сестри, чийто управленски принос към функционирането на звеното е от значение, независимо от промените в дейността. (Фигура 1 илюстрира фиксиран разход.)



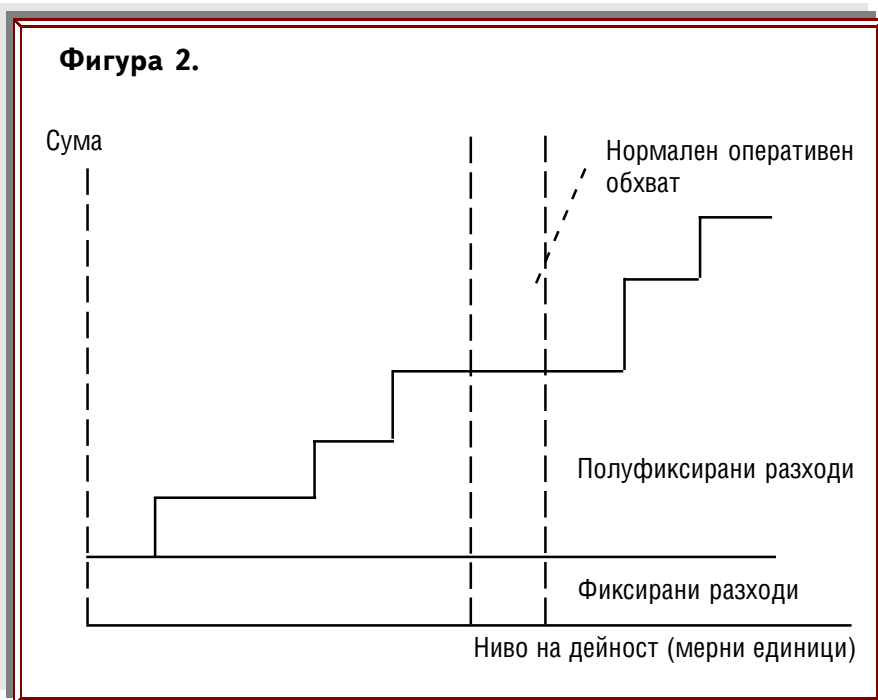
### ***Полуфиксираните разходи***

Полуфиксираните разходи, известни и като “стъпаловидни разходи”, остават фиксирани при даден обхват на обема дейности, но намаляват/нарастват, ако обемът дейности спадне под/надвиши определения обхват. С други думи, те са частично зависими от промените в дейността.

В процеса на договориране е важно да има яснота по “стъпаловидната” промяна на разходите. Пример за полуфиксираните разходи са разходите по сестринската грижа. Несъмнено при достатъчно изразен прираст в обема дейност се явява необходимост от увеличение на броя на сестрите. Обратно, при значим спад в обе-

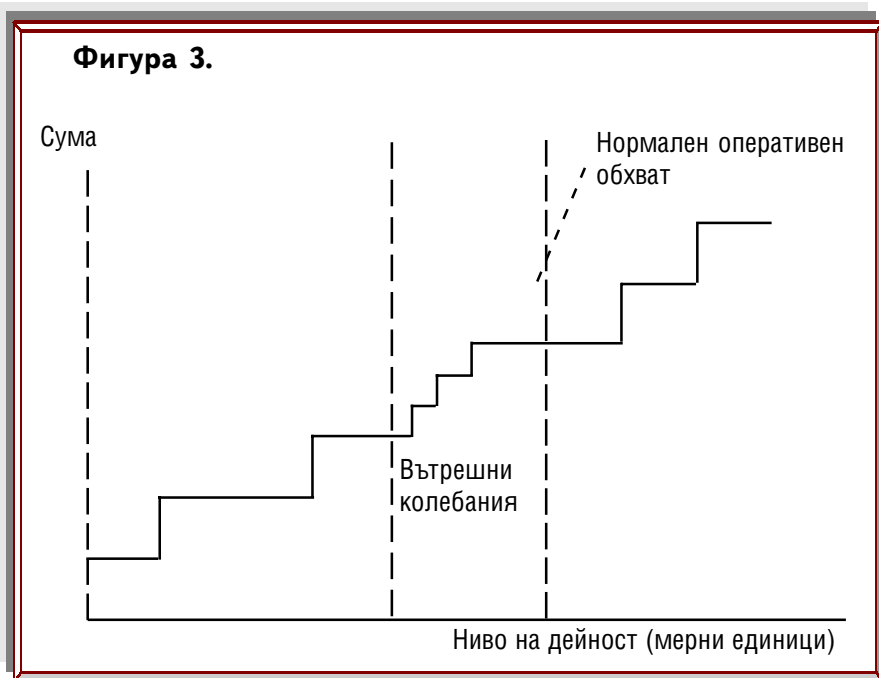
ма дейност (напр. закриване на отделение), необходимият за нормална работа брой сестри става по-малък.

На Фигура 2 е дадена обща схема на стъпаловидни изменения в разходите, каквито могат да възникнат при редица условия.



Работата по определянето на разходите трябва да се концентрира върху онзи обхват дейности, който по всяка вероятност ще представлява “нормален оперативен обхват”. Стъпаловидни разходи, които биха възникнали вътре в рамките на “нормалния оперативен обхват”, трябва да се разглеждат в детайли за всеки разход, определен като полуфиксирани. Във всяка зона на разходите могат да възникнат стъпаловидни изменения.

Фигура 3 илюстрира вътрешни колебания на полуфиксираните разходи в рамките на нормалния оперативен обхват.



При достигането на прагова стойност на промяна в дейностите, предизвиканата стъпаловидна промяна на разходите може да се прояви след известен латентен период. Ако, независимо от латентния период, промяната на разходите настъпи преди да е изминала една година, разходите се дефинират като полуфиксирани. Ако това не е така, разходите се дефинират като фиксирани за годината, през която настъпва промяна в дейностите.

### ***Променливи разходи***

Променливи са онези разходи, които варират плавно с промените в обема дейност. При това промените в дейността се придружават от приблизително пропорционални промени в разходите, като се доближават до функция от типа  $y = ax + b$ .

## **1.3. Минимални стандарти**

### **Ефекти на промените в дейността**

Преценката за това, какъв ефект оказват промените в дейността върху разходите, е от голяма важност за процеса на договориране.

За да сме в състояние в течение на годината да реагираме на прираст в дейностите, би следвало да развием подхода на маргинално остойносттаване, чрез който да поднесем адекватна информация в процеса на договориране. Целта на доставчиците трябва да бъде да повишат приходите си чрез използване на всякакви резервни възможности, докато потребителите трябва да се стремят да използват цялата си налична покупателна способност, за да закупят тези извънредни дейности по маргиналната им стойност.

За да успеят в течение на годината да реагират на спадове в дейността, доставчиците трябва да се стремят да редуцират своите полуфиксиранни и променливи разходи. Спорно е дали потребителите трябва да извеждат покупателната си способност на база осреднено или маргинално остойносттаване, но може да се приеме, че потребителят би трябвало да се съобразява със специфичните условия на доставчика.

## **Минимална стандартна класификация на разходите като фиксирани, полуфиксирани или променливи на ниво клиника(отделение)**

За идентифициране и преценка на фиксираните, полуфиксираните и променливите разходи са необходими минимални стандарти. Явно е, че процесът на договориране ще стане по-гъвкав и по-реагиращ на промени в дейността, ако се ограничават фиксираните разходи. От друга страна, в контекста на годишния прираст на дейности, би могло да се стигне до повишаване на маргиналните разходи и по този начин да се редуцира част от потенциала за прираст на дейностите чрез изместване на базата в посока от осреднени към маргинални разходи.

Извършеното от доставчика остойносттаване, базирано на субективен анализ на разходите му, трябва да заслужава доверие и да подлежи на сравнение както от страна на потребителя, така и от страна на други доставчици. За тази цел разходите се класифицират в една от трите категории - фиксирани, полуфиксирани, променливи.

Подробен анализ на гореказаното може да се намери в Приложение А на Глава 2.

Придържането към тази класификация е изискуем минимум, за да може в процеса на договориране, разходите на ниво клиника(отделение) да бъдат отчитани като променливи, полуфиксирани или фиксирани. За да проявят истинска гъвкавост при настъпващи изменения в обема на дейностите, доставчиците трябва да интерпретират Глава 2,

Приложение А по следния начин:

- променливи разходи да не се третират като полуфиксиранни или фиксирани;
- полуфиксиранни разходи да не се третират като фиксирани;
- като променливи да се третират само онези разходи, които се променят приблизително пропорционално на промените в обема дейност.

### **Минимална стандартна категоризация на разходите като преки, непреки или ОРП на ниво клиника(отделение)**

Един и същи разход може да бъде отнесен към различна категория в зависимост от качеството на местните информационни системи. Там, където доставчиците не разполагат с необходимите информационни възможности за пряко отнасяне на съответните разходи, те ще бъдат отнасяни непряко или като ОРП. Колкото по-голяма е частта от разходите, отнесена пряко към даден продукт, толкова по-добре е разбрано движението на разходите и по-прецизен е анализът им. За сполучливото изграждане на правилен и подходящ за всички доставчици подход при определяне на разходите за целите на договорирането, смятаме за уместно придържането към минимална стандартна класификация по отношение типа на разхода, т.е. дали съответният разход е дефиниран като пряк, непряк или ОРП на ниво клиника(отделение).

Анализът от Глава 2, Приложение А е изискуем минимум за категоризиране на разходите като преки, непреки или ОРП. Доставчиците трябва да

се стараят да отнасят разходи към продукт (дейност) колкото е възможно по-пряко. Отклонения от анализа, представен в Приложението, са допустими само в случай, че:

- ОРП се категоризират като непреки или преки;
- непреки разходи се категоризират като преки.

При следните обстоятелства разходите **трябва** да се отнасят по-пряко, отколкото това е направено в Приложението:

- Капиталните вложения, вкл. сгради или части от тях, следва да се отнасят пряко към разходите на ниво клиника(отделение), ако се използват само от една клиника(отделение). Ако се използват от повече клиники(отделения), те се отнасят непреко (чрез съответните методи).

- Когато организационната структура е такава, че някои административни, счетоводни и други поддържащи разходи са специфични за стойността на дадена клиника(отделение) (напр. ако отделни звена имат собствена администрация), тези разходи трябва да се отнасят под пряка или непрека форма към стойността на продукта, представяван от съответната клиника(отделение).

- Ако вътрешната управленска информация на доставчика използва по-преки методи за отнасяне на разход към стойност, отколкото описаните в Приложението, това трябва да се използва за целите на договорирането.

- Ако се разполага с по-подробен анализ на разходите от описания в Приложението, това трябва да се използва в духа на горепосочените

изисквания. Например: ако е възможно чистачките да се отделят от помощния персонал и да бъдат отнесени пряко към стойността на дейността в дадена клиника(отделение), това трябва да се направи точно така.

Глава 2, Приложение Б демонстрира препоръчвания минимум за отнасяне на разходите към стойността на дейност в дадена клиника(отделение) и тяхното разпределение.

#### **1.4. Общ подход**

### **”Отгоре надолу”, ”отдолу нагоре”, ”компромис” (Фигура 4)**

Трите ключови елемента в методологията на определяне на разходи са:

**а.** Анализ **”отгоре надолу”** на разходите чрез остойностяване по клиники(отделения), като се идентифицират поотделно фиксираните, полуфиксираните и променливи компоненти (вж. Глава 2).

**б.** Анализ **”отдолу нагоре”** на ключови заболявания, представляващи основен дял в сумарните разходи, чрез остойностяване по клиники(отделения). Подборът на заболяванията се прави на базата на експертна оценка от страна на ръководещите лекари и сестри, и по-точно на техните впечатления от:

- заболяванията, които те лекуват;



- честотата, с която се сблъскват с тях;
- ресурсите, които използват за това.

в. **“Компромис”** между сумарните разходи, изчислени по двата пътя - *”отгоре надолу”* и *”отдолу нагоре”* - чрез остойносттаване по клиници(отделения). Така ще има сигурност, че остойностените заболявания наистина представляват достатъчно висок дял от сумарните разходи и че анализите *”отгоре надолу”* и *”отдолу нагоре”* са състоятелни един спрямо друг.

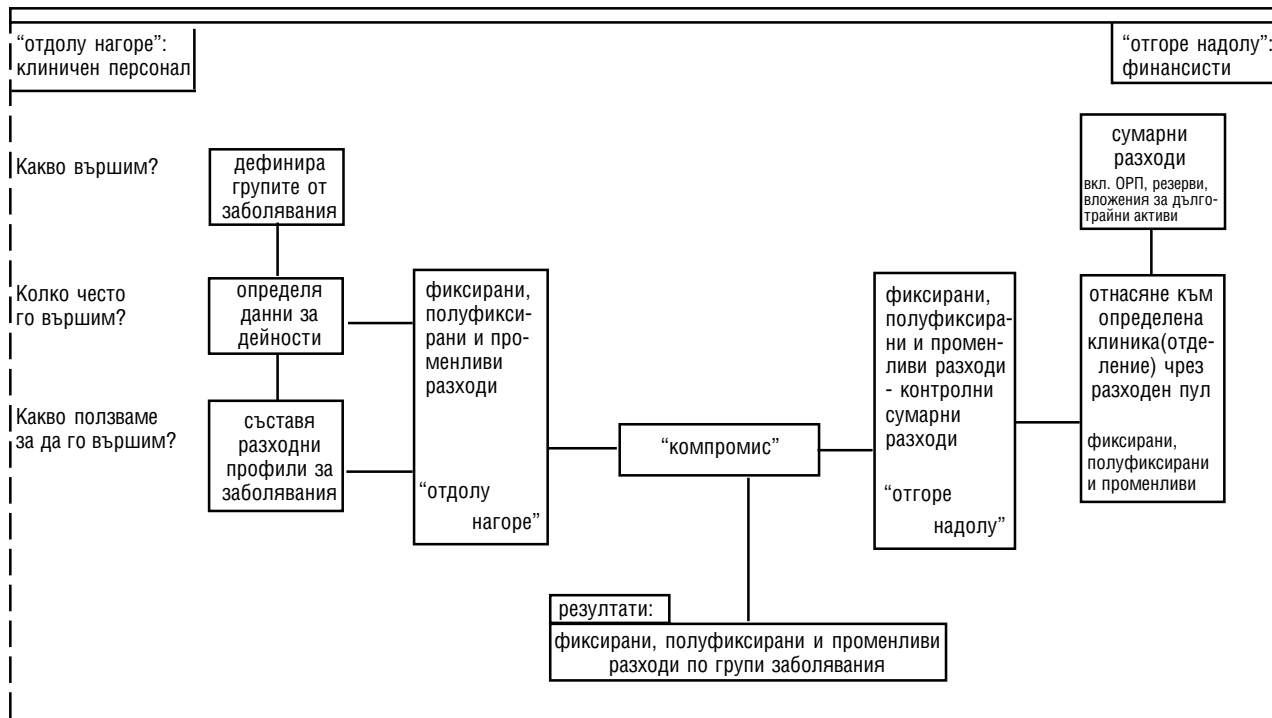
Подходите *”отгоре надолу”*, *”отдолу нагоре”* и *”компромис”* следва да се разглеждат като повтарящи се части на един и същи процес, който цели:

- да осигури по-подробни данни, получени в хода на анализа *”отдолу нагоре”*, които да послужат за усъвършенстване на анализа *”отгоре надолу”*;
- да подпомогне работата по годишния бизнес-план и по съставяне на годишния бюджет;
- да оптимизира процеса на договаряне, внасяйки в него повече рационалност.

## **Цялостна стойност**

Цялостната стойност, получена по пътя на анализа *”отгоре надолу”*, трябва да се съгласува с бюджета на доставчика според неговия бизнес-план. Имайки предвид повторяемостта на аналитичните процеси, цялостната стойност подлежи на промяна в хода на преговорите, за да се стигне накрая до съгласие по нивата на дейност и договорните цени.

**Фигура 4.** Схематично обобщение на методологията на определяне на разходи



## **Ангажиране на лекари, сестри и ръководители на оперативно ниво**

Ангажирането на лекари, сестри и ръководители на оперативно ниво е от основно значение за разбиране на дейностите, които се остойностяват. Използването на техните знания и опит повишава достоверността на резултатите и помага на нефинансовия персонал да вникне по-добре в процеса на остойностяване. Експертните познания на тези служители могат да послужат и за попълване на евентуални празноти в информационните системи.

## **Общи принципи**

Описаният подход към класификацията и анализа на разходите е предназначен за ползване от доставчика. Подходът помества процеса на договориране в подходяща информационна рамка и дава възможност както на доставчика, така и на потребителя, не само да разберат поведението на разходите, но и да реагират адекватно на настъпващи промени в дейността им.

## Глава 2. Анализ “отгоре надолу” и контролни сумарни разходи

---

### 2.1. Въведение

Тук ще се опитаме да обясним как да достигнем до проектна стойност на контролни сумарни разходи и как да насочим (разпределим) тези сумарни разходи по отделни клиници(отделения) по общонационално приет модел.

Изложението следва схемата на фигура 5.

### 2.2. СТАДИЙ 1: определяне на проектна стойност на контролни сумарни разходи

Основните компоненти на контролната сума са:

	пари
Годишни бюджетни разходи	XXXX
Минус: Неусвоени средства от предходната година	(XXXX)
<i>Разходи по всички параграфи</i>	XXXX
Плюс: Резервни средства	XXXX
Вложения за дълготрайни активи	XXXX
<i>Брутни разходи</i>	XXXX
Минус: други приходни пера (напр. приходи от следдипломно обучение и др.)	(XXXX)
<i>Нетни разходи</i>	XXXX

Фигура 5. Стадии на анализа “отгоре надолу”

стадий 1

Определяне на проектна стойност  
на контролни сумарни разходи



стадий 2

Оформяне на локален бюджет  
по национално възприет модел



стадий 3

Класиране на разходите като фиксирани,  
полуфиксирани и променливи



стадий 4

Разпределение или разделяне  
на разходите по клиники(отделения)



стадий 5

Контролни сумарни разходи върху данни за дейността



стадий 6

Разходи и дейност



“Компромис” (преоценка)



“Отдолу нагоре”  
разходи и дейност

Брутните сумарни разходи се използват за общ контрол върху процесите, за баланс между входящи и изходящи разходи, и за идентификация на неостойностения елемент в анализа *”отдолу нагоре”*. Нетните сумарни разходи представляват средствата, които следва да бъдат възстановени чрез сключени договори за доставка на здравни услуги.

### **2.3. СТАДИЙ 2: оформяне на локален бюджет по национално възприет модел**

За да се установи национален методичен контрол върху пътищата за (пре)насочване на средства и персонал, прилагани в местните управленски и бюджетни структури, местните бюджетни разходи трябва да се превърнат в национално признати категории. Така методите за (пре)насочване, разгледани в Приложение Б, стават стандартно приложими и възпроизводими за всяко отделно структурно звено. Клиниките(отделенията) следва да се дефинират според определена номенклатура на Министерство на здравеопазването. Важно е в самото начало на процеса да се уточни към коя клиника(отделение) спадат конкретните операционни зали, специалисти и други в една болница. В случая на смесени (многопрофилни) клиники(отделения), следва да се извърши вътрешно разпределение по звена. За целта минималното изискване е да се спазва принципа *”относителен дял леглодни за звено”*. Доставчици, които имат възможност да използват по-свършени принципи (напр. *”зависимост от сестринска грижа”*), следва да правят това.

## **2.4. СТАДИЙ 3: класиране на разходите като фиксирани, полуфиксирани и променливи**

Следва да бъдат използвани анализът и класификационните стандарти, представени в Приложение А. Разходите се класират като фиксирани, полуфиксирани и променливи, а чрез анализа им се разбира дали са преки, непреки или ОРП. И шестте категории се изразяват в абсолютни суми и в проценти от всички бюджетни разходи.

## **2.5. СТАДИЙ 4: разпределение или разделяне на разходите по клиники(отделения)**

Необходимо е да бъде получена стойността на контролните сумарни разходи, за да има база за сравнение на анализа *"отгоре надолу"* с анализа *"отдолу нагоре"*. Контролните сумарни разходи, използвани за отделните клиники(отделения), са:

А. Разходи по клиники(отделения), които се отнасят към отделните заболявания, на базата на:

- леглодни - за стационарни отделения;
- оперативни часове - за операционни зали;
- брой посещения - за амбулаторни звена.

Тези "базирани на време" стойности включват всички фиксирани и полуфиксирани разходи, както и някои ОРП, например храна и пералня.

Б. Разходи по клиники(отделения), които са специфични за отделните заболявания: медикаменти, превръзки, имплантационни материали и др.

Разходите по поддържащи дейности, с изключение на вложенията за дълготрайни активи, се разпределят

по клиники(отделения) по следния начин:

	лева
Пряко към клиника(отделение)	XXX
Непряко към клиника(отделение чрез лечебно-диагностичните звена (ЛДЗ)	XXX
Разделено на база брутни разходи	<u>XXX</u> XXX

Основната цел е разходите да бъдат определяни според дейността.

## **2.6. СТАДИЙ 5: контролни сумарни разходи върху данни за дейността**

Контролните сумарни разходи върху данни за дейността са необходими за две основни цели:

- да се уверим, че събраните по пътя ”*отдолу нагоре*” данни за периоди от време, леглодни, оперативни часове и отчет на амбулаторните посещения съвпадат достатъчно точно с ”глобалните” стойности на анализа ”*отгоре надолу*”;

- да пресметнем осреднена стойност за фиксирани, полуфиксирани и променливи разходи, разпределени на база ”разходвано време” по отделните заболявания.

За основен източник за контролните сумарни разходи е желателно да се използват целогодишни анализи.



## 2.7. СТАДИЙ 6: разходи и дейност

За досегашните стадии (1-5) се определиха редица контролни сумарни разходи по клиника(отделения), а именно:

- фиксирани, полуфиксирани и променливи разходи;
- дейност, изразена чрез леглодни, оперативни часове и амбулаторни посещения.

Пример за контролни сумарни разходи на ниво клиника(отделение) (акушеро-гинекологично отделение) е показан на Таблица 1. На Таблица 2 са показани фиксирани, полуфиксирани и променливи контролни сумарни разходи за примерно избрани клиника(отделения), определени *"отгоре надолу"*. Данните представляват обобщени по клиника(отделения) цялостни разходи, определени *"отгоре надолу"*. Подходът позволява различни типове анализ на разходите, например:

- разход според звеното (клиника, отделение, операционна зала, поддържащо звено);
- пряк/непряк разход.



**Таблица 2. Пример за анализ "отгоре надолу" на разходите по клиники(отделения)**

Тип клиника (отделение)	дълготрайни активи	други фиксирани разходи	общо фиксирани разходи	полуфиксиранни разходи	променливи разходи	всичко	вариация като процент
	лева	лева	лева	лева	лева	лева	%
Неврология							
Педиатрия							
Неонатология							
Нефрология							
Ендокринология							
Гастроентерология							
Ревмокардиология							
Урология							
Обща хирургия							
Ортопедия и травматология							
АГО							
УНГ							
Офталмология							
Хематология							
Други клиники (отделения)							
<b>Общо</b>							

## Приложение А

### Класификация и анализ на разходите

---

#### Общи бележки

Класификацията и анализът, представени по-нататък, са подчинени на традицията на субективния анализ, което нерядко води до опростенчески подход. При възможност, доставчиците трябва да анализират разходите си на възможно по-ниско ниво. Например:

“Доставка на медико-хирургични стоки” може да се раздели на две - “Доставка на оборудване” (полуфиксиран разход) и “Доставка на консумативи” (променлив разход).

<i>Код</i>	<i>Описание</i>	<i>Класификация</i>	<i>Анализ</i>
------------	-----------------	---------------------	---------------

---

#### Директори (изпълнителни директори)

□□□	Управители на заведението (изпълнителни директори, директори)	Фиксирани	ОРП
-----	---	-----------	-----

#### Лекари (виж Забележка 1)

□□□	Зав. клиника	Фиксирани	Преки
□□□	Административен главен асистент	Фиксирани	Преки
□□□	Главен асистент	Полуфиксиран	Преки
□□□	Старши асистент	Полуфиксиран	Преки
□□□	Асистент	Полуфиксиран	Преки

<i>Код</i>	<i>Описание</i>	<i>Класификация</i>	<i>Анализ</i>
□□□	Зав. отделение	Фиксирани	Преки
□□□	Старши ординатор	Полуфиксиран	Преки
□□□	Ординатор	Полуфиксиран	Преки
□□□	Кл. ординатор	Полуфиксиран	Преки
□□□	Специализант (курсист)	Полуфиксиран	Преки
□□□	Стажант лекар	Полуфиксиран	Преки

### **Зъболекари**

□□□	Зав. клиника	Фиксирани	Преки
□□□	Административен главен асистент	Фиксирани	Преки
□□□	Главен асистент	Полуфиксиран	Преки
□□□	Старши асистент	Полуфиксиран	Преки
□□□	Асистент	Полуфиксиран	Преки
□□□	Зав. отделение	Фиксирани	Преки
□□□	Старши ординатор	Полуфиксиран	Преки
□□□	Ординатор	Полуфиксиран	Преки
□□□	Кл. ординатор	Полуфиксиран	Преки
□□□	Специализант (курсист)	Полуфиксиран	Преки
□□□	Стажант зъболекар	Полуфиксиран	Преки

### **Сестри / Акушерки (С / А) (виж Забележка 1)**

□□□	Главна С / А	Фиксирани	ОРП
□□□	Старша С / А	Фиксирани	Преки
□□□	Клинична С / А	Полуфиксиран	Преки
□□□	Младша клинична С / А	Полуфиксиран	Преки
□□□	Амбулаторна С / А	Полуфиксиран	Преки
□□□	Младша амбулаторна С / А	Полуфиксиран	Преки

<i>Код</i>	<i>Описание</i>	<i>Класификация</i>	<i>Анализ</i>
□□□	Патронажна С/А	Полуфиксиран	Преки
□□□	Операционна С/А	Полуфиксиран	Преки
□□□	Кърмаческа С/А	Полуфиксиран	Преки
□□□	Анестезиологична С/А	Полуфиксиран	Преки
□□□	Реанимационна С/А	Полуфиксиран	Преки
□□□	С/А в обслужващо звено	Полуфиксиран	Преки
□□□	Стажант - С/А	Полуфиксиран	Преки

### **Професии, свързани с медицината**

□□□	Професии, свързани с медицината (с изключение на логопеди)	Полуфиксиран	Непреки
-----	--	--------------	---------

Забележка 1. В някои звена лекари и сестри могат да имат дейности в повече от една клиника(отделение). Тогава разходите се отнасят като непреки към съответната клиника(отделение).

### **Специалисти с висше немедицинско образование**

□□□	Логопеди	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Биохимици	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Физици	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Психолози	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Друг персонал с висше образование	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Друг научен персонал	Полуфиксиран	Непреки

### **Специалисти със средно специално и полувисше образование - без сестри/акушерки**

□□□	Лаборанти	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Зъботехници	Полуфиксиран	Непреки

<i>Код</i>	<i>Описание</i>	<i>Класификация</i>	<i>Анализ</i>
□□□	Помощник-фармацевти	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Стоматологични сестри	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Всички други медико-технически изпълнители	Полуфиксиран	Непреки

### **Оптици**

□□□	Оптици	Полуфиксиран	Непреки
-----	--------	--------------	---------

### **Аптекари**

□□□	Магистър-фармацевти	Полуфиксиран	Непреки
-----	---------------------	--------------	---------

### **Административни служители**

□□□	Други административни служители	Полуфиксиран	ОРП
□□□	Щат на служители със защитена заплата (държавни служители)	Полуфиксиран	ОРП

### **Помощен персонал (ПП)**

□□□	ПП с договори	Полуфиксиран	Непреки
□□□	ПП с други договори	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Техници по протезиране	Полуфиксиран	Непреки

### **Персонал по поддръжката**

□□□	Техници по поддръжката	Фиксирани	ОРП
□□□	Занаятчи по поддръжката	Фиксирани	ОРП
□□□	Помощници по поддръжката	Фиксирани	ОРП

<i>Код</i>	<i>Описание</i>	<i>Класификация</i>	<i>Анализ</i>
□□□	Шофьори и техници на линейки	Фиксирани	ОРП
<b>Санитари</b>			
□□□	Санитари	Полуфиксирани	Непреки
<b>Заплати на председател и други неизпълнителни членове в съвети на директори</b>			
□□□	Заплати	Фиксирани	ОРП
<b>Снабдяване и услуги - клиники(отделения)</b>			
□□□	Оборудване и материали за ТЛС	Полуфиксирани	Непреки
□□□	Медикаменти	Променливи	Непреки
□□□	Медицински газове	Променливи	Непреки
□□□	Превързочни материали	Променливи	Преки
□□□-□□□	Медико-хирургично оборудване:		
□□□	• доставка	Полуфиксирани	Преки
□□□	• поддръжка	Полуфиксирани	Непреки
□□□	Rö-филми	Променливи	Непреки
□□□	Rö-апарати и химикали	Полуфиксирани	Непреки
□□□	Rö-апарати и поддръжка	Полуфиксирани	Непреки
□□□	Вещи за пациентите	Променливи	Преки
□□□	Изкуствени крайници и инвалидни столове	Променливи	Преки
□□□-□□□	Лабораторно оборудване		
□□□	• инструменти и материали	Полуфиксирани	Непреки
□□□	Поддръжка	Полуфиксирани	Непреки
□□□	Разноски по флуорирани на водата	Полуфиксирани	Непреки



<i>Код</i>	<i>Описание</i>	<i>Класификация</i>	<i>Анализ</i>
------------	-----------------	---------------------	---------------

### **Снабдяване и услуги - общи**

□□□	Покупки за снабдяване	Променливи	Непреки
□□□	Договори за кетеринг	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Униформено облекло, вкл. договори за поддръжка	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Облекло за пациентите	Променливи	Непреки
□□□	Пералня - съоръжения и материали	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Пералня - външни договори	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Съдове и прибори	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Постелъчен инвентар за еднократна употреба	Променливи	Непреки
□□□	Постелъчен инвентар за нееднократна употреба	Полуфиксиран	Непреки

### **Организационни разходи**

□□□	Канцеларски потреби и печатане	Полуфиксиран	ОРП
□□□	Пощенски разходи	Полуфиксиран	ОРП
□□□	Телефони	Полуфиксиран	ОРП
□□□	Реклама	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Командировъчни	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Смет	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Коли под наем (за персонала)	Полуфиксиран	Непреки

### **Автопарк и движимо имущество**

□□□	ГСМ	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Поддръжка - съоръже- ния и материали	Полуфиксиран	Непреки

<i>Код</i>	<i>Описание</i>	<i>Класификация</i>	<i>Анализ</i>
□□□	Поддръжка - външни договори	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Наеми за транспорт	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Вътреболничен транспорт	Променливи	Непреки
□□□	Разни	Променливи	Непреки

### **Сгради и недвижимо имущество**

□□□	Твърди горива	Фиксирани	ОРП
□□□	Течни горива	Фиксирани	ОРП
□□□	Електричество	Фиксирани	ОРП
□□□	Газ	Фиксирани	ОРП
□□□	Други горива	Фиксирани	ОРП
□□□	В и К	Фиксирани	ОРП
□□□	Почистване - материална част	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Други външни договори	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Офис-оборудване	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Закупуване на машинно и програмно осигуряване (вкл. лицензи)	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Външни договори за обработка на данни	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Поддръжка на машинно и програмно осигуряване (вкл. лицензи)	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Сервиз	Полуфиксиран	Непреки
□□□	Такси	Фиксирани	ОРП
□□□	Наеми	Фиксирани	ОРП
□□□-□□□	Поддръжка на инсталации		
□□□	• съоръжения, материали	Фиксирани	ОРП
□□□	• външни договори	Фиксирани	ОРП

Код	Описание	Класификация	Анализ
000-0000	Поддръжка на сгради		
000	• съоръжения, материали	Фиксирани	ОРП
000	• външни договори	Фиксирани	ОРП
000-0000	Градини и паркове		
000	• съоръжения, материали	Фиксирани	ОРП
000	• външни договори	Фиксирани	ОРП

### Капитал (виж Забележка 2)

000	Капитални вложения	Фиксирани	ОРП
000	Бракуване на имущество	Фиксирани	ОРП
000	Амортизации на дарено имущество	Фиксирани	ОРП

### Консултантски и други услуги по външни договори

000	Консултантски и други услуги по външни договори	Фиксирани	ОРП
-----	---	-----------	-----

### Разни

000	Стипендии на обучаващи се	Фиксирани	ОРП
000	Разноски на пациенти	Променливи	Непреки
000	Възнаграждение на одитори	Фиксирани	ОРП
000	Обезщетения при уволнение	Фиксирани	ОРП
000	Банкови разноски	Фиксирани	ОРП
000	Пътни разноски на пациенти	Променливи	ОРП
000	Всякакви други разходи	Полуфиксирани	ОРП

Забележка 2. Капитални вложения за имущество, вкл. сгради или части от сгради, следва да се отнасят пряко към дадена клиника(отделение), ако се използват само от тази клиника(отделение). В противен случай те се разпределят по съответни методи непряко между клиниките(отделенията), които се ползват от тях.

## **Приложение Б**

### **Минимален стандартен метод за отнасяне и разпределение на разходи към клиники(отделения)**

---

#### **1. Цел**

Целта на настоящия минимален стандарт е да се избегнат различни разходи за лечението на един и същи пациент от различни доставчици.

Без съмнение в ранните етапи на развитие на процесите на отнасяне и разпределение на разходи, въвеждането на не толкова усложнен подход, приемлив за повечето доставчици, представлява най-краткия път към постигане на прилична сравнимост между разходите. С други думи, посоченият тук стандарт предлага минимално ниво на сложност в процеса отнасяне на разходи, без да пречи на доставчици, разполагащи с по-напредничави методи, да се възползват от тях.

#### **2. Водещи принципи**

Водещите принципи са:

- Навсякъде, където това е възможно, разходите следва да се отнасят пряко към клиниката(отделението).
- Мерките за работа, използвани при разпределяне на непреки и ОРП материални разходи, следва да бъдат:

- Достъпни и лесни за измерване. В идеалния случай тяхното точно измерване вече е било извършвано по други поводи.
- Корелиращи достатъчно тясно със стойността на съответната дейност. Така например, ако стойността на диагностичните тестове варира в широки граници, използването на броя на извършени тестове като средство за разпределение на разходи трябва да става след предварителното им претегляне.

Ако не разполагаме с мерки за работа, които да отговарят на двете гореспоменати изисквания, трябва да потърсим алтернативни подходи. Такъв подход може да бъде експертното мнение на клиницисти и мениджъри. Могат да се използват и данни от спецификациите на проведени наскоро търгове.

- Където това е възможно, препоръчваме разпределението на разходи в обслужващите звена (ОЗ) към дадена клиника(отделение) да става двуетапно, като се мине през лечебно-диагностичните звена (ЛДЗ). По такъв начин ЛДЗ, изискващи относително високо ниво на обслужване от страна на ОЗ, ще проправят път за своите разходи към клиниките(отделенията), които действат на тяхна територия.

- Възможно е да се разработят и по-сложни многоетапни методи за разпределение на разходите, при които, например, част от разходите в дадено ОЗ да се разпределят в друго ОЗ или обратното. Принципите на “определяне на разходи на база дейности” са приложими и към по-сложните методи. В съгласие с целите, които са изброени в настоящия раздел, засега по-сложните методи излизат извън нашия обсег, но всеки

доставчик е свободен да ги използва.

- Структурата на (обективния) анализ на разходите звено по звено (независимо дали става дума за ЛДЗ или ОЗ), използван от доставчиците за целите на управлението или за контрол върху бюджета, неизбежно варира според управленската структура на съответния доставчик. По подобен начин варира от доставчик на доставчик и (субективния) анализ на разходите според техния тип вътре в звеното (напр. разходи за клинични сестри, за електричество и т.н.). Спорно е дали трябва да има общ модел на доставчиците за структурата на разходите, използван от тях за управленска информация.

### **3. Общ подход**

#### **3.1. Спецификация на разходите**

За да се постигне разбираема от всички спецификация на разходите, можем да си служим с:

- Анализа на разходите по звена - на базата на препоръчаните тук методи за отнасяне на непреките и ОРП разходи.

- Анализа на разходите по тип. По такъв начин е правен анализът в Приложение А, където:

- препоръчваме кои типове разходи да се възприемат като преки, непреки или ОРП;
- съветваме кои типове разходи да се възприемат като фиксирани, полуфиксирани или променливи.

Придържането към тези два модела не е необходимо, ако данните се ползват за управленска инфор-

мация или за контрол върху бюджета.

### **3.2. Дефиниране на клиники(отделения)**

Използва се номенклатурата на клиниките(отделенията), определена от Министерство на здравеопазването.

### **3.3. Двуетапно отнасяне на разходи**

Двуетапно отнасяне на разходите се използва там, където разходите по ОЗ първо се отнасят към ЛДЗ. На втория етап ЛДЗ, заедно с отнесените към тях ОЗ, се разпределят по клиники(отделения). Когато разходите в ОЗ могат да се свържат директно с пациентите (напр. храна), те следва да се отнесат направо към клиниките(отделенията) (напр. чрез броя преминали болни).

#### **Отделни бази**

Ако даден доставчик разполага с териториално разделени болнични бази, най-често се налага гореописаното двуетапно отнасяне на разходите към клиники(отделения) да се извърши поотделно във всяка болница.

#### **По-сложни методи**

В недалечно бъдеще вероятно ще се премине към триетапност в отнасянето на разходите. Най-напред ОРП ще се отнасят към ОЗ, след което последните ще се отнасят към ЛДЗ, а оттам - към клиниките(отделенията).

Възможно е също така елементи от ОРП и разхо-

дите на ОЗ да се разпределят едни към други. *Например:* разходи в ОЗ за административно обслужване да се разпределят в ОЗ за хигиена на база брой на персонала, а разходи в ОЗ за хигиена да се разпределят в ОЗ за административно обслужване на база почиствана площ. По сходен начин може да се прави взаимно разпределение между ЛДЗ. Такива операции изискват решаване на допълнителни уравнения. Доставчиците могат, при желание и възможност, да ползват тези и други по-усложнени методи. Трябва да е ясно, че става дума за минимален стандарт.

### **Разпределяне на ОРП**

Много от доставчиците не разполагат с мерки за работа, които да ги информират за някои елементи на ОРП (напр. разходи в ОЗ “Офис на заведението”). Определянето на такива разходи като фракция от brutните разходи представлява прост и приемлив метод.

Все пак не бива да се забравя, че разходите в офиса на заведението са значителни - те обикновено надвишават 5% от общите разходи и са по-големи от разходите в повечето отделни ЛДЗ с изключение на клиники(отделения) и операционни зали. В бъдеще следователно ще трябва да се положат усилия за подобрене на принципите за отнасяне на тези разходи.

Вероятно е тези нови и подобрени методи за отнасяне на разходите да включват двуетапно отнасяне. Например, разходите по изготвяне на платежните ведомости могат да се разпределят към ЛДЗ на база брой служители. По принцип, ръководителите на ЛДЗ придобиват по-реална представа за отражението на



ОРП върху техните собствени разходи, ако по-голямата част от ОРП се разпределят чрез ЛДЗ.

### **3.4. Фиксирани, полуфиксирани и променливи разходи**

Разходите трябва да се разделят на техните фиксирани, полуфиксирани и променливи компоненти по време на целия процес на отнасяне, описан в точка 3.3. За целта се ползват насоките от Приложение А.

## **4. Методи за отнасяне на разходите по звена**

### **4.1. Етапи**

Следващите подраздели (4.2 и 4.3) определят минималния стандарт за отнасяне на разходи:

- На първия етап - от ОЗ. Посочено е кои ОЗ трябва да се отнасят директно към клиника(отделение), кои - индиректно (чрез ЛДЗ), както и посредством кои единици за измерване на работа да стане това.

- На втория етап - от ЛДЗ към клиника(отделение), като се препоръчва и съответна единица за измерване на работа.

Тези методи за разпределяне на разходите следва да се прилагат едва след изчерпване на всички възможности за **ПРЯКО** отнасяне на разходи към клиника(отделение). В Приложение А се уточнява кои типове разходи трябва да се отнасят пряко.

## 4.2. Първи етап: отнасяне на разходи, извършвани в ОЗ

<i>Звено</i>	<i>Разходи отнесени към:</i>	<i>Чрез мярка за работа</i>	<i>Вж. бел. в т.5</i>
Хигиена	ЛДЗ	Почиствана площ	1,2
Храна	ЛДЗ	Претеглени преминали болни	1,3,4
Пералня/бельо	ЛДЗ	Преминали болни	1,3,5
Вътр. транспорт	ЛДЗ	Претеглени преминали болни	1, 3, 6
Поддръжка - съоръжения	ЛДЗ	Обем на сградата	1
Поддръжка - сграда	ЛДЗ	Обем на сградата	1
Енергия, вода и др.	ЛДЗ	Отопляван обем	1
Главен управител	ЛДЗ	Брутни разходи на ЛДЗ	1
Офис на заведението	ЛДЗ	Брутни разходи на ЛДЗ	1
Чиновнически услуги	ЛДЗ	Щат	
Снабдяване	ЛДЗ	Брутни разходи извън заплатите	1
Медицински архив		Посещения, приемания	7
Обучение	ЛДЗ	Претеглен щат	8
Разни	ЛДЗ	Брутни разходи на ЛДЗ	1
Дълограйни активи	ЛДЗ	Спецификации	9
Други капиталовложения	ЛДЗ	Разгънатата площ	10

### **4.3. Втори етап: отнасяне на разходи, извършвани в ЛДЗ, към клиники(отделения)**

Изхождаме от презумпцията, че при всяка възможност разходите трябва да се отнасят пряко. Описаните по-долу методи за отнасяне засягат остатъчните разходи (след прякото отнасяне).

<i>Звено</i>	<i>Метод за разпределение</i>	<i>Вж. бел. в т. 5</i>
Клиники	Пряко отнасяне	11
Амбулатория	Пряко отнасяне	11
Дневен стационар	Пряко отнасяне	11
БМП	Пряко отнасяне	11
Лекари	Пряко отнасяне	11
Изкуствени крайници и инвалидни столове	На парче или към заведения за долекуване и рехабилитация	
Аудиология	Пряко към УНГ	
Хироподия (лечение на стъпалата)	Брой лични контакти	12
Диететика	Брой лични контакти	12
ЕКГ	Претеглена необходимост	13
ЕЕГ	Необходимост	12
Промоция на здравето	Към потребителя	
Индустриална терапия	Към общината или ТЛС	
Литотрипсия	Брой посещения	
Медицинска документация и фотография	Брой заявки	12

<i>Звено</i>	<i>Метод за разпределение</i>	<i>Вж. бел. в т.5</i>
Медицинска физика	Потребление	12
Разни - ЛДЗ	Брутни разходи на клиниките(отделенията)	
Нуклеарна медицина	Претеглено търсене	14
Трудова терапия	Брой лични контакти	15
Операционни зали	Операционно време	16
Оптически услуги	Пряко към клиника (отделение) офталмология	
Патология	Претеглено търсене	17
Транспортни услуги на пациенти	Изминати километри	
Аптека	Разход на лекарства	18
Физиотерапия	Брой първи посещения	19
Психология	Към заведения за долекуване и рехабилитация	
Радиология	Претеглено търсене	20
Лъчелечение	Дозиметрия	12
Говорна терапия	Брой лични контакти	

## **5. Подробни бележки по отделни разходи и мерки за извършена работа**

(Бележките са маркирани в дясната колона на таблиците от предходните точки 4.2 и 4.3).

1. Разходите в обслужващите звена (ОЗ) се отнасят към разходите на лечебно-диагностичните звена (ЛДЗ) *преди* ОРП. По такъв начин разходите в ОЗ се

включват в брутните разходи на ЛДЗ, което служи при разпределението на ОРП.

2. **Хигиена:** При възможност трябва да се ползват спецификации от скорошни търгове за по-добро разбиране на необходимостите и разходите по звена.

3. Изборът между прякото отнасяне на разхода към клиника(отделение) и непрякото му отнасяне чрез ЛДЗ зависи от това, дали данните от измерване на работа са по-точни на ниво клиника(отделение) или на ниво ЛДЗ. При наличие на съмнение следва да се ползва първото.

4. **Храна:** Преминалите болни изискват претегляне, защото разходите са по-високи за хоспитализирани пациенти. Да се ползват спецификации от скорошни търгове. При липса на по-добра алтернатива, да се ползва методът “1000 стационарни леглодни плюс 40% от посещенията в дневния стационар”.

5. **Пералня и бельо:** Ако не се разполага с друга информация, стационарът и дневният стационар да се приемат с еднакво относително тегло.

6. **Вътреболничен транспорт:** Разходите да се разпределят на база преминали болни само в краен случай - едва след като персоналът е бил групиран по операционни зали и клиники(отделения), за да стане възможно претеглянето на преминали болни по подходящ за всяка клиника(отделение) начин. Трябва да се постараяем да извлечем данни от всички възможни източници - изисквания и разходни анализи на отделните звена и данни от скорошни търгове.

7. **Медицински архив:** При липса на по-точна информация, на амбулаторните посещения и приемани-

ята в стационар да се дава еднакво тегло, защото работата в медицинския архив зависи най-вече от броя на “извадените” архивни единици (картони, ИЗ).

8. **Обучение:** Разпределянето на тези разходи само на база брой не е приемливо. Трябва на местна почва да се определя подходящо тегло на онези звена, където са налице по-високи изисквания за активно и често обучение.

9. Капиталните вложения за апаратура и оборудване трябва да се отнасят пряко към ЛДЗ и да се разпределят по клиники(отделения) на базата на реалистична преценка на използваемостта.

10. Други капитални вложения - обикновено става дума за сгради и фиксирани съоръжения (инсталации). Когато сумите за капиталовложения са разпределени на единица сграден фонд, вложенията за всеки блок се разпределят между ЛДЗ, разположени в блока, пропорционално на заеманата площ. Коридори и общи помещения се разпределят между заемащите блока звена *пропорционално* спрямо заеманата площ. Ако сервизната площ е несъразмерно голяма за съответната сграда, разходите се разпределят като ОРП из цялото заведение, подобно на разходите по офиса на заведението.

11. Вж. Приложение А по отношение на лекари и сестри.

12. При условие, че това звено има значим ефект върху разпределението на разходите, заявките трябва да се претеглят по метода на пробите и по експертното мнение на ръководителя на звеното, ако не са на разположение други методи.

13. **ЕКГ:** Може да се приложи т. 12.

14. **Нуклеарна медицина:** Може да се приложи т. 12.

15. **Трудова терапия:** Броят лични контакти се прилага като последна възможност, едва след разпределение на разходите според щата или според дела в определена клиника(отделение).

16. **Операционна зала:** При липса на компютризирана отчетност на оперативното време по клиники(отделения), правим приблизителни изчисления по данни на медицинските отчетни документи.

17. **Патология:** При липса на система за пресмятане на разходите по клиники(отделения), правим преценка по медицинските отчетни документи и експертното мнение на управителите на ЛДЗ.

18. **Аптека:** Предполага се, че разходите за лекарства са изчислими пряко за отделните клиники(отделения). При липса на друга информация, останалите разходи следва да се разпределят на същата база.

19. **Физиотерапия:** Отнасяне на разходи по броя на първите посещения е допустимо като последен изход само след отнасяне според преценка на времето, посветено от физиотерапевтите на всяка отделна клиника(отделение).

20. **Радиология:** Може да се приложи т. 12.

## Глава 3. Определяне на разходите под ниво “клиника(отделение)” – анализ “отдолу нагоре”

---

### 3.1. Въведение

Тази глава разглежда определяне на разходи под ниво “клиника(отделение)” за лечебни заведения за остри заболявания, при което остойносттаването се подлага на така наречените “ресурсни групи” (РГ) или Healthcare Resource Groups (HRGs). Предполага се, че е относително перспективно да се обърне внимание на РГ поради сведения от литературни източници за резултати от досегашна развойна дейност и резултати, получени в някои лечебни заведения.

По-нататък може да се окаже, че т.нар. “договорни категории” имат бъдеще в процеса на договаряне. Наблягането на тяхното развитие на този етап обаче рискува да изиграе възпираща роля в контекста на днешната нужда от сравнителни данни с информационно значение.

РГ представляват общонационално възприет модел за разпределяне на пациентите в разумно голям брой групи, които са:

- клинично сходни (хомогенни);
- склонни да консумират сходни ресурси (изо-ресурсни);
- използвани в качество на “език” между клиницисти и мениджъри.

Групите се дефинират на база диагноза и/или про-



цедури. Всяка група може да съдържа случаи с различни диагнози/процедури. За оформяне на дадена РГ се използва информация за първичните и вторичните диагнози, основните и второстепенните процедури, както и други данни за пациента като възраст, занятие и дали е бил изписан жив или умрял.

Диаграмата на Фигура 6 илюстрира в подробности процеса “*отдолу нагоре*”. За ситуиране на този тип анализ в контекста на изложението трябва да си припомним Фигура 4 от Глава 1.

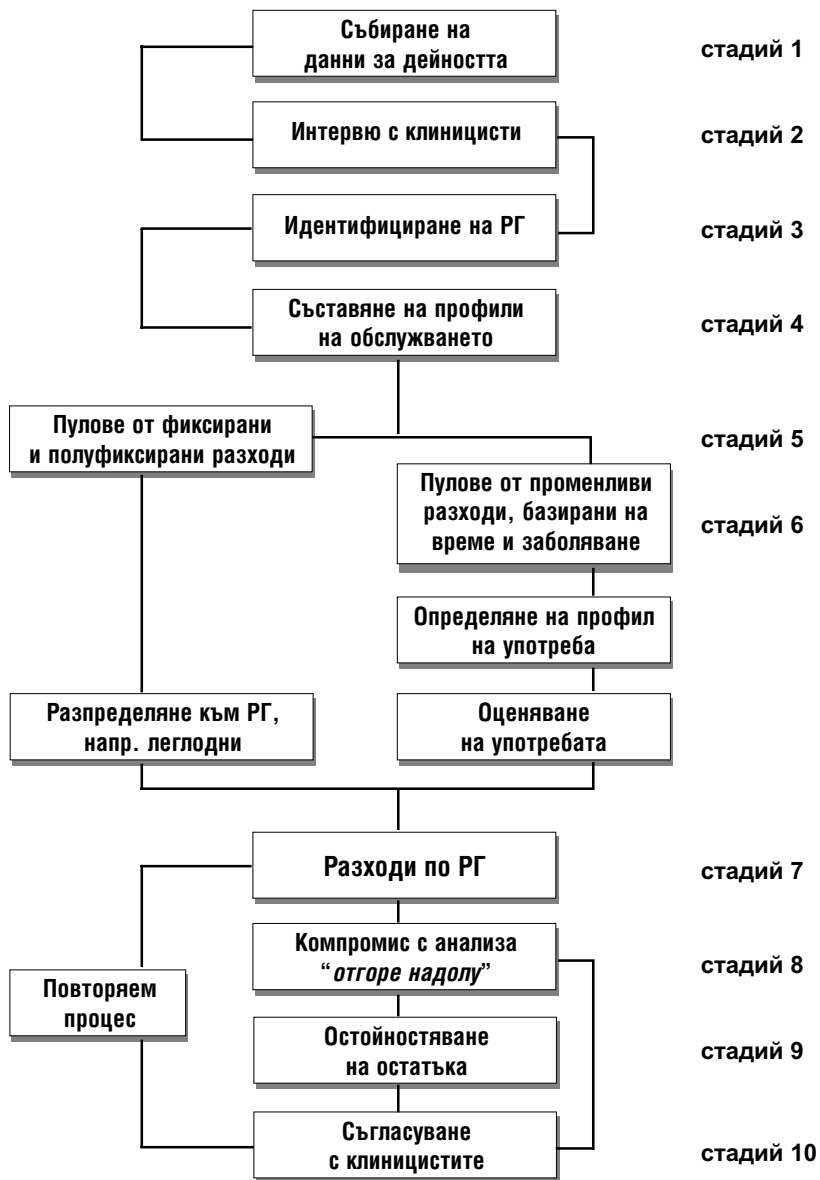
### **3.2. СТАДИЙ 1: събиране на данни за дейността**

На този стадий се събират и анализират достъпните данни за дейността. Източниците на данни включват:

- преценка на клиничния персонал по движението на болните;
- листинги от местната информационна система, отнасящи се за болничния престой и леглодните по кодове на МКБ;
- система за администриране на пациентите;
- записи на ръка, напр. приемни журналы на клиници(отделения) и операционни зали, амбулаторни картони и др.;
- системи за управление на операционни зали, на сестрински грижи и др.;
- извадки от дейност или проспективен анализ на сегашна дейност.

На този стадий се очаква голямо съдействие от страна на местната информационна система.

Фигура 6. Анализ “отдолу нагоре”



Екипът, реализиращ проекта, трябва да направи оценка и да изгради мнение относно достоверността на източниците и времето, необходимо за получаване на данните. При използване на извадки, да се потърси съвет как да се структурира извадката по начин, отразяващ сезонни колебания и пикове в натовареността. В противен случай екстраполирането на данните от извадката към целогодишен период може да се окаже несъстоятелно. Сверяването на тези резултати с експертната оценка на клиницистите е от полза.

Накрая на този стадий екипът трябва да има яснота по различните информационни източници за дейността и кой от тях доколко би бил полезен в процеса на определяне на разходите.

### **3.3. Стадий 2: интервюта с клиницисти**

Този стадий се предхожда от детайлна подготовка. Тя включва както обобщаване на данните по дейността, така и вникване в същността на РГ. Смесът на този стадий е клиницистите да бъдат посветени в остойносттаването *”отдолу нагоре”*, а икономистите да бъдат посветени в клиничната терминология.

В действителност анализът *”отдолу нагоре”* започва и свършва с клиничния персонал. Накрая на процеса медицинският директор (изпълнителен директор, управител) ще *”прегледа”* резултата от остойносттаването и ще поиска (или няма да поиска) числата да бъдат преработени, за да се постигне задоволителен компромис. Затова е важно клиницистите да бъдат привлечени в процеса от самото му начало, за да разбе-

рат методологията и начина на формиране на разходите.

Първите интервюта целят:

- да спечелят клиницистите за процеса на остойностяване;
- да набележат източници на информация, с особено внимание към най-знаещите сестри, младши лекари и др.;
- да сложат начало на работа по извадки от дейността, ако това се налага;
- да обучат икономистите в разбиране на клиничната терминология.

Тези ранни интервюта дават възможност за изчистяване на евентуално неразбиране от страна на клиничния персонал. Икономистът трябва да разясни:

- целта на занятието;
- ползата за клиничния персонал;
- как ще се използва събраната информация;
- план-графика и основните етапи на проекта.

Полезно е да бъде привлечена някоя от старшите сестри, както и медицински или икономически мениджър. Така те ще са наясно с процеса и в по-късните стадии ще са склонни да улеснят достъпа до персонала. Също така е от полза, ако от самото начало се подчертае, че това не е одиторско проучване или процедура по съкращение на разходите. От полза е и привличането от самото начало на информатик, който ще подпомогне ранните обсъждания на пътищата за подобрене качеството на информацията по дейностите.

### 3.4. СТАДИЙ 3: идентифициране на РГ

Целта на този стадий е идентификацията на онова, което подлежи на остойностяване. Крайният продукт на този анализ представлява стойност на ключовите РГ за всяка клиника(отделение). Доколкото системата на РГ все още е в процес на развитие, получените характеристики следва да бъдат потвърдени от местните клиницисти. Различия по места могат да възникнат вследствие на:

- обхвата на МКБ-кодовете, използвани в рамките на РГ;
- местната клинична практика, по-специално престо-я на хоспитализираните болни.

Използваните по места РГ или техни подразделе-ния трябва да бъдат:

- клинично хомогенни и приемливи за клиницис-тите;
- репрезентативни за онези видове клинична дей-ност, които са измерими;
- точно дефинируеми чрез определен обхват ко-дове по МКБ.
- изоресурсни, т.е. стойността им да се вмества в границите на средната (типична) стойност на групира-ните МКБ-кодове.

Групите се дефинират най-вече на базата на интер-вюта с клиницисти, операционни сестри и сестри-мени-джъри. Те могат да използват местна терминология, която изисква по-сетнешен превод, за да се напасне към кодовете на МКБ.

Остойностяването следва да се концентрира върху относително малък брой РГ, представляващи по-голя-

мата част от разходите. Тези ключови РГ се идентифицират по пътя на:

- обсъждане с клиницисти и сестри-мениджъри;
- системата за администриране на пациенти;
- проучване на регистрите за дейност на клиники (отделения, операционни зали).

Работата ще даде контролна сума на общия брой болнични престои и леглодни във всяка РГ. От опит се знае, че вътре във всяка РГ съществува малка подгрупа от много “скъпи” пациенти: тези с необичайно дълъг болничен престой и/или специални процедури. Тази подгрупа може да има значимо отражение върху средната стойност на РГ и оттук - върху сравнимостта. Подобни “върхови стойности” следва да се “отрежат”. “Отрязаните” данни трябва да се изследват допълнително - това ще бъде необходимо в процеса на остойностяване.

След “отрязването” се получават “подравнени данни”. Анализът на подравнените данни ще позволи селекция на тези РГ, които са източник на поне 70% от леглодните в дадена клиника(отделение).

Вътре в така селектираните РГ трябва да се посочат:

- средна продължителност на престоя (СПП),
- брой на хоспитализациите (БХ),
- брой на леглодните (БЛГ).

В РГ, където над 10% от пациентите са на дневен стационар, горната обработка на данните трябва да раздели лежащо болните от болните на дневен стационар и двете подгрупи да получат различно остойностяване.

Идентифицирането на ключови кодове в РГ следва

да се осъществява съвместно с клиничния персонал, който може да използва местна терминология за обозначаване на медицинските процедури.

Следните информационни източници могат да бъдат от полза, както за икономическия, така и за клиничния персонал, при идентификация на ключовите кодове:

- книги по дефиниране на РГ;
- материали за заболяванията, разпределени по клиники(отделения) чрез МКБ-кодове или чрез РГ;
- истории на заболяване.

Местната информационна система е от най-ползните източници на информация.

РГ, идентифицирани чрез описаните процедури, трябва да обхващат 70% или повече от дейностите за предходната година.

Крайният резултат от този стадий се изразява в набор от РГ, описани както с местна, така и с общонационална терминология.

### **3.5. СТАДИЙ 4: съставяне на профили на обслужване**

След като са определени кои са лекуваните заболявания и каква е тяхната честота, следващата стъпка е да се състави профил на обслужването за всеки от кодовете, остойностени в отделните РГ. Включват се фиксирани, полуфиксирани и променливи разходи, леглодни, часове в операционната зала, амбулаторни посещения.

Това предполага преценка на ресурсите, консуми-

рани при всяка диагностична или лечебна процедура, извършвана за съответното заболяване. За целта се налага подробно обсъждане с клиницистите, а така също с клинични и операционни сестри. За първото годишно остойностяване тази задача е доста трудоемка, но през следващите години обикновено се налага само актуализиране на резултатите. Ключовите ресурсни параметри, събирани на този стадий, са:

- променливи разходи, специфични за процедура/заболявания - напр. медикаменти, превръзки, консумативи, диагностика, операционни материали;
- параметри на разходи, базиращи се на времетраене - продължителност на престоя, оперативно време, брой на амбулаторни посещения.

Вторият тип параметри се отнасят към процедури/заболявания вътре в дадена клиника(отделение). Зависещите от времетраенето разходи включват предимно фиксирани и полуфиксирани, както и някои променливи, напр. храна, пералня.

Остойностяване *“отдолу нагоре”* се прави върху относително малък брой кодове във всяка РГ, при всяка клиника(отделение), представляваща поне 70% от *“подравнените”* леглодни. Като умножим цената на отделното заболяване по дейността и съберем резултатите, получаваме *“сумарна стойност отдолу нагоре”*. Тази сумарна стойност се анализира в няколко *“разходни пула”* с цел сравнение с анализа *“отгоре надолу”*. Този анализ е описан по-долу.

Разходните пулове биват:

- а) Специфични за заболявания, например:
  - клиника (отделение);
  - операционна зала;



- медикаменти;
- диагностика.

б) Базираци се на времетраене:

- клиника (отделение);
- операционна зала;
- амбулатория.

Трябва да се идентифицират колкото е възможно по-точно преките разходи, специфични за заболявания, ако те формират материален компонент на общите разходи (напр. консумативи с малък обем и висока цена). Обикновено това са променливи разходи, напр. медикаменти, но могат да представляват и специфични фиксирани (полуфиксирани) разходи, напр. член на персонала или апарат, свързан с лечението на едно единствено заболяване.

Работата на този етап се облекчава, ако разходите *”отгоре надолу”* са анализирани в по-малки разходни пулове. С това се постигат:

- контролни сумарни стойности, необходими за компромис с числата, получени по пътя *”отгоре надолу”*;
- опростяване на отнасянето и разпределението на разходите към отделни заболявания чрез групиране на близки помежду си разходи.

### 3.6. СТАДИЙ 5: фиксирани и полуфиксирани разходни пулове

Основни фиксирани и полуфиксирани разходи са следните:

	<i>База за разпределяне</i>
Клиники(отделения)	леглодни
Операционни зали	оперативни часове
Амбул. пациенти	посещения
Диагностика	претеглени изследвания

На този стадий разходите включват не само прекия сестрински и медицински персонал, но и съответния дял ОРП и разходи по поддържащи звена.

След като определените *”отдолу нагоре”* разходи се ситуират в разходни пулове, правим проверка, която да ни убеди, че поне 70% от разходите са били *”абсорбирани”* в различните заболявания. Степента на абсорбция се изчислява чрез разделяне на сумарните фиксирани и полуфиксирани разходи за клиники(отделения), операционни зали и амбулаторни пациенти на съответните единици за дейност, т.е. леглодни, оперативни часове и посещения. Единиците се получават от сумарните контролни стойности за дейност, получени *”отгоре надолу”*. Ако в РГ са били начислени достатъчно данни за дейност (напр. леглодни), не би трябвало да има затруднения за достигане на въпросните 70%.

### 3.7. Стадий 6. променливи разходни пулове

Основните променливи разходни пулове са:

#### - Базиран на заболявания

- клиники(отделения)      пряко към заболявания;
- операционни зали        пряко към заболявания
- аптека                    пряко към заболявания;
- диагностика             пряко към заболявания.

Тези разходи се базират пряко на заболявания. Типът и количеството на разходите зависят от заболяванията - напр. разход на лекарства и превръзки. Този тип разходи се отнасят директно към заболявания. Оформянето им във вид на пул цели получаване на контролна сумарна стойност.

#### - Базиран на време

- клиники(отделения)      леглодни
- операционни зали        оперативни часове
- амбулаторни пациенти   посещения

Такова базиране на време е непряко. То използва за основа времето, прекарано в отделението или залата. Тези разходи включват храната и бельото, когато разходваните количества зависят от прекараното време (напр. в едно отделение), а не от заболяването. Оформянето на разходите във вид на пул позволява на финансиста да определи единица разход за време. Единицата разход се получава като разделим сумата разходи в пула на очаквания разход от време. Например: ако разходите в едно отделение, определени на база време са 80,000 лв., а очакванията за заетост възлизат на 1,000 леглодни, то единицата разход е 80 лв. на леглоден.

Сумата от така получените пулове трябва да се балансира с контролните сумарни разходи, получени по пътя *"отгоре надолу"*.

Всяко заболяване трябва да се дефинира посредством променливите величини, използвани при лечението му. Тези величини трябва да включват:

- **За променливи разходи, базирани на заболявания**, консумираните количества от:

- лекарства, газове, инфузионни разтвори;
- протези;
- превръзки, стерилни марли;
- диагностика (само консумативи).

От значение е детайлите да са прецизно нанесени (напр. име на лекарството, доза и т.н.) и да се наблегне на материалните разходи.

- **За променливи разходи, базирани на време - времето**, прекарано:

- в отделението;
- в операционната зала;
- в амбулаторията.

Медицинските сестри обикновено имат обширни познания в тяхната област и могат с готовност да оценяват тази информация. Има две области, в които те трябва да бъдат ръководени по време на интервюта, за да се получат валидни резултати. Тези области са:

• **Осредняване.** За всяко заболяване, целта е да се получи средна използваемост на всяка променлива и ще има вариации на тази средна, които произлизат, например от разликите в тежестта на заболяването на пациентите и разликите между методите на клиниките. Може да бъде необходимо да се определи обх-

вата на използваемост, преди да се получи средната. Например, минималният брой набори от данни по договора ще даде времето на престой на извадка от пациентите и от тях може да се получи средна. Това не означава обаче, че има “среден пациент”.

● **Значимост на разходите.** Медицинските сестри ще могат да оценяват количествата на употребените консумативи, но само се предполага, че ще знаят цените, когато ги поръчват. Ако е възможно, трябва да се вземе достъпната информация за цените, но не бива да се правят опити за оценяване на всяко заболяване при интервютата. Информацията трябва да се използва за да се идентифицира например, дали даден артикул има значимо отражение върху цените и дали количествата са важни, или даден артикул е евтин. Малко внимание е необходимо при работа с големи обеми от евтини артикули и усилието трябва да се концентрира върху употребата им при различните заболявания.

● **Базиран на заболяване разходи** се оценяват от *вътрешно достъпни данни*. Например, единичната цена на медикаментите се взема от Аптеката. Други източници на ценовиданни са Склада и Отделението за стерилни материали. Внимава се със стерилните доставки и другите отделения, така че да не се използва вътрешно заплащане, което може да включва фиксирани разходи; или трябва да се идентифицира истинския променлив разход или да се направи апроксимация.

● **Базиран на време разходи** се оценяват посредством средна единична цена на леглоден, операци-

онен час или грижа за амбулаторен пациент, получени от съответния пул разходи.

### **3.8. СТАДИЙ 7: установяване на разходни РГ**

Данните за разходите, получени в стадий 5 и 6 се използват за определяне на средните разходи за РГ. Посредством разпределение на разходите към специфичната дейност за всеки код, се получава претеглен среден разход за РГ. Това дава възможност на доставчика да изучи историческия набор от случаи вътре в РГ в разходната дейност. Всяка значима промяна обаче трябва да се изучи и разпознае във връзка с диапазона на съответните РГ.

За всяка РГ, която се остойностява, фиксираните, полуфиксираните и променливи разходи за всеки код, който се остойностява като резултат от стадий 5 и 6, се умножават по общия брой на случаите за всеки код, получени от стадий 4.

Това води до общите стойности на всеки код, който се остойностява, които се събират общо и разделят на общия брой на случаите за остойностяваните кодове вътре в РГ. Това изчисление дава претеглен среден РГ разход и се умножава по общия брой на случаите за РГ, установени в стадий 1.

Тук трябва да се направи проверка, за да е сигурно, че 70% или повече от общите разходи се възстановяват от процеса за остойностяване *“отдолу нагоре”*. Тъй като единичните цени се получават за датата на анализа *“отгоре надолу”*, няма да е трудно да се получи задоволително ниво на *“компромис”* (преоцен-

ка), доколкото неформализираните дейности отговарят на 70% и повече от общите дейности. Неформализираните дейности се използват за улесняване на преценката. Допълнителните разходи, свързани с формализираните случаи, трябва да се идентифицират и това е показано по-долу при оценката на остатъка.

Средните РГ разходи трябва да се използват за информация при дебат между доставчици, клиницисти и купувачи в сравнение с реалната цена на разходи далеч под/над средната стойност. Необходимо е разбиране за това, кое причинява такива силно различаващи се разходи.

### **3.9. СТАДИЙ 8: “компромис” (преоценка) с анализа “отгоре надолу”**

Общите разходи, получени “*отдолу нагоре*” и “*отгоре надолу*”, трябва да се сравнят, за да е ясно, че стойностите, получени “*отдолу нагоре*”, представляват висок дял от контролните общи стойности, което осигурява доверие към резултатите. Също така съществува възможност да се ревизира анализа “*отгоре надолу*” на базата на информацията на остойността при метода “*отдолу нагоре*”. На практика определен брой отделни сравнявания между общите стойности при двата метода се прави за всяка клиника(отделение). Сравняваните параметри са:

- Дейност;
- Леглодни;
- Операционни часове;

- Посещения на амбулаторни пациенти;
- Диагностични претеглени изследвания;
- Общи променливи разходи;
- Общи разходи.

Тези многократни *“компромиси”* (преоценки) помагат да се идентифицират потенциалните източници на грешка.

При сравнението на анализите *“отгоре надолу”* и *“отдолу нагоре”* е полезно да се изразяват общите разходи за остойностяване *“отгоре надолу”* като процент от общата стойност за *“отгоре надолу”* (процентно покритие).

Трябва да е възможно да се покрият 70% от разходите на клиниката(отделението) с управляем брой на групиранията по заболяване.

Компромисът (преоценката) дава възможност значителна част от разходите и дейностите *“отгоре надолу”* да бъдат обяснени чрез разходите и дейностите *“отдолу нагоре”*. Това е итеративен процес, където, ако изяснената част е под около 70%, тогава:

- се прави ревизия с клиничния състав за идентифициране на още заболявания или още разходи;
- се преизчисляват контролните общи стойности.

Първоначалното целево покритие, което типично е в обхвата между 80% и 110%, трябва да бъде специално широко и отворено, за да позволи:

- Оценка на грешките.

В първата година на остойностяването клиничният персонал трябва да даде най-точна оценка за всеки разходен профил, например лекарства или леглодни за заболяване. Когато те се агрегират за всички забо-



лявания и се сравнят с числата от бюджета за *“отгоре надолу”*, изготвени на различна база, може да се получи недостигане или надхвърляне на целите;

- Грешка при извадките.

Контролните общи стойности от *“отгоре надолу”* се базират първоначално на извадка, която за определена клиника(отделение) може да се окаже твърде висока или твърде ниска. По-късно може да се направи целогодишна проверка и контролните общи разходи да се поправят;

- Преразход/икономия на бюджетите и/или недостиг/излишък на финансиране на бюджетите.

Всеки преразход/икономия на бюджетите ще предизвика проблеми по *“компромиса”* (преоценка). Необходимо е да се изработи ясно разбиране, как да се постъпва с тях, за да се отразят в анализа *“отдолу нагоре”*.

### **Итеративен процес**

Важно е да се разбере, че първоначалните резултати от *“компромиса”* (преоценката) могат да бъдат разочароващи, но може да се постигне прогрес, ако се използва методологичен подход за преоценка на разликите. Първите опити за преоценка може да фокусират вниманието върху области, които се нуждаят от по-нататъшна работа и подходът *“готовност за компромис (преоценка)”* може да бъде от полза, за да се подчертае нивото на покритие, постигнато във всяка дейност.

Постигането на задоволителни резултати може да

включва дискусии с участието на широк спектър от клиницисти и професионалисти. Няма да е необичайно да трябва да се повторят посещенията за проверка/валидизиране/корекция на дадената информация, особено където преоценката показва значими вариации от контролните общи стойности.

Въпреки че това трябва да се признае като един от най-трудните етапи на процеса, все пак е възможно да се окаже най-благодарния, тъй като процентното покритие се подобрява. Икономистът ще придобие значителни познания за клиничните процедури и практики, докато клиницистът ще придобие значително разбиране на ролята и уменията на икономиста.

### **3.10. СТАДИЙ 9: остойносттаване на остатъка**

Ще остане остатък от неостойностени дейности неуточнени разходи, тъй като не всички РГ ще са остойностени.

Остатъкът ще се състои от два елемента:

- а) по-горните средни разходи, свързани с “отрязаните” силно различаващи се екстремни стойности,
- б) оригиналния остатък, свързан с РГ, с ниски разходи и малък обем за някои заболявания.

“Отрязаните” силно отличаващи се заболявания трябва да бъдат остойностени на базата на реалната продължителност на престоя и да се информират клиницистите и потребителите в кръга преговори. Това може да се постигне или:

- а) като се остойностят силно различаващите се заболявания посредством процеса “отдолу нагоре” и

целия им реален престой, или

б) като се остойности горепосочената средна част на реалния престой и се добави към средния разход за РГ.

Доставчиците трябва сами да решат кой подход да използват, но трябва да посочат този подход на потребителите, въпреки че грубо резултатите ще бъдат вероятно същите.

След като “отрязаните” силно различаващи се заболявания са остойностени, общата стойност на оригиналния остатък ще бъде идентифицирана. Общият разход трябва да се раздели на “неотрязания” брой случаи за неостойностените РГ, за да се получи прост среден разход за случай. Това трябва да е достатъчно за процеса на договаряне. Очаква се, че неостойностените РГ ще намаляват в следващите години, но може би ще останат за изключително малък обем от дейности.

### **3.11. СТАДИЙ 10: преглед с клиницистите**

Финалният етап на процеса е формалното приемане от страна на завеждащ клиниката (отделението). С напредването на работата по остойностяване е полезно да се провеждат междувременно разговори с клиницистите, за да е безспорно тяхното съгласие. Това включва и на групиранията (описанията на дейностите в клиника(отделение)) и на уточнените разходи. Ревизията, която може да бъде включена в процеса, може да варира от формално приемане на финалните резултати до детайлизирана дискусия, описваща получа-

ването на тези резултати.

Ревизията трябва да се фокусира върху:

- РГ, описани в местна терминология и техния потенциал за информиране на процеса на преговори и договаряне;

- Сумарни данни за дейностите - напр. случаи, леглодни и др.;

- Сумарни разходи - фиксирани, полуфиксирани и променливи.

Там, където клиничният персонал е запознат с терминологията, той трябва да включва преглед на МКБ-кодовете, съответстващи на РГ. Като резултат трябва да се приемат числата от клиницистите във всяка клиника(отделение), въпреки че може да се наложат промени в групиранията и/или остойносттаването. Трябва да започне да се оформя разбиране за това, как информацията може да бъде използвана на местно ниво в процеса на договаряне. Процесът също ще спомогне за съставяне на бизнес-плана и в общия случай ще помогне на процеса на вземане на решение от страна на доставчика.

### **3.12. Дневен стационар, амбулаторни пациенти**

Развойната дейност идентифицира ясен процес “*отдолу нагоре*” за дейността по лежащо болните, но не и окончателно фиксиран процес за дневния стационар и амбулаторните пациенти.

## Дневен стационар

Там, където една процедура обикновено се изпълнява като дневен случай, доставчиците ще поискат да получат отделен разход за дневен случай. За да се направи прецизно това трябва да се знаят:

- Пълните разходи за дневните отделения, включващи непреки разходи и ОРП;
- Пълните разходи за дневните хирургични звена, включващи непреките разходи и ОРП;
- Единиците за употреба на горепосоченото, напр. леглочасове/операциоминути;
- Допълнителни пулове разходи за дневните стационари.

Ясно е, че тази детайлизирана информация понастоящем често пъти не съществува.

Там, където дневните случаи са над 10% от дейността в РГ, доставчиците са задължени да направят отделни РГ цени за лежащи пациенти и за дневни случаи. Числото 10% се базира на национални данни.

При наличие на гореописаното минималния стандарт за лечение на дневни случаи като претеглен леглоден на лежащо болен (теглата предложени от резултатите на развойната дейност са 50%, 65%, 75%, 100%) е в зависимост от конкретната клиника(отделение) и местните обстоятелства. Доставчиците ще трябва да преценят сами постижимата степен на точност и трябва да споделят с купувачите приетия подход. Там, където дневните случаи отговарят на значителна част от дейността, доставчиците може да предпочетат да идентифицират разходите за дневните случаи поотделно.

## Амбулаторни пациенти

Бяха идентифицирани три общи случая на амбулаторна дейност:

- Свързан с лежащ пациент/дневен случай;
- Свързан с процедура, но не и с лежащ пациент/дневен случай;
- Нито едното, нито другото.

При остойносттаване на амбулаторните пациенти доставчиците е най-добре се водят по начина, по който купувачите желаят да се договарят.

Явно е, че има потенциал да се дефинират разходните профили за амбулаторната дейност, свързана със случаи на лежащо болни (посредством дефиниране на средния брой амбулаторни посещения, свързани с индивидуална група от заболявания - напр. 1-първичен преглед и 2-проследяване). Амбулаторните посещения, по време на които се извършва процедура, могат да бъдат остойностени по същия начин, както и на лежащо болните, ако процедурите могат да бъдат групирани и остойностени смислено.



В настоящата разработка съм се опитал да представя някои теоретико-методични подходи за определяне на разходите при сключване на договори в здравеопазването. Използвал съм основно методите “отгоре надолу”, “отдолу нагоре” и “компромис”.

## Литература

1. Гладилев Ст., Как да осъществяваме институционално развитие - понятия и основни аспекти на методологията, сп. "Социална медицина", бр. 2, 1994
2. Грива Хр., Б. Давидов, З. Босилкова, Договорната система във финансирането на здравните заведения: теоретични постановки и някои практически проблеми, Бюлетин "Икономическа информация в здравеопазването", изд. на МЗ и НЦЗИ, бр. 6, 1995
3. Давидов Б., Разходи, стойност, "квази-цени" на здравните дейности. Същност, проблеми, подходи за приложение, Бюлетин "Икономическа информация в здравеопазването", изд. на МЗ и НЦЗИ, бр. 5, 1995
4. Делчева Е., Здравният икономикс, Университетско издателство "Стопанство", С., 1994
5. Bevan G., Financing UK Hospitals and Community Health Services, Oxford Review of Economic Policy, 1994, vol. 5, No 1
6. Capital Investment Manual, Business Case Study, NHS Executive, London, HMSO, 1994
7. Costing for Contracting - Community, MH and LD Services, NHC Management Executive, FDL (93)51, Annex B, UK NHS, 1993
8. Drummond M., The Contribution of Health Economics to Cost-effective Health Care Delivery, In: Purchasing and Providing Cost-effective Health Care, ed. A. Drummond and A. Maynard, Churchill Livingstone, 1993, 16-27
9. Hadley J.P. and K. Langwell, Managing care in the United States: promises, evidence to data and future directions, Health Policy, 19, 1991, 91-118
10. Hutton J., How Providers Should Respond to Purchasers' Needs, In: Purchasing and Providing Cost-effective Health Care, ed. by Drummond M. and A. Maynard, Churchill Livingstone, 1993
11. HMSO, Inequalities in Health, (the Black Report), HMSO, London, 1980
12. Ferguson Br. and J. Posnett, Pricing and Openness in Contracts for health Care Service, Center for health Economics, University of York, January, 1990

13. Jones C., Purchasing Cost-effective Social Care, In: Purching and Providing Cost Effective health Care, ed. A. Drummand and A. Maynard, Churchill Livingstone, 1993, 16-27
14. McGuire A., Lenn and K. Mayhew, The Assessment: The economics of Health Care, Oxford Review of Economic Policy, vol. 8, No 1, Spring, 1989