

ЦЕНИ И ТАКСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

След усвояване на материала в тази глава Вие ще можете:

- Да се запознаете с понятията за цени и такси в здравеопазването;
- Да научите функциите на цените и таксите.;
- Да овладеете особеностите на цените и ценообразуването в здравния сектор;
- Да се запознаете с основни методи за ценообразуване;
- Да разграничавате видове цени и такси в здравеопазването.

1. Цени в здравеопазването – особености и видове

Здравеопазните дейности са изключително разнообразни по своята природа, ценова еластичност на търсенето, собственост, статут на икономическите субекти, структури на предлагането и т.н. Преобладаващата част от производството на здравни услуги (общественият сектор) доскоро се намираше в сферата на непазарната продукция като се предоставя безплатно на потребителите. С промените в здравното законодателство и въвеждането на здравноосигурителен принцип на финансирането, ролята на цените нараства драматично.

1.1. Възгледи за цената в общата икономическа теория

Цената е израз на стойността на стоките и услугите, които се предлагат на пазара. Тя представлява обективизирана обществена оценка за полезността на пазарните блага в условията на относителната оскъдност на ресурсите в сравнение с потребностите от тях.

Историческият път на цената е свързан с еволюцията на разменните отношения. Той преминава през натуралната цена, отделните периоди на паричното стопанство (измерени пари, монетно стопанство, книжни пари, кредитни пари), за да достигне до сложните форми на борсова търговия и международни сделки.

Възгледите за цените и тяхната роля в икономиката са се променяли с развитието на общата икономическа теория. Например в класическата икономическа школа (Смит, Рикардо) цената се определя от издръжката на производството с добавена към нея печалба. В марксистката икономическа теория цената се образува по подобен начин, но се въвежда понятието „средни обществено необходими разходи на труд“, с което се прави опит за обективизирането на абстрактния субстрат на цената – стойността. Неокласическата икономическа школа (Маршал, Менгер, Валрас и др.) развива и налага **съвременния възглед за цената, според който тя се формира в резултат от взаимодействието на пазарните сили**. Основното понятие в съвременната либерална икономическа теория е понятието „пазарна цена“, но практиката на различните страни показва, че се използват и други ценообразуващи и регулиращи фактори като издръжката на производството, формите на държавно регулиране, ценови контрол от неправителствени организации и т.н. Тези прояви са особено значими в отрасъл здравеопазване, който обикновено е в центъра на социалната политика на държавата.

Под пазарна цена се разбира споразумение между продавач и купувач. От гледна точка на даден пазар, цената при неизменни други условия и външна ненамеса **изразява степента на равновесие между търсенето и предлагането на даден продукт**. При съвършената конкуренция пазарната цена се изравнява с **пределните разходи** (допълнително вложени разходи за производството на една единица повече или по-малко). В пресечната точка (на търсенето и предлагането) фирмата максимизира своята нормална печалба, а обществото получава търсените стоки и услуги и реализира благополучие.



Съвременното развитие на страните, в които функционира пазарна икономика показва, че твърде рядко се срещат модели на съвършена конкуренция. Обикновено преобладават формите на несъвършената конкуренция – олигополни структури, монополистична конкуренция и монополи. При повечето от тях под въздействието на пазарните сили се формират цени по-високи от пределните, а даже и от средните разходи. Това поставя изискването за **държавно регулиране на цените**.

Държавното регулиране на цените в пазарната икономика няма нищо общо с централизираното ценообразуване в плановото стопанство. Главната отлика е в това, че държавата се намесва предимно по **косвен път** (чрез монетарни и фискални инструменти) в ценообразуването. **Пряка намеса, но съобразена с пазара** се допуска само при цените на блага, задоволяващи базисни и важни потребности за обществото.

Косвеното държавно регулиране на цените има за цел да изправи пазарните дефекти, да уравни състоянието на пазара и да подобри благополучието на обществото. То представлява обществена политика за стимулиране на по-голямото предлагане на висококачествени и разнообразни блага, както и на нарастване на ефективното търсене. Например такива мерки са насърчаване на конкуренцията и предприемачеството, защита на родното висококачествено производство чрез повишаване на митата на вносните стоки, намаляване на данъчното бреме за работодатели и потребители и т.н.

Пряката намеса и контролът върху цените обхваща основни блага за физическото и духовното развитие на човека и производството на държавни монополи със следните цели: защита на конкуренцията; защита на крайните потребители; защита на междинните потребители на ресурси; ограничаване на инфлацията до допустими размери. Например ако при социализма в България имаше 100% държавен контрол и пряка намеса в цените, по време на преходния период към пазарно стопанство кръгът на контрола и намесата се намали драстично – до около 20% от стоките и услугите.



Необходимостта от държавно регулиране на ценообразуването в условията на пазарно стопанство поставя и сериозни проблеми. Съществува опасността от приемане на неправилни и несъобразени с пазара регулативни мерки, които се превръщат в **непазарни дефекти**. Ето защо всеки опит за регулация и особено в пряката ѝ форма трябва да се оценява предварително и текущо от гл. т. на всички последици – за потребителите, за фирмите и организациите, за обществените бюджети, за икономическото развитие и т.н.

Основни **функции на цената** в условията на пазарно стопанство са :

- **измервателна** – измерва разходи и дава обществена оценка на резултати
- **балансираща търсенето и предлагането**
- **възпроизводствена** – приходите от цените на продадените стоки и услуги служат за компенсиране на вложените разходи за производство, за разширяване на производството и други цели.

1.2. Особенности на цените в здравеопазването

а) Дисфункции на цените поради провала на свободния пазар в здравния сектор

Например поради монополната сила на лекаря, тя може да бъде по-висока от реалната и да поддържа постоянно пазарно неравновесие (по-голямо търсене при намалено предлагане). В условията на значителни пазарни несъвършенства цената може да бъде много висока и да не изпълнява балансиращата и измервателната си функции. Поради неинформираността и неадекватната оценка от страна на пациента, цената на здравната услуга също може да се разминава с реалната за пазара, което възпрепятства на възпроизводствената ѝ функция. Редица здравни услуги са с толкова високи производствени разходи, че те не могат да се възпроизведат изцяло от цената и т.н.



б) Преобладават квазипазарни цени на здравните услуги

Тенденцията в ценообразуването на здравните услуги е към въвеждане на **договорни цени** между съсловните организации и финансовите институции, но заплащани изцяло или частично от трето звено – обществен или частен здравно-осигурителен фонд. Много често договорните цени са **икономически незначими**, т.е. непокриващи реалните производствени разходи.

Договарянето ги прави адекватни на пазарната ситуация и в този смисъл такива цени могат да се приемат за квазипазарни аналози. Тъй като те не се плащат изцяло от пациентите, при тяхното определяне трябва да се отчитат и **финансовите възможности на финансиращия орган**.

в) Приложение и на непазарни цени

Провалите на свободния пазар в здравния сектор понякога налагат и въвеждане на непазарни цени под формата на потребителски такси и административни цени.

г) Цената се заплаща изцяло или частично от трето звено – обществен бюджет, фирмен бюджет или здравноосигурителен фонд.

Причините за това са значимите обществени ползи от здравните услуги и тяхната ценност за държавата, общината, работодателя. Това понижаване на цената за потребителя на здравни услуги обаче води често до свръхпотребление, известно под наименованието „морален риск“, което се приема като дефект на здравно-осигурителния пазар. Ето защо се налага прилагане и на формите на споделяне на цената.

д) Споделяне на цената или стойността с пациента (cost sharing)

Целите на споделянето на цената или стойността с пациентите са:



- за възпитаване на отговорност към собственото си здраве
- за осъзнаване и оценяване на високата стойност на здравното обслужване
- за регулиране на потреблението когато пациентите злоупотребяват и използват повече здравни услуги отколкото ако трябва сами да ги заплащат

Разграничават се следните **форми** на споделянето на стойността, т.е. на участие на пациента в цената:

- **Предварително плащане (приспадане – deductible)** – сума, която осигуреното лице трябва да заплати, преди да започне реализацията на правото на осигуряване. Определя се във вид на фиксирана сума или процент от стойността и има характера на авансова вноска.
- **Съвместно плащане (co-payment)** – фиксирана сума, която трябва да се заплати при консумирането на отделен вид услуга.
- **Съвместно осигуряване (co-insurance)** – плащане на определена част или процент от стойността на консумирани видове услуги.

В условията на бюджетната система на финансиране на здравеопазването също могат да се прилагат формите на споделяне на стойността на по-желани от пациентите здравни стоки и услуги и при голяма ограниченост на обществените ресурси. Тази мярка обикновено се прилага като регулатор на потреблението и финансов разпределител. В България някои от тези форми са въведени отдавна при предоставянето на частично платими лекарствени средства. Например през последните години се прилагат формите: **съвместно заплащане** (например цена за обработката на безплатни рецепти) и **съвместно осигуряване** (например 25%, 50%, 75% от стойността на медикаментите се заплащат от обществените бюджети или пък пациентът заплаща стойността, надхвърляща даден



лимит) при предоставяне на безплатни и частично платими медикаменти на хронично болни и други категории лица с подобни права.

По-разширеното прилагане на формите на споделяне на стойността след въвеждане на здравното осигуряване е необходимо за изграждането на адекватни стратегии за съдържане на разходите, въздействащи както върху търсенето, така и върху предлагането на здравна помощ. Съгласно Закона за здравното осигуряване (1998) пациентите (с изключение на детски, социално слаби и други контингенти в неравностойно положение) извършват **съвместно плащане** под формата на фиксирана сума за всяко посещение при лекаря и за всеки леглоден, но не повече от 10 леглодни. Тези суми остават в приход на изпълнителя на здравни услуги. Формата „**съвместно осигуряване** „ се прилага при предоставяне на лекарствени средства и други здравни стоки на осигурените лица.

1.3. Особенности на регулирането на цените в здравеопазването

а) Доминира пряко държавно регулиране, съобразено с пазара

Причини за прякото държавно регулиране на цените в здравеопазването:

- От страна на предлагането – монополната сила на медицинското съсловие; несъвършени пазарни структури и отношения; производство на здравни услуги с външни ефекти
- От страна на търсенето – първичен характер на здравните потребности, нееластично търсене от цените, неинформираност за полезността от услугата

Икономическата природа на здравните услуги и слабата развитост на пазарните отношения в отрасъла са важни предпоставки за значителната роля на регулирането на цените. В по-детайлен вид причините за държавна намеса в ценовия процес на здравните

стоки и услуги, които са обект на стоково-разменни отношения са следните:

- **Доминиращата позиция на медицинското съсловие на пазара и слабите ограничители върху него** (от страна на търсенето) обуславят възможности за неефективно функциониране. При проява на монополна сила на квалифицирани медици, пазарната цена е по-висока, което води до висока социална цена (незадоволени потребности). Ето защо обикновено се намесват регулиращи институции и се приемат фиксирани или пределни цени.
- **Повечето здравни стоки и услуги задоволяват първични и жизнено-необходими потребности** за оцеляване на индивида и поддържане на неговата работоспособност и функционална дееспособност. Това определя нееластичността на търсенето от цените, което поставя в облагодетелствено положение страната на предлагането. Обикновено цените на стоките и услугите от първа необходимост са обект на държавно регулиране или пък се приема политика на субсидиране на здравното обслужване.
- **Неинформираността на пациента за стойността и полезността на необходимото му здравно обслужване** може да се отрази върху пазарната цена като я занижи под равнището на производствените разходи. В този случай често се практикуват единни фиксирани цени като гаранция за възвръщаемостта на здравните ресурси.
- **Наличието на здравни услуги с външни ефекти** (които се консумират от други лица, които не участват пряко в размяната) са предпоставка за участието на държавата или друга обществена институция в стойността на здравното обслужване. Принципът, който важи в този случай е на **споделената отговорност** – всеки който получава ползност от здравните услуги трябва да участва в стойността им. Например държавата и общината получа-



ват полза от това, че пациентите се възвръщат по-бързо в производството или създават условия за развитие на човешкия потенциал. Работодателите получават полза от по-здрава работна сила, а пациентите получават полза, която се изразява с алтернативните ползи от индивидуалното здраве. Най-често този принцип се реализира в условията на социалното здравно осигуряване.

В българското законодателство е приет един общ закон, които играе роля за държавното регулиране на цените – Закона за защита на конкуренцията (1998г), който служи за целите на държавното регулиране на цените при злоупотреба с монополно и господстващо положение.

Формите на пряко държавно регулиране на цените са три:

- Определяне на фиксирани или пределни цени на стоки и услуги, пределни надценки, отстъпки, комисиони, минимални цени, защитни изкупни цени.
- Определяне на правила и нормативи за образуване на цените, вкл. и за калкулиране на разходите за производство и реализация.
- Въвеждане на временна забрана до шест месеца за изменение на цените на определени стоки и услуги.

Съобразяването с пазара означава, че държавно определяните цени и правила за образуване отразяват съществуващите и желаните условия на пазара.

Държавното регулиране на цените на здравните услуги и лекарствените продукти се осъществява чрез **първата и втората форми**. Например цените на лекарствените продукти по предписание са с пределни търговски надценки. Цените на частните медицински услуги, платените козметични и стопански услуги (предлагани от обществени здравни заведения) се базират на одобрени от министъра на здравеопазването нормативни правила за калкулиране на разходите. През 2010 и 2011 г. министерството на финансите опре-



дели административно цените на здравните услуги финансирани от НЗОК. Тази мярка се оказва временна и се отмени много бързо.

б) Съсловно и здравно-осигурително регулиране

Цените, по които се продават частните дентални, зъботехнически и лекарски услуги са обект на съсловно регулиране. Цените, по които социално-осигурителната система заплаща покритите услуги са обект на съсловно и осигурително регулиране.

Регулирането на цените от съсловните организации се осъществява чрез делегирано от държавата право да представляват пазарната сила на предлагането на здравни услуги.

Функциите по регулиране на ценовия процес, осъществявани от съсловните организации се свеждат до: договаряне на цените и методите за тяхното образуване със социалноосигурителната система за здравно осигуряване, разработване на общи правила за ценообразуване на частните здравни услуги, изготвяне на стандарти за качество, етичен контрол над цените.

Регулирането на цените от здравноосигурителните институции се осъществява чрез участието им от името на осигурените лица като пазарна сила на търсенето в процеса на договарянето на пазарните цени на здравните услуги и стоки.

Функциите по регулиране на цените от институциите на социалното или доброволното здравно осигуряване са: предлагане на модели за заплащане на изпълнителите на здравни услуги, участие в процеса на договаряне на цените, ценообразуването и ценовите условия със съсловните организации и здравните структури, желаещи да сключат договори; контрол върху цените.

1.4. Видове цени в здравеопазването

Отклоненията от типичното пазарно ценообразуване се отнасят преди всичко до това **кой определя цената и кой я плаща**.



Цената може да се определя от медицинските специалисти (при пазар) като това зависи от самооценката на лекаря и желанието на клиента да плати. Този случай се счита за анахронизъм в развитите страни. Той е доминирал преди въвеждане на социалното здравно осигуряване в Западна Европа и до неотдавна в САЩ. Интерес представлява опита на Великобритания да възроди този модел, въвеждайки ценова конкуренция между болничните тръстове, но при общественото финансиране . **Цената може да се определи и чрез договаряне между лекарите и финансиращите институции** (като се установяват цени за вид манипулации и дейност) или **по административно решение** (централизиран начин за определяне на фиксирани цени).

Според критерия „кой плаща“ могат да се срещнат следните случаи: **заплащане от пациента** (характерно за частния сектор и в условията на реимбурсиране на разходите от обществени бюджети или здравно-осигурителни институции); **заплащане от третото звено** (здравно-осигурителен фонд, работодател или обществен бюджет -напр. Великобритания) и **заплащане от организацията, която купува здравни услуги за своите пациенти в случай, че не може да им ги предостави сама** (това е случаят на американските организации за поддържане на здравето – НМО’s).

На табл. 10 са представени възможните случаи и тяхното разпространение.

Таблица 10. Разпространение на моделите на ценообразуване в зависимост от критериите „кой определя цената“ и „кой плаща“

Кой плаща? Кой определя цената?	Пациента	Трето звено	Организация
Лекарите Договаряне	САЩ, България (ч. сектор) Франция, Швеция, Швейцария, Норвегия, Австралия, Н.Зеландия	САЩ България (общ. сектор) Канада, Германия, Холандия, Дания, Австрия, Великобритания и др.	САЩ (НМО’s)



Кой плаща? Кой определя цената?	Пациента	Трето звено	Организация
Административно решение		Германия, Франция, САЩ	

По: *Contandriopoulos A.*

От таблицата проличава, че най-голямо разпространение имат моделите на ценообразуване, които са продукт на договаряне (между съсловните организации и държавата или други страни) и в които заплащането се извършва от трето звено (здравно-осигурителен фонд) и пациента. Но тук трябва да се има в предвид, че тези разходи се реимбурсират на пациентите изцяло или частично също от третото звено. **Следователно в повечето развити страни цената се договаря на национално или провинциално равнище и се покрива изцяло или частично от обществени или други осигурителни институции.** Също така е видно, че настоящите случаи на ценообразуване в обществения и частния медицински сектор в България се отнасят към най-нетипичните модели на ценообразуване.

В българското здравеопазване се срещат следните **видове цени**:

а/ според обекта на ценообразуване:

- **цени на производствени фактори** – медикаменти, консумативи, медицинска апаратура, труд на медицински и немедицински специалисти и др.
- **цени на здравните услуги** – частни медицински и дентални услуги, козметични здравни услуги
- **цени на помощно-стопански услуги** – на изпиране, ремонтни услуги, стерилизационни и др.
- **цени на здравното осигуряване или на здравни застраховки**

б/ според степента на външна намеса :

- **свободни цени**, които са пазарно образувани – например



цените на здравните услуги в частния сектор и на козметичните здравни услуги (извън медицински индикации) са свободни пазарни цени;

- **пределни цени**, които се отнасят към **регулираните от държавата** цени посредством въвеждане на горна граница за цялата цена или отделни нейни елементи – например цените на лекарствените продукти имат пределни търговски надценки, цените за свободен избор на лекар и екип са пределни според наредба на МЗ;
- **фиксираны цени**, които се отнасят към **регулираните цени** само ако се фиксират за неголям период от време и са съобразени с пазара. В здравеопазването се срещат **фиксираны административны цени**, които не са продукт на пазара, но изпълняват частично функциите на цените, както и някои от функциите на таксите. Например такива са цените на кръвните продукти.

в) според това кой определя цената:

- **цени, определени от медицинските специалисти** – например частните медицински и стоматологични услуги;
- **цени по договаряне** – например за услуги по договор с обществените здравни заведения;
- **административно определени цени** – например посочените по-горе цени на кръвни продукти, на лечение на чужди граждани и др.

г) според това кой плаща:

- **цени, платени от пациентите** – за частни услуги, за потребителски такси в лечебните заведения, за козметични услуги, за лекарства
- **цени, платени от трето звено** – с въвеждане на Закона за здравното осигуряване здравно-осигурителните каси за-



плащат изцяло или частично разходите на изпълнителите на медицинска помощ или на пациентите за медикаменти по списък; редките случаи на частно здравно осигуряване и застраховане; безплатно или частично предоставяне на лекарствени средства от обществените бюджети за ветерани; здравни услуги, платени от работодателя.

2. Методи за ценообразуване

В икономическата теория и политика се среща голямо разнообразие от методи за ценообразуване. Обикновено се обособяват две групи, които намират приложение и в здравеопазването:

- **Разходни методи**, при които цената се определя като сума от разходите за производството и определен процент печалба.
- **Методи с отразяване на пазарните фактори (пазарни методи)**, при които могат да се отчитат цените на конкурентите, на продукти-аналози, качествата на предлагания продукт и състоянието на пазара.

2.1. Разходни методи

Разходните методи са нетипични за пазарната икономика, но се прилагат по-често при ценообразуването на блага, които традиционно са считани за непазарни или при блага, които са с наблюдавани и контролирани цени. Предимството им е, че позволяват по-лесен контрол над съставките на цената, както и съобразяване с инфлацията на всеки отделен елемент на цената. Техният голям недостатък е, че могат да се разминават с изискванията на пазара. Ето защо в българското законодателство се приема тяхното прилагане само ако те са съобразени с пазара. Това поставя доста затруднения за субектите в здравния отрасъл в условията на слаба развитост или неразвитост на пазарните отношения.

От групата на разходните методи в здравеопазването могат да се прилагат няколко метода:



а/ Калкулативен метод на пълните разходи – това е остарял метод, характерен на централизираната планова система, но намиращ място при формирането на цените на платените услуги в бюджетните организации вкл. и в здравеопазването (напр. за цените на платените стопански услуги – на кухнята, на пералнята, стерилизация, ремонт и др., предлагани на външни клиенти; за цените на медицинските козметични услуги и др.). Методът е залегнал и в Методиката за ценообразуването на частните медицински и стоматологични услуги, разработена от съсловните организации (1991г.), както и при ценообразуването на лекарствените продукти, но при пределни търговски надценки.

Същността на метода се базира на детайлизирана калкулация на производствените разходи на единица продукт с добавка за рентабилност и търговски надценки. Ако сделката е облагаема с данъка върху добавената стойност (ДДС) към цената се добавя и съответния процент за него. В здравеопазването обаче се срещат предимно необлагаеми с ДДС сделки, какъвто е случаят със здравните услуги (освободена сделка). ДДС обаче влияе върху цените на всички материални производствени фактори, върху лекарствата, което оскъпява цените и на крайните продукти – здравните услуги.

Разновидност на калкулативния метод е **нормативният метод**, който може да изпълнява спомагателна роля, отчитайки нормативи за даден вид разход. Например при определянето на цените на частните стоматологични услуги и зъботехнически услуги се прилагат нормативи за разходи на материали.

Упражнение

Разгледайте ценообразуването на частните медицински услуги и обобщете метода по който се работи.

Ценообразуването на частните медицински (вкл. стоматологични и зъботехнически услуги) е обект на най-либералната форма на държавна регулация върху ценовия процес като държавата делегира това свое право на съсловните организации на медицинските специалисти. Цените се определят от изпълни-



телите на здравна помощ съгласно правилник, изготвен от съответните съсловни организации (Българския лекарски съюз, Българския стоматологичен съюз и организация на зъботехниците) и издаден от министъра на здравеопазването, след вземане на мнението на Висшия медицински съвет.

За изминалия период от разрешаването на частната медицинска практика (1991-1997) са публикувани отделни правилници за ценообразуване на частните медицински, стоматологични и зъботехнически услуги. И в трите случая обаче са залегнали общи методики и принципи. **Основният метод за ценообразуване е разходния (на пълните разходи)**, но при определяне на цената на труда на медицинския изпълнител се прилага **метода на относителните цени** (немската точкова система, пригодена частично към български условия).

Калкулацията на цената се състои от следните елементи:

- **Разходи за труд на лекаря** (стоматолога, зъботехника) – определен от умножаване на броя на точките (характеризиращи сложността на извършената услуга) по паричната стойност на една точка (актуализирана периодически от съсловните организации). Получената парична стойност се умножава по коефициент за квалификация (от 1 до 3,9) за трите категории практикуващи и по коефициент за необичайни условия -например работа през нощта, в празничен ден, в отдалечен район (достигащ до 2,5) само при лекаря. Необичайните условия се отразяват в цената на стоматологичните услуги като цялата цена се умножава по коефициент (достигащ 2).
- **Разходи за вложени материали** (медикаменти, консултативи и др.) – отразени по цени на закупуване;
- **Разходи за възнаграждение на труда и социални осигуровки на помощен персонал;**

- *Амортизационни отчисления за използваната апаратура и други ДМА;*
- *Непреки разходи – режимни разходи за наем, осветление, отопление и др., които се разпределят по отделните видове услуги, но не могат да надвишават 40% от крайната цена;*
- *Други разходи – напр. задължителни и доброволни социални осигуровки на лекаря, финансови разходи, разходи за представителни цели.*

Характерна особеност на образуването на цените на здравните услуги (в пакета на социалното здравно осигуряване и в частния сектор) по този метод съгласно действащото законодателство и подзаконовите актове е, че **цената е тип “себестойност” и в нея не се калкулира норма на печалбата**. Основанията за това са: 1) защита на потребителите и разширяване на достъпността до частни здравни услуги; 2) редуциране на разходите на общественния фонд за здравно осигуряване. Здравните услуги, заплащани от доброволни фондове за здравно осигуряване съдържат печалба.

Друга характерна особеност на цените на услугите, предлагани от обществените здравни заведения (наблюдава се в цялата бюджетна сфера), е, че те **не съдържат и елемента– амортизация на дълготрайните материални и нематериални активи**. По такъв начин здравните заведения (които се отнасят към един от най-високотехнологичните отрасли) и техните собственици се декапитализират постепенно и се натрупват проблемите по замяната и модернизирването на остарялото оборудване. При изключителната оскъдица на бюджетни средства за капитални вложения в последните години, включването на амортизации може да помогне поне частично за постепенното решаване на въпросите с материалната база и новите технологии в медицината. **Здравните заведения, преобразувани като търговски дружества и еднолични търговци отчитат амортизациите на собствените си дълготрайни активи по общия закон ред.**

б/ Метод на преките разходи – цената се определя само от преките, т.е. променливите (например медикаменти, консумативи, материали, храна) и частично-променливите разходи (разходи за труд), както и от допълнителната (маргиналната) печалба. Този метод намира частично приложение (без включване на елементите – частично-променливи разходи и печалба) при заплащането от пациентите на стойността на скъпоструващите материали и ортопедичните материали в стоматологичната помощ, оказвана от обществените здравни заведения. Също така може да се прилага (без начисляване на печалба) и при калкулирането на цени на стопанските услуги, предлагани за други здравни заведения.

Методът може да намери по-широко и цялостно (с отчитане на всички негови елементи) приложение при договаряне на цените на здравните услуги с финансиращия орган когато става въпрос за допълнително оказани услуги извън договорирания обем, каквато е практиката на договарянето във Великобритания и др. страни.

в/ Аналитичен метод на критичната точка– при него не се извършва калкулация, а се прилага анализ на критичната точка, т.е. точката, в която организацията няма загуба, но не реализира и печалба. Този метод е доста лесно приложим и е подходящ за здравните заведения в обществения сектор. За неговото използване е необходимо да се отделят и познават постоянните от променливите разходи за всеки продукт (вид услуга, стока или пакет от услуги), както и обема на предлагането (количество продукти), при който трябва да се пресметне цената. Обикновено в икономическата практика се приема този обем на предлагането, който може да се получи при 80% натовареност на капацитета.

Методът може да се прилага и при отчитане на норма на печалбата, което го прави подходящ и за частния сектор.

Прилага се следната формула за определяне на цената:

$$C_i = \frac{\Phi P + ПП + НП}{K_i}$$

където: C_i е цената на i -та услуга (стока),



ФР са фиксираните разходи за производството и (разходи за наем, издръжка, администрация, помощен персонал, отопление, осветление, амортизации и др. ,които не зависят от дейността);

ПР са променливите разходи за производството (разходи за медикаменти, консумативи, хонорари за труд, възнаграждения, зависещи от дейността и др.);

НП е икономически обоснована норма на печалбата (ако се включва такава)– изчислява се в % от пълната себестойност $-(ФР+ПР)НП$;

K_i е планираното количество услуги (стоки), които ще се произведат напр. при 80% използваемост на капацитета.

За болнични услуги K_i ще се изчисли като брой преминали болни, брой случаи по диагнози или брой леглодни при 80% използваемост на леглата (може да се заложи различен процент за рационална използваемост на капацитета за интензивните и плановите легла). За амбулаторна дейност ще се определи нормалният брой посещения или брой по видове амбулаторни услуги, за които ще се изчисляват отделно цените.

2.2. Пазарни методи

Методите за ценообразуване с отчитане на пазарните фактори са най-адекватни на пазарното стопанство вкл. и при младите и неразвити пазарни структури. Въпреки че в съществуващата нормативна база, касаеща дейностите на здравеопазването те не се използват, практиката ги налага все повече, както в обществения, така и в частния сектор.

а/ Методи, отчитащи цените на конкурентите – могат да се приложат при цените на здравни услуги и продукти, които имат конкуренция на пазара. Всъщност тези методи се използват в търговията с лекарствени средства, както и при предлагането на частни медицински услуги.

б/ Сравнително-аналитичен метод – прилага се за определяне на цената на нов или подобрен продукт, с който се навлиза в пазара. При него се избира продукт-аналог като цената на но-

вия продукт се формира в такава пропорция с цената на аналога, която отговаря на пропорцията в параметрите на качеството на новия продукт спрямо аналога. Според българското законодателство единствено цената на нов (или подобрен) продукт може да бъде по-ниска от обичайната пазарна цена, което не се счита за дъмпинг.

Сравнително-аналитичният метод се прилага от редица обществени здравни заведения за определяне на цени за луксозно настаняване на пациенти в болница.

в/ **Метод на относителните цени** – намира широко приложение в здравеопазването под популярното наименование „точкова система“. Същността на метода се свежда до: 1) изразяване на относителната сложност на отделните здравни услуги (манипулации, прегледи, изследвания, операции и т.н.) в брой точки спрямо най-простата единица здравна услуга чрез експертна оценка; 2) определяне на цена на една точка, което може да стане по два начина: чрез периодично приемане на национално или по-ниско равнище стойността на една точка (напр. такъв подход се прилага в чехската, белгийската, френската и други здравно-осигурителни системи) или чрез разделяне на общия бюджет за болнична или друг вид дейност на планирания или договорирания брой точки-изчислен чрез умножаване на планов обем услуги по броя точки за единица (такъв е опитът на немската здравно-осигурителна система).

Методът намира частично приложение в България в Методиката за ценообразуване на частните медицински и стоматологични услуги за определяне цена на лекарския труд, като се използва немската точкова система. Периодически съсловните организации приемат и актуализират стойността на една точка. Възможно е неговото по-широко прилагане в условията на задължително здравно осигуряване.

3. Такси в здравеопазването

За разлика от приходите от цени, които са обект на частно потребление от извършителите на услуги и фирмите, таксите са част от публичната финансова система. Втора съществена отлика



от цените е, че таксите обикновено не са обвързани с производствените разходи или с пазарните сили и могат да не покриват пълната стойност на таксуваните стоки и услуги. Таксите се определят като фиксирани суми (**прости такси**) или в процент от определена стойност (**пропорционални такси**) на стока или услуга. Някои от тях са фиксирани на национално равнище, за други такси се определя диапазон „от-до“, а конкретният им размер се уточнява на общинско равнище. Размерите на трети вид такси се приемат изцяло по решение на общинските съвети.

Функции на таксите:

- фискална
- регулативна
- разпределителна

Таксите изпълняват функции, които са породени от тяхната принадлежност към системата на публичните финанси.

Фискалната функция служи за осигуряване на необходимите на държавата, респ. на общината средства за финансиране на изпълняваните от тях функции и задачи. Фискалната функция претърпява значително модифициране при някои видове такси до 1999 г. – засилен е процесът на преотстъпване на държавни приходи от такси на съответните бюджетни организации, които ги събират. По такъв начин се избягва по-сложния финансов трансфер на средствата – от организациите, които ги събират през държавната хазна и обратното финансиране на публичните дейности. Освен това нараства финансовата самостоятелност и заинтересованост на бюджетните организации да развият повече платени услуги с преотстъпени такси. Със закриването на извънбюджетните сметки от началото на 1999г отново се централизират приходите от такси, но се запазва правото на колектива да получава 40% от тях за допълнително материално стимулиране.

Регулативната функция изтъква ролята на таксите като ценови заместител и регулатор на потреблението;

Разпределителната функция изразява влиянието на таксите върху разпределението и преразпределението на доходите на потребителите.

В българската икономическа практика се срещат няколко вида такси: **митнически, държавни, местни и такси по Закона за здравното осигуряване**. От по-голяма важност за здравните заведения и изпълнителите на здравна помощ са последните три вида такси, които се заплащат от пациенти и потребители на здравни услуги. Те се отнасят към неданъчните приходи на държавния или общинските бюджети.

а/ Държавни такси – събират се в полза на Републиканския бюджет съгласно Закона за държавните такси. Голяма част от държавните такси за здравни и административни услуги се събират в МЗ и в негови оторизирани органи – такси по Закона за лекарствени продукти за хуманна медицина (за подаване на молба за разрешение за производство, за подаване на молба за разрешение за клинично изпитание, за регистрация на ново лекарство средство и т.н.), такси по Закона за народното здраве (за разрешение за откриване на болници и аптеки, за различни видове разрешения от органите на държавния здравен контрол и др.).

В периода след 1989 г. се наблюдават две противоположни тенденции – на **децентрализация** в разпореждането с приходи от държавни такси като те се **преобразуват в извънбюджетни приходи** на бюджетните организации (до края на 1998г) и **централизиране на приходите** в първостепенния разпоредител с бюджетни кредити (от 1999г).

б/ Местни такси – събират се съгласно Закона за местните данъци и такси (1997) в полза на общинските бюджети и по решение на общинските съвети относно точния размер на таксите. Това предопределя по-голяма самостоятелност във финансовата политика на местните органи на властта и следователно вариация между таксите за различните общини.

Местни пропорционални такси (в процент от минималната работна заплата диференцирано съобразно доходите на член от се-



мейството) се събират за ползване на детските ясли и физиологичните отделения на домовете за медико-социални грижи, които са в структурата на здравеопазването. Не се заплащат местни такси за деца на родители с по-тежка инвалидност, деца на неизвестни родители, на загинали лица при изпълнение на служебния дълг, деца с тежки хронични заболявания и настанени в оздравителни детски заведения, деца на многодетни родители и т.н. Също така към кръга на местните такси се отнасят таксите за ползване на общински терени, технически и административни такси, курортни такси и др.

в) Такси по Закона за здравното осигуряване – събират се съгласно Закона за здравно осигуряване и остават като приход на изпълнителя. След въвеждане на неговите разпоредби за всяко посещение при лекар се заплаща от пациента такса в размер на 1% от минималната работна заплата, а за всеки леглоден – 2% от минималната работна заплата за престой не по-дълъг от 10 дни. От тези такси са освободени всички лица със заболявания, определени по списък към Националния рамков договор, малолетни, непълнолетни и неработещи членове на семейството, военнослужещи на наборна служба, военноинвалиди, социално слаби и други зависими категории лица, нуждаещи се от социална защита. От 2012 г. с изменение в Закона за здравното осигуряване се прие стационарен размер на потребителската такса от 2.90 лв независимо от размера на минималната работна заплата.

Въпроси за самоподготовка:

1. Анализирайте цитирания откъс с цел договаряне на бюджета на здравното заведение с общината или здравно-осигурителен фонд на базата на „цени на обобщена единица дейност“ (преминал болен през дадено отделение, амбулаторно посещение и т.н.). Защо авторът използва понятието „квази-цени“? Какъв метод на ценообразуване се има предвид? Какви проблеми следват от въвеждането на единни фиксирани цени за всички еднотипни здравни заведения?



“КВАЗИ-ЦЕНИТЕ“ И „ДОГОВОРНАТА СИСТЕМА“

От писаното дотук като че ли става ясно, че съществуващите в момента показатели „средна стойност на... (преминал болен, посещение – доп. мое Е.Д.)“ могат още понастоящем да се използват освен за отчетност и анализ, и като инструмент за разпределение на ресурсите. Това означава, че те могат да се включат като съществен елемент в рамките на „договорната система“ и то по няколко различни начина.

1. Ориентир или рачетен показател. Договорите се сключват за глобална сума, определяща издръжката на болницата или нейно звено за определен период (Блоков договор). В процеса на установяване и на договаряне на тази глобална сума се използват и от двете договарящи страни данни за величините на тези стойности – ретроспективни и прогнозни.

2. В качеството си на локална „квази-цена“. Здравното заведение на основата на анализ, установява за предстоящия период стойностите, на които ще „продава“ своите здравни дейности на евентуалните „купувачи“ – общините. Така тези стойности „автоматично“ се превръщат в „квази-цени“. Тук ги определям като локални защото всяко здравно заведение определя величината им по свои виждания.

Тук има за решаване сложни теоретични въпроси. В Националната здравна служба на Великобритания се обсъжда възможността тези „цени“ да се определят по инструкции от централното ведомство (Министерството на здравеопазването). Предлага се цените да се определят като равни на маргиналните разходи. Те трябва да включват и съставка, осигуряваща възвръщането на капиталните вложения (амортизационните отчисления). Има и редица възражения срещу този подход. Това показва необходимостта от специално изследване на приложимостта на този одход в български условия.

3. В качеството си на национални „квази-цени“. Министерството на здравеопазването пряко поема функциите по определянето за всяка следваща година на единни за страната или национални „квази-цени“ на здравните дейности. Допълни-

телно може да се обсъжда въпроса за кои типове здравни заведения – на общинско и /или на централно подчинение, дали това да са общи цени за всички видове заведения или диференцирани по видове и групи заведения и пр.

Из: Давидов Б., Разходи, стойност, „квази-цени“ на здравните дейности: същност, проблеми, подходи за приложение, в Бюлетин „Икономическа информация в здравеопазването“, НЦЗИ, бр. 6, с. 71-72

2. Как ще се определи стойността на платените медицински услуги, получени в хирургично отделение на общинска болница „Х“, която трябва да се заплати от пациента или неговия застраховател при следните данни:

Извадка от тарифите за таксите за заплащане на здравни услуги и от болничната документация

Подробен преглед на общ статус – 30 лв

Брой извършени прегледи – 4

Изследване на хемоглобин -7 лв

Брой на изследванията на хемоглобин – 2

Броене на левкоцити – 7 лв

Брой на изследването за левкоцити – 2

Определяне на кръвни групи -10 лв

Брой на изследването – 1

Рентгеново изследване на гръдни органи – обзорна снимка – 10 лв

Брой на изследването – 1

Болнично лечение за един леглоден в отделение „хирургичен профил“ на общинска болница – 70 лв

Продължителност на лечението -10 дни

Средна стойност на използваните лекарствени продукти за всеки леглоден – 20 лв

Използвани 2 консуматива с единична стойност 120 лв и 250 лв

Издаване на писмена епикриза -2 лв



КЛЮЧОВИ ПОНЯТИЯ:

Цена (price) – обективизирана обществена оценка за полезността на пазарните блага в условията на относителната оскъдност на ресурсите в сравнение с потребностите от тях.

Споделяне на цената с пациента (cost sharing) – участие на пациента в цената като заплаща предварително някаква част или заплаща определена част или процент в момента на консумацията.

Такси (tariffs, fees) – част от публичната финансова система като обикновено не са обвързани с производствените разходи или с пазарните сили и могат да не покриват пълната стойност на таксуваните стоки и услуги.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атанасов Б., Й.Владиминова, Т.Пелов, Цени и ценообразуване, Унив. изд. Стопанство, С., 1994
2. Гладилев Ст., Евг. Делчева, Икономика на здравеопазването, Принцепс, 2009
3. Делчева Е. и кол., Пазарни и непазарни дефекти в социално-културната сфера, научно изследване на УНСС, 2000
4. Йотова Л., Икономикс, първа част, Рацио-90, С., 1994
5. Йотова Л., Алякова В., Икономикс – втора част, Рацио, С., 1995
6. Класова Св., Държавното регулиране на цените при пазарната икономика, Алтернативи, УНСС, 1997, бр.5, с.20-24
7. Contandriopoulos A., F.Champagne, E.Baris, Physician compensation and health care system objectives: an appraisal of international experiences, GRIS, Montreal, 1990

Евгения Делчева

Икономика на здравеопазването

Българска, първо издание

Коректор:

Печатница „ЕА“ АД

Предпечатна подготовка

Печатница „ЕА“ АД

Графично оформление

Печатница „ЕА“ АД

Формат 60/84/16

Печатни коли 13,5