



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”

ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ



КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ”

ЛЕКЦИЯ №5

ЗА ДИСТАНЦИОННА САМОПОДГОТОВКА ПО УЧЕБНА ДИСЦИПЛИНА

„ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ СИСТЕМИ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ”

ОБРАЗОВАТЕЛНО – КВАЛИФИКАЦИОННА СТЕПЕН

„МАГИСТЪР“

ЗАДОЧНО ОБУЧЕНИЕ

тема: ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Разработил:

Доц. д-р Пенка Стефанова, дм

гр. Плевен, 2020 год.

Финансирането е съвкупност от мероприятия за осигуряване на капитал, необходим да гарантира: учредяване, функциониране, постигане на рентабилност и ефективност на институцията. Финансите са система от парични отношения, които обслужват дейността ѝ и се проявяват в различни форми на постъпления и изразходване на парични средства.

Аспекти на финансирането

- Отрасълът потребява продукта и е генератор на икономическия растеж на високотехнологични сфери от промишлеността каквито са фармацевтичното производство и производството на разнообразни медицински технологии.
- Той произвежда добавена стойност – част от БВП на страната.
- Консумира значителна част от обществените фондове за потребление.
- 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 др.

Финансирането на здравеопазването има три основни аспекта:

I – набиране на финансови средства / източници, субекти и начини на плащане /;

II – разпределение на финансовите средства /географски, социално и организационно /;

III – изразходване на финансовите средства / за какво: по видове дейности, по структура и икономически елементи и как: резултати/разходи и дейност/разходи /.

Приоритет имат въпросите за справедливостта на разпределението и ефективността на изразходването на финансовите ресурси.

ИЗТОЧНИЦИ НА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО:

- здравноосигурителни вноски
- данъчни и други бюджетни /държавни и местни / приходи
- домакински бюджети
- средства на фирми и организации
- нестопански организации
- външни източници /дарители, инвеститори, заемодатели/.

Класификации на начините за финансиране

ИНДИРЕКТНО: - от здравно осигуряване:
задължително

доброволно

обществено

частно

бюджетно: от държавния бюджет

от местния бюджет

дарителство чрез фондации

външно финансиране

ДИРЕКТНО: - заплащане от консуматори:

от пациентите

от организации

пряко дарителство.

Здравеопазването като система, призвана да постигне здраве за всички, трябва да бъде финансирано съгласно следните **изисквания** /според СЗО /:

- Справедливост /отчита се кой печели и кой плаща за здравните дейности /.
- Адекватност /съответствия на предоставяните финансови ресурси на здравните нужди /.
- Въздействие върху предлагането /стимулиране на по-ефективната, качествена и по-производствена дейност на здравните заведения и индивидуални практики /.
- Въздействие върху търсенето / тясна взаимосвързка между финансиране и използваемост на здравни услуги /.
- Междусекторни взаимодействия.
- Административни улеснения.

- Бюджетно /правителствено/ финансиране – съвкупност от два относително самостоятелни индиректни начина на обществено финансиране, обикновено разглеждани в консолидиран вид – държавно /чрез държавния бюджет/ и общинско /чрез общинските бюджети/ финансиране.

Предимствата на бюджетното финансиране се свеждат до:

- разширяване и уеднаквяване на правата на гражданите при ползване на медицинска помощ;
- създаване на условия за политически контрол върху разходването на средствата;
- интегриране и координиране на всички обществени бюджети в името на целта “Здраве за всички”.

Като *недостатъци* могат да се посочат:

- 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 производителността на труда.

- **Здравно осигуряване** – фондово индиректно финансиране, при което се набират средства от осигурителни вноски за покриване на рискове от заболяване и други здравни проблеми.

Здравното осигуряване бива социално (задължително) и доброволно (частно).

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

- като фиксирана сума;
- като процент от брутното трудово възнаграждение
- като диференциална вноска в зависимост от здравния риск.

***Предимства* на здравноосигурителния начин на финансиране:**

- осигуреното лице е защитено по отношение на рисковете за здравето; “парите се движат с пациента”, което гарантира повече внимание към него;
- здравните заведения и практикуващите лекари получават ритмично и стабилно финансиране, което е обвързано с вида и количеството на извършената дейност.

Недостатъци:

- увеличаване на разходите за издръжка на административния и контролен апарат на здравното осигуряване;
- по-трудна координация на профилактичните дейности;
- нарастване на здравните разходи за медицинска помощ особено при свободно договаряне на цените на здравните услуги.

Директно заплащане от консуматорите – директен начин на финансиране, при който потребителите заплащат изцяло или частично от собствените си доходи за ползване на здравни услуги, за лекарствени средства и други стоки със здравно предназначение.

В развитите страни делът на директното заплащане не надвишава 20% от всички здравни разходи, докато в развиващите се страни достига 50%.

Предимства:

- осигурява допълнителни средства за здравеопазването;
- ограничава се ненужното използване на медицински дейности и лекарствени средства;
- стимулира индивидуалната отговорност за здравето;
- засилва ролята на пазарните отношения. По този начин се повишава качеството на медицинската помощ и се откриват слабите места в общественото “безплатно” здравеопазване.

Недостатъци:

- може да се превърне в бариера за достъпа до здравна помощ и да ограничи справедливостта в предоставянето на здравни услуги и стоки.
- може да индуцира ненужно търсене на здравна помощ, когато медицинските специалисти имат непосредствен интерес от директното заплащане от пациентите.

Дарителство – допълващ директен или индиректен начин на финансиране, чийто основен източник са доходи на фирми, нестопански организации и домакинства, предоставени на здравни организации.

Съществуват три различни **форми на дарителство**:

- Корпоративно дарителство (спонсорство, материално подпомагане и предоставяне на услуги от страна на бизнеса).
- Институционално дарителство (чрез фондации и други нестопански организации). То се осъществява под формата на: дарения за организации и отделни лица по предоставени проекти; материално и техническа помощ; средства за институционално и иновационно развитие, целеви фондове.
- Индивидуално дарителство.

- **Външно финансиране** – има за свои източници средства от други правителства, международни и чужди неправителствени организации и се реализира под формата на безвъзмездни дарения, хуманитарна помощ, кредитни линии, консултантски услуги и др.

Основни видове системи за финансиране на здравеопазните дейности

- **Система на бюджетно финансиране** (прилага се в съчетание с директно заплащане и доброволно здравно осигуряване). Развита е във Великобритания, Италия, Испания, Португалия, Гърция.
- **Социална осигурителна система** (изградена е национална система за задължително здравно осигуряване, която се допълва от бюджетно финансирани здравни дейности, директно заплащане и доброволно осигуряване). Например такива системи функционират в Германия, Франция, Белгия, Холандия и др.
- **Доброволна осигурителна система** (преобладава доброволното здравно осигуряване в съчетание с директно заплащане и бюджетно финансиране на някои чисто публични блага и социални здравни услуги). (САЩ и Швейцария).

Структура на здравните разходи

- по икономически елементи:

- инвестиции (незначителен и намаляващ дял) – 5-3,5% от всички обществени здравни разходи

- разходи за текуща издръжка – 95-96%:

- за заплати и осигурителни вноски – около 50%;

- за медикаменти – 12-25%;

- за храна – 6-9%;

- за материали, горива, енергия и др. – 17-23% с тенденция към намаляване.

- **по видове дейности:** първична здравна помощ, специализирана извънболнична помощ, болнична помощ, санаторно-курортна помощ, осигуряване на безплатни и частично платими лекарства и други продукти за извънболнично лечение, хигиенно-епидемиологична дейност, домове за медико-социални грижи и детски ясли, здравна администрация.

ФИНАНСИРАНЕ И БЮДЖЕТИРАНЕ НА ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

- Всяка една здравеопазна дейност изисква определено количество и качество на ресурсите – труд на лекари и медицински сестри, медикаменти, отопление, осветление, администриране и др. Всички тези ресурси се купуват, а това изисква наличието на финансови ресурси.
- Всички ресурси и дейности на структурната единица в здравеопазването могат да получат стойностна (парична) оценка. Те могат да се представят и оценят във вид на финансови ресурси или парични потоци, които се отличават по своите *източници* (финансиране от бюджета, постъпления от извънбюджетна дейност, получени заеми, задължения към доставчици), *конкретна форма* (дълготрайни материални и нематериални активи, дълготрайни и краткотрайни финансови активи), *разчетна единица на заплащането* (леглоден, преминал болен, всички дейности) и *правила за разпределение и изразходване*.

- **Под активи се разбира формата и вида на наличните финансови ресурси, а пасивите характеризират източника на финансиране.**
- **Финансирането на изпълнителите на здравни услуги е процес на осигуряване на финансови ресурси от различни източници, тяхното вътрешно разпределение и използване за целите на здравеопазната дейност.**

Темата за финансиране на здравната единица има две страни: **финансово-счетоводна и управленска.**

Болницата е най-сложната институция в съвременната здравеопазна система. За нейното функциониране са необходими огромни ресурси. Болничното обслужване е най-скъпото в сравнение с другите видове обслужване.

- **БЮДЖЕТИРАНЕ НА ЗДРАВНО ЗАВЕДЕНИЕ – процес на разработване и контрол на различни видове бюджети. Бюджетът представлява план за бъдещо функциониране на организацията, изразен в количествени измерители. В най-широко разпространения смисъл той е финансов план, в който трябва да има съответствие между приходите и разходите за дадена цел.**

КЛАСИФИКАЦИИ НА СИСТЕМИТЕ ЗА ЗАПЛАЩАНЕ

- За разлика от начините на финансиране, които отчитат източника на приходи, в системите за заплащане се акцентира върху разчетната единица (базата) за получаване на финансови ресурси. При един и същ начин на финансиране могат да се прилагат една или повече системи за заплащане.

Всяка система за заплащане на отделни видове здравни структури трябва да отговаря на следните *основни изисквания*:

- да стимулира качеството на оказваната помощ и по-висока ефективност на здравната структура;
- да позволява контрол над здравните разходи;
- да осигурява географска, социална и организационна справедливост в разпределението на ресурсите;
- да носи удовлетвореност на медицинските специалисти;
- да носи удовлетвореност на пациентите.

Класификации

Според зависимостта на финансирането от обема на обслужването:

- отворени системи (финансовите постъпления са в права зависимост от количеството на видовете извършвани дейности);
- затворени системи (нарастването на дейността не носи допълнителни приходи).

В практиката тези системи не се срещат в чист вид. Често се съчетава прилагането на отворени системи на ниво извършители на здравни услуги, но в рамките на затворен общ бюджет за дейността или здравеопазването.

Според момента на определяне на размера на финансирането:

- ретроспективни системи (обемът на финансирането се определя с появата на пациента или след приключване на лечебния процес);
- проспективни системи (целият бюджет или заплащането за определен вид обслужване са фиксирани предварително).

В развитите страни напоследък се прилагат проспективни системи, при които се фиксират предварително цени, вноски, приходи или се въвеждат ограничения в обема на извършваната дейност.

ОСНОВНИ СИСТЕМИ ЗА ЗАПЛАЩАНЕ

- **Заплащане за вид услуга (fee for service)** – при тази система се получават приходи директно от пациентите или от трето звено, по цени за всеки отделен вид извършена услуга.

Това е отворена и ретроспективна система на финансиране, което я прави рискова за финансиращата институция, особено когато това е обществен източник.

ОСНОВНИ СИСТЕМИ ЗА ЗАПЛАЩАНЕ

- **Заплащане за леглоден (per diem)** – широко се прилага за болници и други стационарни заведения. Тази система е отворена и ретроспективна. Заплащането за леглоден може да варира в зависимост от диагнозата на болните и вида или категорията на болниците. При тази система могат да се явят редица проблеми като удължаването престоя на болните с цел по-добро финансиране, или пък се явява опасността фиксираната цена за всеки леглоден да се отклонява значително от действително извършваните разходи.

ОСНОВНИ СИСТЕМИ ЗА ЗАПЛАЩАНЕ

- **Заплащане за случай (per case)** – здравната единица получава приходи по фиксирани или фактически цени за цялостното лечение и пребиваване на даден пациент в здравното заведение. Тази система е много по-затворена от първите две, тъй като финансирането не зависи от обема на извършваното медицинско обслужване, нито от фактическата продължителност на престоя. Тя може да бъде ретроспективна (когато цените се определят на базата на фактически извършените разходи за болния) или проспективна (когато съществува фиксирана, предварително определена цена за лечението на всеки преминал болен).

ОСНОВНИ СИСТЕМИ ЗА ЗАПЛАЩАНЕ

Общ бюджет

Това е типичен пример за затворената система на финансиране с проспективен характер: **При системата “общ бюджет” здравните заведения получават определени ограничени финансови средства за задоволяване на всички свои нужди за даден период.**

ОСНОВНИ СИСТЕМИ ЗА ЗАПЛАЩАНЕ

Заплащане на глава от населението (per capita) – получаване на фиксирана сума за цялостно обслужване или комплексен пакет услуги за всеки записан в регистъра или обслужван жител от дадено здравно заведение или регион.

Това е затворена и проспективна система. Съдържа стимули за икономично използване на ресурсите и позволява въвеждане на принципа “парите следват пациента” и прилагане на пазарни отношения в здравния сектор. Намира широко приложение в първичната здравна помощ.

Клинична пътека е алгоритъм за терапевтично поведение и инструмент за гарантиране на качеството, и не би трябвало да се използва като инструмент за заплащане. Практиката да се използват клиничните пътеки като инструмент за заплащане на болнична дейност силно деформират болничното лечение, като възникват някои трудности свързани с тях:

- * изкривяват медицинската статистика и правят трудни анализите и основаващите се на тях управленски решения;
- * клиничната пътека се превръща в начин за увеличаване разходите на НЗОК и за затвърждаване на убеждението, че парите в болницата са функция на подаден отчет, а не на свършена работа;
- * клиничните пътеки фаворизират определени медицински дейности за сметка на други, в резултат на което диагностично – лечебния процес се развива далеч от правилата на медицинската целесъобразност. Това довежда до финансово задушаване на редица болнични дейности, които нямат „пазарна стойност“;
- * липсва механизъм за обвързване на цената на клиничните пътеки с наличния финансов ресурс.

Кейс-микс е научен подход за класифициране на епизодите от грижи за пациентите и разработването на стратегии за използване на тези класификации за мениджмънт на здравните грижи.

От икономическа гледна точка здравното заведение е организация, която трансформира постъпващите в нея ресурси в определен вид продукт. *Най-големият проблем при икономическото управление и оценка на ефикасността на това “производство” е дефинирането на продукта.* Съществуват два основни подхода в тази насока: *междинен и резултативен.*

- Кейс-микс класификациите се опитват да съберат заедно пациентите в групи, които имат клиничен смисъл. Същевременно тези групи съдържат индивиди, за обслужването на които се изискват приблизително еднакви разходи. Наименованието, дадено на определена група пациенти, които имат сходни клинични характеристики и чиито разходи за обслужване са приблизително еднакви, е **диагностично-свързана група (ДСГ)**