

# МЕТОДИКА ЗА ОСТОЙНОСТЯВАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

*В сила от 01.01.2013 г.*

*Приложение № 1А към чл. 1 на ПМС 353 от 27.12.2012 г. за приемане на методики за остойносттаване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване*

**Обн. ДВ. бр.2 от 8 Януари 2013г.**

## Раздел I.

### Методика за остойносттаване на дейностите в първичната извънболнична медицинска помощ

I. Изчисляването на реимбурсните стойности на отделните дейности в обхвата на първичната медицинска помощ се извършва при следната последователност:

1. Обобщаване на информацията от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) за обема и цените на отчетените и заплатени на общопрактикуващите лекари дейности през последните три години.

2. Обобщаване на информацията от Националния статистически институт (НСИ) за броя и демографската структура на населението.

3. Изчисляване на нови реимбурсни цени на базата на прогнозни обеми.

II. заплащането на изпълнителите на първична медицинска помощ се формира на базата на два основни компонента - заплащане за капитация (за брой записани задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ) и заплащане за дейност:

1. Капитационно плащане:

1.1. за лица от 0 до 18 години;

1.2. за лица от 18 до 65 години;

1.3. за лица над 65 години;

1.4. за всички лица - за осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗЗОЛ, в съответствие с Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (обн., ДВ, бр. 112 от 2004 г.; изм. и доп., бр. 61 и 102 от 2005 г., бр. 88 от 2006 г., бр. 2 и 60 от 2009 г., бр. 45, 62 и 101 от 2010 г., бр. 49, 52 и 97 от 2011 г. и бр. 99 и 100 от 2012 г.), наричана по-нататък "Наредба № 40 от 2004 г."

2. Заплащане за дейност:

2.1. Дейност по програма "Детско здравеопазване":

а) профилактични прегледи за лица от 0 до 1 година;

б) профилактични прегледи за лица от 1 до 2 години;

в) профилактични прегледи за лица от 2 до 7 години;

г) профилактични прегледи за лица от 7 до 18 години;

д) имунизации на лица от 0 до 18 години, включително за профилактика на рак на шийката на матката.

2.2. Дейност по програма "Майчино здравеопазване";

2.3. Дейност по диспансерно наблюдение;

2.4. Профилактични прегледи на лица над 18 години;

- 2.5. Имунизации на лица над 18 години;
- 2.6. Инцидентни посещения на ЗЗОЛ от други здравни райони;
- 2.7. Неблагоприятни условия.

III. Методика за изчисляване на реимбурсните нива за заплащането на базата на капитация:

1. Капитацията има 3 компонента:
  - 1.1. дефиниране на пакета от услуги, заплащани чрез базова капитационна стойност;
  - 1.2. базова капитационна стойност;
  - 1.3. механизъм за определяне на броя лица, регистрирани при всеки изпълнител.
2. Дефиниране на пакета услуги.

Пакетът услуги отразява текущите потенциални възможности за развитие на изпълнителите, както и интеграцията на услугите в обхвата на пакета съгласно определените в наредбата по чл. 45, ал. 2 ЗЗО.

3. Определяне размера на средствата и на базова капитационна стойност (base per capita rate).

Базовата капитационна стойност се изчислява от оценката на средствата, които финансиращата институция има в наличност за една година, за да заплати за предлаганите първични извънболнични услуги на всички изпълнители, включени в системата за заплащане - първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП), разделени на общия брой регистрирани при общопрактикуващ лекар лица.

Базова капитационна стойност = Общо средства във фонд ПИМП / Общ брой регистрирани лица

Средствата за първична медицинска помощ се определят като процент от общия бюджет на НЗОК. Разходите са базирани на фактическите разходи през предходната година или са екстраполирани на базата на исторически разходи и степен на натовареност. Първоначално изчислението от долу нагоре се прави с цел да се определи минималният разход за здравноосигурено лице за предоставяне на базова услуга.

4. Изчисляване на изравняващи риска коефициенти.

За да се гарантира, че системата на капитационно заплащане осигурява подходящи стимули и компенсира доставчиците за обслужване на населението с различни здравни нужди, се използват коефициенти за изравняване на финансовия риск. По този начин не се допуска изпълнители на ПИМП да бъдат склонни да привличат по-здрави пациенти (селекция на риска) и да избягват регистрацията на скъпоструващите пациенти (възрастни или хронично болни).

Калкулира се корекцията на риска спрямо възраст (пол, здравен статус и др.), като за целта се изчисляват коефициенти за корекция. С тях се коригира надолу или нагоре базовата капитационна стойност и се създават диференцирани капитационни плащания за отделните възрастови групи.

Въвежда се допълнително заплащане (на базата на комбинация от фактори, в т.ч. географски коефициент) за изравняване на риска за работа в неблагоприятни региони.

5. Поддържане на базата данни на записаните пациенти.

Капитационното заплащане се основава на регистрацията на лицата при определен изпълнител за фиксиран период от време. Броят на регистрираните лица е една от детерминантите на общия размер финансови средства, които изпълнителят ще получи. Здравноосигурените лица имат възможност (и задължението) за свободен избор на изпълнител на медицинска помощ за фиксиран период. Базата данни със записаните при общопрактикуващ лекар лица се осъвременява след приключването на всеки отчетен период всеки месец. Въз

основа на точните и осъвременени данни капитационното заплащане може да бъде изменяно и приспособявано в съответствие с избора на пациентите.

6. Изчисляване на индивидуален капитационен бюджет на изпълнителя на медицинска помощ.

Когато елементите на капитационното заплащане са конструирани: базова капитационна стойност; брой на записаните здравноосигурени лица; детайлна информация за характеристиките на лицата; набор от изравнителни коефициенти, капитационният бюджет за всеки изпълнител се изчислява, както следва:

Капитационен бюджет на единицата  $I = ? [($ коефициент за корекция за група А)  $\times$  (брой на регистрираните в група А)  $\times$  (базовата капитационна стойност)  $+ ($ суми за работа в населени места с неблагоприятни условия)].

Коефициентите за изравняване на риска служат за преразпределяне на средствата в рамките на ПИМП, но те не променят размера на наличните средства. Базовата капитационна стойност се изчислява от претеглените средни размери на средствата за ЗЗОЛ, които са налични във фонда за ПИМП, претеглени чрез възрастов/пол коефициент на регистрираните при всеки изпълнител на първична извънболнична услуга.

7. Поддържане на финансова и управленска система.

Като юридически лица изпълнителите на ПИМП са отговорни за планирането и изпълнението на бюджетите, обслужване на банковите сметки, закупуване на ресурси, обслужване на счетоводната система и за изготвянето на счетоводни и медицински отчети. Изпълнителите на ПИМП са задължени да поддържат системи за анализиране на финансовите резултати и изготвянето на доклади, които могат да бъдат използвани за подобряване разпределението на ресурсите. Изпълнителите на ПИМП са длъжни да поддържат вътрешни информационни системи за наблюдение и управление.

8. Системи за наблюдение и гарантиране на ефективното разходване на публични средства и качество на предлаганите медицински услуги.

Капитационното заплащане потенциално има позитивен ефект - задържане на разходите, но също и потенциално негативен ефект за намаляване на количеството и качеството на необходимите услуги. По тази причина се комбинира със заплащане за дейност (допълнителен елемент от формирането на общия финансов ресурс за работата на общопрактикуващите лекари) като гаранция, че ресурсите са използвани за осигуряването на достъп до необходимите по обем и качество услуги.

IV. Методика за изчисляване на реимбурсните нива за заплащане за извършена дейност:

1. Капитацията прехвърля осигурителния риск върху изпълнителите на медицинска помощ и ги възпира от свръхпредлагане на услуги. Това налага да се съчетае с използването на базиран на резултата механизъм за заплащане за предоставяне на специфични услуги.

2. Заплащането за извършена дейност се базира на системата такса за услуга, при която изпълнителят на медицинска помощ е реимбурсиран за предоставянето на всяка индивидуална услуга. Използват се два подхода за заплащане: първият, базиран на ресурсите (т.нар. "retrospective cost-based" payment), или вторият, базиран на резултатите, като този подход може да бъде въведен с определянето на показатели за качество като допълнителен финансов стимул за изпълнителите на медицинска помощ.

## Раздел II.

**Методика за остойностяване на дейностите в специализираната извънболнична медицинска**

## ПОМОЩ

I. Изчисляването на реимбурсните стойности на отделните дейности в обхвата на специализираната медицинска помощ се извършва при следната последователност:

1. Обобщаване на информацията от НЗОК за обема и цените на отчетените и заплатените на специалистите дейности през последните три години.
2. Изчисляване на нови реимбурсни цени на базата на прогнозни обеми.

II. Заплащането на изпълнителите на специализирана помощ се основава на следната методика:

1. Дефиниране на пакета услуги.

Дефинират се агрегирани групи здравни услуги със сходни разходи, както следва:

- 1.1. Първични посещения.
- 1.2. Вторични посещения.
- 1.3. Профилактика на лица до 18 години.
- 1.4. Профилактика на лица над 18 години с рисков профил.
- 1.5. Дейност по програма "Майчино здравеопазване".
- 1.6. Диспансерно наблюдение.
- 1.7. Дейности, свързани с лечебно консултативните комисии (ЛКК).
- 1.8. Високоспециализирани медицински дейности в извънболничната специализирана

помощ.

- 1.9. Физиотерапия и рехабилитация.

2. Определяне размера на средствата за специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП).

Средствата за специализирана медицинска помощ се определят като процент от общия бюджет на НЗОК. Разходите са базирани на фактическите разходи през предходната година или са екстраполирани на базата на исторически разходи, обем дейности и натовареност. Разпределението може да бъде променяно при промяна на обхвата от услуги или при включването на допълнителни дейности.

3. Определяне на единичната стойност на услугата (преглед).

Първоначално изчислението се прави от долу нагоре с цел да се определи минималният разход на здравноосигурено лице за предоставяне на базова дейност от обхвата на основния пакет за съответната специалност.

Разходите се определят като преки и непреки и се извършва процентно разпределение по видовете здравни услуги, предлагани от специалистите.

След това този минимум може да бъде повишен чрез разпределение отгоре надолу на ресурсите за специализираната извънболнична помощ.

Комбинирането на двата подхода осигурява бюджетно неутрален механизъм за разпределение на ресурсите.

Разпределението е, както следва:

- 3.1. Разпределение на преките разходи за видовете медицински дейности.
- 3.2. Разпределение на непреките (фиксираните) административни разходи.
- 3.3. Разпределение на разходите за заплати.

Общото време, отделено за всяка една от услугите в извънболничната помощ, се разделя на общото време, отделяно за всички здравни услуги (времето може да се разпредели по специалности).

Единична цена за посещение =  $\Sigma$  Общите годишни разходи за здравна услуга X в лечебно заведение i /  $\Sigma$  [(Брой на услугата X, предоставена в лечебното заведение i по време на

едномесечен период на проучване) x (12 месеца)]

или

Глобална средна единична цена на посещение =  $\frac{\sum \text{Общите разходи за услуга X в лечебно заведение i по време на периода на проучване}}{\sum [(\text{Брой на услугата X, извършена в лечебно заведение i по време на едномесечен период на проучване}) \times (12 \text{ месеца})]}$

За да се обобщят единичните цени за посещение, те се превръщат в относителни тегла чрез разделянето на разходите за всяка група от услуги на общите средни разходи:

Относителна единична цена X = Единичната цена за услуга X / Глобалната средна цена за услуга

#### 4. Поддържане на финансова и управленска система.

Като юридически лица изпълнителите на СИМП са отговорни за планирането и изпълнението на бюджетите, обслужването на банковите сметки, закупуването на ресурси, обслужването на счетоводната система и изготвянето на счетоводни и медицински отчети. Изпълнителите на СИМП са задължени да поддържат системи за анализиране на финансовите резултати и изготвянето на доклади, които могат да бъдат използвани за подобряване на разпределението на ресурсите. Изпълнителите на СИМП са длъжни да поддържат вътрешни информационни системи за наблюдение и управление.

5. Системи за наблюдение и гарантиране на ефективното разходване на публични средства и качество на предлаганите медицински услуги.

### Раздел III.

#### Методика за остойностяване на дейностите в медико-диагностичната извънболнична медицинска помощ

##### I. Дефиниране на пакета услуги.

Дефинират се агрегирани групи здравни услуги със сходни разходи, както следва:

1. Клинична лаборатория.
2. Клинична микробиология.
3. Медицинска паразитология.
4. Рентгенология.
5. Вирусология.
6. Обща и клинична патология.
7. Имунология.
8. Имунохематология.

Изследванията са планирани да осигурят необходимия обем дейности по повод на остри състояния и заболявания за реализиране на профилактичната дейност и за диагностика на хронично болните лица съгласно Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (обн., ДВ, бр. 106 от 2004 г.; изм. и доп., бр. 102 от 2005 г., бр. 4 и 60 от 2009 г., бр. 101 от 2010 г., бр. 58 и 97 от 2011 г. и бр. 100 от 2012 г.), наричана по-нататък "Наредба № 39 от 2004 г.", както и на базата на договорените в Националния рамков договор условия за оказване на медицинската помощ.

##### II. Определяне размера на средствата за медико-диагностичните дейности (МДД).

Средствата се определят като процент от общия бюджет на НЗОК. Разходите са базирани на фактическите разходи през предходната година за всеки конкретен вид изследване или са екстраполирани на базата на исторически разходи и отчетен обем дейности. Разпределението може да бъде променяно при промяна на обхвата от услуги или включването на допълнителни дейности.

### III. Определяне на единичната стойност на услугата.

Първоначално изчислението се прави от долу нагоре с цел да се определи минималният разход на здравноосигурено лице за предоставяне на базова дейност от обхвата на основния пакет. Разходите се определят като преки и непреки и се извършва процентно разпределение по видовете медико-диагностични дейности. След това този минимум може да бъде повишен чрез разпределение от горе надолу на ресурсите за МДД.

Комбинирането на двата подхода осигурява бюджетно неутрален механизъм за разпределение на ресурсите.

Разпределението е, както следва:

1. Разпределение на преките разходи за видовете медицински дейности.
2. Разпределение на непреките (фиксираните) административни разходи.
3. Разпределение на разходите за заплати.

Общото време, отделено за всяка една от услугите в извънболничната помощ, се разделя на общото време, отделяно за всички здравни услуги (времето може да се разпредели по специалности).

Единична цена за посещение =  $\frac{\sum \text{Общите годишни разходи за здравна услуга } X \text{ в лечебно заведение } i}{\sum [(\text{Брой на услугата } X, \text{ предоставена в лечебното заведение } i \text{ по време на едномесечен период на проучване}) \times (12 \text{ месеца})]}$

или

Глобална средна единична цена на посещение =  $\frac{\sum \sum \text{Общите разходи за услуга } X \text{ в лечебно заведение } i \text{ по време на периода на проучване}}{\sum \sum [(\text{Брой на услугата } X, \text{ извършена в лечебно заведение } i \text{ по време на едномесечен период на проучване}) \times (12 \text{ месеца})]}$

За да се обобщят единичните цени за преглед, те се превръщат в относителни тегла чрез разделянето на разходите за всяка група от услуги на общите средни разходи:

Относителна единична цена  $x = \frac{\text{Единичната цена за услуга } x}{\text{Глобалната средна цена за услуга}}$

### IV. Поддържане на финансова и управленска система.

Изпълнителите на МДД са задължени да поддържат системи за анализиране на финансовите резултати и изготвянето на доклади, които могат да бъдат използвани за подобряване на разпределението на ресурсите. Изпълнителите на МДД са длъжни да поддържат вътрешни информационни системи за наблюдение и управление.