



## ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗНИТЕ ДЕЙНОСТИ

### FINANCING FOR PUBLIC HEALTH SERVICES

Иванка Велева Стоянова - Тодорова\*

ТУ - Габрово

Статията е постъпила на 30 април 2013 г.; приета за отпечатване на 17 май 2013 г.

#### Abstract

*This paper views the resources and methods of financing the modern healthcare systems. Especially emphasized are social and private health insurance schemes, as well as the health insurance based on increased personal responsibility – Singapore model. Taking into consideration the specific situation in Bulgaria, this paper presents some methods for improving the financing of Bulgarian healthcare system.*

**Keywords:** financing for public health services, budget financing, health insurance – social, private, direct consumer payment, donation, external financing.

#### ВЪВЕДЕНИЕ

Известна истина е, че адекватно избраната система на финансиране може да има значителен принос за повишаване на качеството и културата на медицинската помощ.

Въпросът за финансовата организация на здравеопазните дейности е фундаментален за икономиката на здравеопазването, тъй като чрез финансовата оценка се дава представа за цялостната мощ на здравеопазните структури. Отрасъл здравеопазване се отнася към групата на социално-културните дейности, за които е характерно, че нямат непосредствени икономически цели (например повишаване на печалбата) като останалите отрасли на икономиката. Въпреки това въпросите свързани с неговото финансиране са твърде важни за икономиката поради това, че:

- Отрасълът употребява продукта и е генератор на икономически растеж на едни от най-технологично развитите и рентабилни индустрии като фармацевтичното производство и индустрията на други медицински технологии.

- Той произвежда добавена стойност- част от БВП на страната.

- Консумира една значителна част от обществените фондове за потребление като например държавен, общински бюджети и специализирани фондове.

- Влияе в немалка степен върху личното потребление на домакинствата.

- Привлича значителни инвестиции и осигурява натрупване на обществено богатство.

- Ангажира немалка част от интелектуалните трудови ресурси на нацията, предлага работни места и т.н.

Финансирането на отрасъла или на отделна негова дейност зависи преди всичко от вида на произвежданите блага (чисти публични, смесени публични, частни с външни ефекти, ценни, неотложни и др.). Смесените публични блага, към които се отнасят почти всички персонални здравни услуги, трябва да се финансират смесено – най-малко от два източника: обществен и частен. Мотивите за комбинирано финансиране на смесените публични блага в здравеопазването са следните:

- неравномерност на ползването на здравни услуги от индивидите, което означава, че според критерия за справедливост тези, които употребяват повече трябва да заплащат повече;

- здравето на индивидите зависи от самите тях;

- индивидуализиране на потреблението;

- потребителите получават непосредствена лична изгода;

- отчитане не само на икономическите, но и на морално - етичните съображения при разпределението на здравни услуги.

#### ИЗЛОЖЕНИЕ

Финансирането на здравеопазването е съвкупност от начини за набиране, разпределение и изразходване на парични средства, необходими за възпроизводство на дейности, свързани с укрепване, опазване и подобряване на здравето. Грите аспекта на финансирането може да се представят както следва:

\* Тел.: 0897852717; e-mail: vantod61@abv.bg



Фиг. 1 Аспекти на финансиране на здравеопазването

В съвременната икономика на здравеопазването се поставя приоритет на въпросите за справедливостта на разпределението и ефективността на изразходването на финансовите ресурси.

#### Класификация на начините за финансиране на здравеопазването

В практиката на съвременните здравни системи се наблюдава плурализъм в източниците и формите на финансиране, както и комбиниране на разнообразни видове финансиране.

Източници на финансови ресурси за здравни цели могат да бъдат:

- Данъчни и други бюджетни приходи, които имат за свой основен първоизточник фирмените и личните облагаеми доходи, както и други данъчни и неданъчни приходи.
- Здравно-осигурителни вноски, в които участват работодателите и работещите лица, а понякога и други осигурители.
- Домакински бюджети, включващи разходите за директно закупени здравни услуги и стоки за здравето или дарения.
- Средства на фирми и организации, предоставящи дарения или подпомагачи с дейности здравните структури.
- Нестопански организации - фондации, сдружения.
- Външни източници (международни и частни организации).

Известни са различни класификации на начините за финансиране на здравеопазването, но по-често се използват тези, които разкриват източника на финансирането.

Една по-издържана класификация на начините за финансиране на здравеопазването според доминиращия източник и форма на заплащане е следната:

- бюджетно или правителствено;
- директно заплащане от консуматори;
- социално здравно осигуряване;
- частно здравно осигуряване;

- осигуряване от работодателя;
- дарителство;
- външно финансиране.

Съвременните изисквания за да се постигне здраве за всички се разглеждат в следния вид:

- справедливост;
- адекватност;
- въздействие върху предлагането;
- въздействие върху търсенето;
- междусекторни взаимодействия;
- административни улеснения.

Изискването за справедливост е основополагащо в здравните системи на всички развити страни. То означава, че избраните начини за финансиране трябва да предоставят равни възможности на всички граждани за ползване на здравна помощ.

Адекватност на финансирането се разбира като изискване за съответствие на предоставените финансови ресурси за здравни грижи.

Изискването за въздействие върху предлагането предполага избраните начини на финансиране да предизвикат стимули за по-ефективна, качествена и по-производителна дейност на здравните заведения и индивидуални практики.

Влиянието върху страната на търсенето на здравна помощ се изразява в по-тесни връзки между финансиране и използваемост на здравните услуги.

#### Форми на финансиране в здравеопазването

Един от най-сложните въпроси във всички страни е как да се финансира здравеопазването, за да се постигне максимална обществена и индивидуална полза.

#### 1. Бюджетно финансиране

При него част от общите или целеви приходи на държавния и общинските бюджети се преразпределят като трансферни разходи за целите на здравеопазването.

Делът на правителственото финансиране варира в широк диапазон между отделните страни в зависимост от типа на здравната система и икономическата ѝ организация. В страните с тип на здравната система по модела „Бевъридж“ с национални здравни служби и с данъчно финансирана система той е висок. Например във Великобритания той е 72,9 %, в Дания 86,1 %. В страни с тип на здравната система по модела „Бисмарк“, т.е. с доминиращи социални здравно-осигурителни системи, делът на правителственото финансиране е по-нисък, като най-често е около 10- 20 %, а в страни с доминиращо частно здравно осигуряване и пазарна организация като САЩ, делът на държавните и местните разходи е 30- 35 %.

Бюджетното финансиране в повечето страни се оказва недостатъчно, за да покрива нарастващите разходи за здравеопазване.

Предимствата на бюджетното финансиране - гарантиран (сигурен) източник на финансиране; уеднаквяване на правата на гражданите при ползване на медицинска помощ; солидарно участие на всички граждани - данъкоплатци във финансирането на медицинските услуги; създаване на условия за политически контрол върху изразходването на средствата.

- Като съществени недостатъци се посочват:
- липса на механизми за самоуправление;

- невъзможност за участие и влияние на потребителя върху здравеопазването;
- бюрократизиране на системата;
- липса на стимули за индивида да опазва собственото си здраве;
- слаби икономически стимули за подобряване качеството на медицинската помощ и повишаване на производителността на труда.

## 2. Здравно осигуряване

Това е вторият основен начин за финансиране на здравеопазването.

Здравното осигуряване представлява събиране на здравно-осигурителни вноски от осигурени граждани в здравно-осигурителна институция - осигурител. В случай на заболяване осигурителят заплаща извършените медицински услуги спрямо осигурения гражданин-пациент.

В основната на този модел стои *солидарното участие* - плащат всички, а получават тези, които имат потребност. По този начин средствата се преразпределят между всички осигурени. Валидни са следните принципи положения, възприети от обществото:

\* богатите подпомагат здравното осигуряване на бедните - чрез по-високите си здравно-осигурителни вноски;

\* младите подпомагат старите - на базата на т.н. "договор между поколенията". Неизползваните в дадената година вноски на младите (и здравите) се използват за заплащане на медицинските услуги на възрастните (и болните).

\* здравите подпомагат лечението на болните - плащат всички осигурени, а получават само болните.

Осигурителят купува здравни услуги от изпълнителите на медицинска помощ в полза на осигурените лица. При най-разпространените системи на здравно осигуряване най-често се натрупват средства от работодателите и работещите под формата на осигурителни вноски. Понякога в здравното осигуряване се включва и държавата с вноски и дотации, но обикновено здравно-осигурителните фондове са независими от държавата и се контролират от обществени съвети.

Размерът на здравно-осигурителните вноски се определя най-често по три начина:

- като фиксирана сума;
- като процент от brutното трудово възнаграждение;
- като диференцирана вноска в зависимост от здравния риск.

Най-разпространено е диференцирането на вноските като процент от трудовото възнаграждение, което се движи в различните страни между 5 и 20 %, най-често е 12-13%. Вноските се заплащат от осигурения и от работодателя в определени пропорции.

Известни са два основни типа здравно осигуряване:

### Социално здравно осигуряване

Организира се от правителството, което провежда задължително и в по-малка степен доброволно осигуряване на заетите лица на легалния трудов пазар. Задължителният характер на социалното здравно осигуряване е свързан с възможността за решаване на проблемите на всички лица в национален мащаб според социалните

цели на държавата, чрез споделяне на риска и прояви на солидарност между тях.

Осигурителните вноски обикновено се изчисляват като фиксиран процент от brutното трудово възнаграждение, независимо от действителния риск от заболяване. Примери за страни с типични социално здравно-осигурителни системи са Германия, Белгия, Франция, Холандия и др. Делът на този начин на финансиране в общите здравни разходи за развитите страни е средно 22,6 %, а за Европа 47,9 %. Социалното здравно осигуряване се характеризира със:

- задължителен характер;
- солидарност;
- плащания, базирани на доходите;
- споделяне на вноските между работещи и работодатели;
- публичен характер на осигурителя.

### Частно (доброволно) здравно осигуряване

Предлага се от частни застрахователни компании, като обхваща на доброволен принцип желаещите да се осигурят. В някои случаи то е задължително и обхваща населението с по-високи доходи. Осигурителните вноски се определят като фиксирана или диференцирана сума или процент от дохода в зависимост от здравния риск и степента на използваемост на здравна помощ. Доброволността е свързана с „личната отговорност“ на човека към своето състояние, здраве, трудоспособност.

Преимуществата на здравноосигурителния начин на финансиране се отнасят, както до осигурените лица, така и до извършителите на здравни услуги. Осигуреното лице е защитено по отношение на рисковете за здравето - тяхното настъпване не довежда до извънредни разходи на домакинството.

Здравното осигуряване страда от някои недостатъци, които трябва целенасочено да се контролират, отстраняват и компенсират. Един от най-често изтъкваните недостатъци е увеличението на разходите за издръжка на административния и контролен апарат за здравното осигуряване. Друг проблем е по-трудната координация на профилактичните дейности.

### Заплащане от работодателите

В статистиката се отнася към частното здравно осигуряване, но много специалисти го определят в самостоятелен тип здравно осигуряване поради редица негови отличителни белези. В САЩ това е една от най-силните системи на здравно осигуряване, която дава преднина на работодателите в конкуренцията на трудовия пазар. При нея работодателите отделят значителни средства, от които финансират здравното обслужване на работниците или сключват здравни осигуровки в избраните от тях осигурителни фондове, като специално наблюдават на специфични здравни рискове.

### Здравно-поддържаща организация

Названието идва от популярните в САЩ "здравно-поддържащи организации". При него една институция извършва и двете функции - здравно осигуряване и предоставяне на медицински услуги в случай на заболяване. Лечебните заведения са собственост на здравни фондове.

Предимство на тази форма на финансиране е, че е по-евтина от бюджетното и осигурителното, защото се избягва посредникът между извършителя на медицин-

ската услуга и пациента, а наличието на посредник безспорно оскъпява процедурата. Здравните разходи се намаляват до 40 %. Друго предимство е, че пациентът може да избира между различни осигурители, за да намери желаното съответствие между качество и цена, а медицинските специалисти имат относително гарантиран приход, независим от конкретно извършените медицински услуги.

Недостатъци: медицинският специалист няма стимули за извършване на повече медицински услуги, поради което съществува риск той да не извърши всички необходими медицински дейности. Поражда се неравенство в медицинското обслужване. Гражданите с по-високи доходи могат да се включат към осигурители, предлагащи голямо разнообразие от висококачествени услуги, които са недостъпни за тези с по-ниски доходи.

### ***Здравно осигуряване с повишена персонална отговорност-модел Сингапур***

Здравното осигуряване се реализира от няколко припокриващи се, взаимно допълващи се компонента, наречени схеми. Основната и единствено задължителна схема се нарича Медисейв и е сходна с тази на модела на здравното осигуряване изобщо.

Схемата е въведена през 1984 г. и е предназначена да помогне на гражданите да съберат достатъчно средства за заплащане на необходимите им медицински услуги.

Осигурителни вноски се внасят задължително, пропорционални са на доходите и са диференцирани по възрастови групи: под 35 г. – 6%, между 35 и 44 г. – 7%, над 45 г. – 8%. Когато осигуреният достигне възраст 55 г., той трябва да задържи в сметката си определен задължителен минимум.

Вноските се събират в индивидуални сметки, които се олихвяват, унаследяват и могат да се използват за заплащане на медицински услуги както на осигурения, така и на членове на семейството му. Заплащането става по ценоразпис. Осигуреният може да избира различни класове хотелски грижи при болничен престой – от стая с 8 и повече легла до самостоятелна стая – при съответно диференцирано заплащане. Хирургическите операции са класифицирани според сложността им в 7 основни категории и цените им варират в диапазона от 150-250 \$ до 4000-5000 \$. В случай, че цената на дадена услуга надвишава цената по ценоразписа на схемата, пациентът доплаща разликата.

Този тип осигуряване се определя още като “медицински спестовни сметки”. Когато индивидуалната сметка надхвърли минималния размер, средствата могат да се използват за заплащане на широк спектър от социални нужди, като например: жилищни нужди, инвестиции, подобряване на образователното равнище и др.

Предимства: стимулира личната отговорност на гражданите, силна мотивация у осигурения гражданин и неговото семейство за избор на рационално здравно и отгук - социално поведение, възпитателен ефект върху младите.

Основен недостатък е липсата на солидарност. Ударието е поставено върху персоналната отговорност. По тази причина равенството в достъпа до отделните медицински услуги е силно ограничено.

Паралелно с основната схема Медисейв, за покриване на специфични потребности функционират няколко допълнителни схеми.

### **Медишийлд (Медицински щит)**

Предназначена да осигури заплащане на разходите при сериозни и продължителни заболявания, които сметките в Медисейв не могат да покрият. Размерът на годишната вноска варира според възрастта.

### **Медишийлд плас (Медицински щит плюс)**

Схемата осигурява заплащане на лечението на тези, които искат да се лекуват в по-висок клас публични болници или в частни болници. Вноските са 3-5 пъти по-високи от установените в Медишийлд.

### **Елдершийлд (Щит за старини)**

Чрез нея се осигурява заплащането на разходи, свързани с различна степен на инвалидност. Включването става автоматично при навършване на 40-годишна възраст, освен при изричен отказ. Има два варианта на заплащане на участието – с годишни вноски или с еднократна вноска при първоначално включване в схемата. Вноските могат да се плащат и от сумите в индивидуалните сметки. Осигуряването е доживотно. От схемата се заплаща ползването на чужда помощ в случай на ограничаване на възможностите на осигурения за самообслужване. Дефинирани са шест жизнено дейности: подвижност, хранене, придвижване, обличане, къпане и личен тоалет. Осигурени, които не могат сами да се справят с минимум три от тези дейности получават заплащане по схемата. Заплащат се месечни суми от 300 \$ и така осигуреният може да избере да получава грижите в дома си или в някоя специализирана институция.

### **Медифанд (Медицински фонд)**

Това е специална схема, създадена от държавата и предназначена да осигури предпазна мрежа за подпомагане на много бедни, живеещи на границата на жизнения минимум граждани, които независимо от наличието на останалите схеми, не са в състояние да плащат за медицинско обслужване.

### **3. Директно заплащане от консуматорите**

Третият важен начин на финансиране на здравеопазването, който присъства във всички страни, но има по-несъществен дял е директното заплащане от консуматорите за ползване на здравна помощ, за покупка на лекарствени средства и други стоки със здравно предназначение.

Във всички страни с развито пазарно стопанство основните начини на финансиране на здравеопазването се допълват с директно заплащане от пациентите. Обикновено от допълнителни плащания са освободени определени категории от населението, нуждаещи се от социална защита.

Делът на директното заплащане от консуматорите от всички здравни разходи е 19, 6 % за развитите страни и 15, 4 % за Европейската общност.

### **4. Дарителство**

То се явява допълващ, директен или индиректен начин на финансиране, чиито основен източник са доходите на фирмите, нестопански организации и домакинства.

Съществуват три различни форми на дарителство:

- корпоративно дарителство (дарение от корпорации и други структури на частния стопански и финансов капитал);

- институционално дарителство (дарение чрез фондации и други нестопански организации);
- индивидуално дарителство (от физически лица).

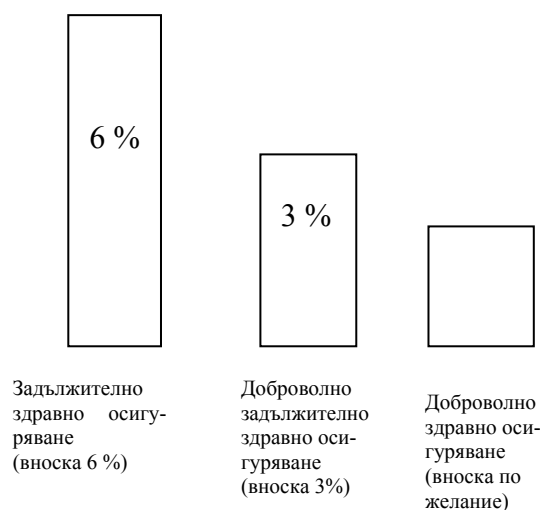
### 5. Външно финансиране

Използват се средства под формата на безвъзмездни дарения, хуманитарни помощи, кредитни линии, консултантски услуги от други правителства, международни организации, проекти финансирани от ЕС, заеми от международни банки.

#### Финансиране на здравеопазването в България

В България основната форма на финансиране е здравното осигуряване. Останалите форми са застъпени в по-малка степен.

В исторически план задължителното здравно осигуряване се въвежда със закон през 1924 г. и съществува до 1951 г. Въведено е задължително осигуряване на работници и служители от държавни и частни предприятия за рисковете злополука, болест, майчинство, инвалидност и старост. Медицинската помощ е за сметка на Фонд за обществени осигуровки, в който 2/3 от приходите се набират от работодателите и държавата и 1/3 от работещите. След 1948-1949 г. се извършва радикална промяна - от здравно осигурителна система се преминава към бюджетно финансиране, т.е. от общи данъчни приходи. С новия Закон за здравното осигуряване от 1998 г. се възстанови системата на здравно осигуряване. Приетият закон регламентира условията на задължителното и доброволно здравно осигуряване. Към момента действа двустълбов модел на здравно осигуряване. Алтернативна възможност за подобряване финансирането на здравеопазването е въвеждането на усъвършенстван тристълбов модел. При него първият стълб покрива базисен пакет от медицински услуги, вторият – покрива т. н. „разширен пакет” и третият покрива VIP пакет от услуги.



Фиг. 2 Тристълбов модел на финансиране на здравеопазването

С комплексното прилагане на няколко подхода можем да се опитаме, въпреки ограничения финансов ресурс, с който разполагаме, да бъдем достойни партньори на Европа; да защитим здравето и достойнството на

пациента, а също и да запазим добрите професионалисти в българското здравеопазване.

#### Насоки за усъвършенстване на финансирането на здравеопазването в РБългария

1. Постигане на консенсус между политическите сили за устойчиво развитие на здравеопазването.
2. Внедряване на комплекса от 3D : демократизация, децентрализация, демонополизация.
  - Демократизацията в здравеопазването се изразява в свободен избор на лекар и на здравно заведение и във внедряване на договорното начало между осигурителя на медицинска помощ и финансиращата организация.
  - Децентрализацията в здравеопазването се изразява във внедряване на такава система за управление на здравната система, при която част от правата и отговорностите се прехвърлят на отделните лечебни заведения.
  - Демонополизацията в здравеопазването основно се свързва с ликвидирането на монопола на НЗОК при задължителното здравно осигуряване като тази дейност се поеме от 4-5 здравно-осигурителни дружества за задължително и доброволно здравно осигуряване.
3. Развитие на пазара на здравни услуги - смяна на модела на финансиране от бюджетен с осигурителен; свободен пазар; свободен избор на лекар и лечебно заведение; договаряне на обем и цени на здравните услуги; реструктуриране на здравните заведения в съответствие с търсенето.
4. Роля на държавата и общините - следва да се съблюдава принципа “повече пазар и повече държава в здравеопазването”, по-активно участие на държавата в здравеопазването.
5. Остойностяване на разходите за лечение с диагнози в отделните лечебни заведения – препоръчително е прилагането на болнични информационни системи, които отчитат поименно за всеки пациент, както проведените изследвания и лечебни процедури, така и направените за тази цел разходи. Отчитат се и т.н. стопански и административни разходи.
6. Внедряване на европейски стандарти в медицинското обслужване - правила за добра медицинска практика и добра фармацевтична практика, разработване и внедряване в практиката на национални медицински стандарти и акредитиране на лечебните заведения.
7. Въвеждане на Диагностично свързани групи за финансиране на болничната помощ.
8. Финансиране на краен резултат.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализът на съвременното състояние на сектора категорично доказва необходимостта от промени, както в организацията и финансирането на здравеопазването, в подобряване на качеството на услугите и условията за работа на заетите в тази сфера, така и по отношение на личната отговорност на всеки един от нас за опазване на индивидуалното, семейно и обществено здраве.

Практически във всяка държава формите на финансиране на медицинските услуги непрекъснато се усъвършенстват. Не на последно място трябва да се подчертае непрекъснатата конвергенция на моделите - т.е. използване на подходи от един модел в рамките на друг - в търсене на баланс между противоречивите човешки ценности и потребности.

## ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Борисов, В. Здравен мениджмънт. Филвест, С., 2004.
- [2]. Гладилов, С., Е.Делчева. Икономика на здравеопазването. София, 2009.
- [3]. Гладилов, С. Съвременни аспекти на финансиране на здравеопазването. София, 2011.
- [4]. Петрова, З., К. Чамов, С. Гладилов. Качество на здравеопазването, съвременни измерения и тенденции. София, 2008.
- [5]. [www.capital.bg](http://www.capital.bg)
- [6]. [www.dnevnik.bg](http://www.dnevnik.bg)
- [7]. [www.mh.government.bg](http://www.mh.government.bg)