

По данни на Европейската комисия и ОИСР от съвместния им доклад през 2012 г. глобалната икономическа криза донесе в цяла Европа за първи път от много време насам съкращения в някои разходи за здравеопазване, като особено засегнати бяха превантивните програми и мерките в сферата на общественото здравеопазване, които не се възприемат като най-належащи. Усилията на повечето страни бяха насочени към запазване на нивата на финансиране на интензивната медицинска помощ, което означава основно финансирането на болниците. Това, разбира се, не е хубаво, защото превенцията намалява бремето на бъдещи заболявания и спестява големи бъдещи разходи. Но е ясно, че да не се отказва достъп до медицински услуги на спешно нуждаещите се, е абсолютен приоритет.

В същия доклад България не за първи път е посочена като страната в ЕС с най-ниски публични разходи за здравеопазване като процент от БВП и една от страните в ЕС с най-висок процент на частните разходи за здравеопазване и плащанията на ръка (не непременно нерегламентирани). За България е посочено още, че плащанията на ръка продължават да нарастват. Това води и до високия процент на хора с непосредствени здравни нужди сред бедното население.

Какво става на този фон с финансирането на болничната ни система? За необходимостта от цялостна промяна на начина на изчисляване на разходите в нашето здравеопазване се говори може би от началото на 90-те години. Големи надежди възлагахме на диагностично свързаните групи (ДСГ), чието официално въвеждане започна през 2012 г. след много дискусии, спирания и рестартирания на идеята. От ДСГ се очаква да решат проблемите с небалансираното финансиране по клинични пътеки и с обслужването на различни по тежест случаи от различните болници.

Първият проблем - този с небалансираното финансиране, можеше да бъде решен в рамките на самата система от клинични пътеки чрез преостойносттаване. Досегашните опити това да бъде направено по една или друга причина се оказаха неуспешни.

Моделът на ДСГ е изключително капризен откъм информационните нужди, свързани с неговото функциониране. Не е ясно как и кога в България ще имаме информационна система, която позволява да се проследяват всички разходи, които да бъдат привързани към лечението на конкретни пациенти по конкретни диагнози. Да допуснем оптимистично, че това се случи съвсем скоро, например от догодина. Опасението ми е, че с това проблемите ни няма да свършат. Нарояването на болници например беше процес, който излезе извън контрол при облекчения разрешителен режим за регистрация и липсата на ограничения в Националната здравна карта на максималния брой необходими лечебни заведения или болнични легла по региони. Оказа се освен това, че този модел на развитие на болничната мрежа има някои доста неблагоприятни свойства. Той води до закриване на лечебни заведения там, където наистина има нужда от тях, защото услугата става недостъпна отвъд всякакво допустимо разстояние. А от друга страна, води до неконтролируемо нарастване на броя на лечебните заведения там, където вече има достатъчно. Който не е доволен, да бъде така добър да мигрира или да поеме сам бремето на повишения здравен риск.

Защо този модел в болничната помощ работи така, а не както предвиждат учебниците по икономика, е дълга тема. Така обаче получаваме една болнична система, в която излишеството и недостигът парадоксално вървят ръка за ръка. Като цяло, недостигът е много повече и дори при гениално реструктуриране системата към момента е дългосрочно нестабилна. Гениално реструктуриране обаче е почти немислимо при текущата социално-икономическа ситуация. Когато нещата бъдат много забавени, те излизат извън контрол. Не е ясно с какви икономически и политически механизми например сегашната конфигурация от здравни заведения в страната може да бъде

приведена в съответствие със съдържанието на една (да кажем - перфектна) Национална здравна карта.

За съжаление, не можах да открия на страницата на НЗОК новия подробен прогнозен бюджет, така че не мога да съм сигурен дали намалението за конкретни болници е толкова голямо, колкото се твърди (до 30%). Важно е да припомним, че прогнозни бюджети са прилагани и през минали години. Например прогнозният бюджет за болнична помощ през 2012 г. беше малко над 90% от бюджета през 2011 г. В българската управленска практика бюджетирането на 90% от предвидената стойност (без гаранции, че останалите 10% ще бъдат получени) е утвърдена практика, така че съм убеден, че прогнозната стойност е поне с толкова по-ниска от тази в предходната година. Доколкото видях от прегледа на данните, в нито една от предходните 5 г. не е имало намаление с 20% на бюджета на конкретна болница или (още по-малко) на сумарния бюджет на болниците в определена област на страната. Такова намаление (ако е факт) наистина може да има сериозни последствия. Но въпросът е дори по-принципен от точната прогнозна сума. Самото правене на прогнозни бюджети е несъмнено много полезно, въпросът е за какво се използват. В задачата на здравноосигурителните фондове, към които спада нашата каса, влиза и управлението на рисковете (това е част от понятието „осигурителен“), например немалкият риск от годишни колебания в заболяемостта от внезапно повишаване на търсенето на здравни услуги. Именно това е целта на прогнозите - да информира осигурителя, който по дефиниция трябва да бъде специалист по управление на рисковете, за да предвиди провизии за неочаквано развитие на събитията, внезапни промени в търсенето и т.н. Така че новата методика за формиране на бюджетите на болниците на НЗОК всъщност е вариация на една и съща тема вече години наред, само правилата стават все по-рестриктивни. Следователно във всяка конкретна година трябва да има ясен механизъм за посрещане на отклоненията от прогнозата. В момента по всичко личи, че механизмът се свежда до обещанието „изпратете ни документи за допълнителните разходи и ще видим“ или „всички допълнителни разходи ще бъдат покрити, повярвайте“. Този „механизъм“ едва ли е много добър от управленска гледна точка дори във времена на високо доверие в институциите. Понеже сегашните времена не са такива, той се оказва съвършено неработещ. Според мен нещо, което води до ежегодни промени, по дефиниция не може да бъде добър модел на финансиране. Първата характеристика на добрия модел на финансиране преди всичко е да внася стабилност и предсказуемост в системата. Това важи с особена сила в сектора на здравеопазването.

Най-дълбоките ми опасения обаче са свързани с това, че в касата може наистина да няма достатъчно средства за поддържане на нормалното функциониране на здравната система през тази година. От известно време насам НЗОК (този процес започна при предишното правителство) постепенно изгуби управленската и финансовата си независимост и в един момент стана много трудно да се проследява с какви средства точно разполага.

Изглежда, сегашното ръководство на НЗОК планира да използва стратегията за управление на рисковете на финансовия министър (в оставка). Тя е много привлекателна, защото не изисква никакви сложни разчети. Схемата е следната - когато планирането се окаже неточно и сметките ви не излизат, просто отказвате да плащате и така прехвърляте последствията на друг. Проблемът е, че това работи до време както в пазарните отношения, така и в публичния сектор. След това никой не иска да има вземане-даване с вас.