

Глава 3

НАЧИНИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

След усвояване на материала в тази глава Вие ще можете:

- Да дефинирате понятието „финансиране на здравеопазването“;
- Да определите източниците на финансови средства в здравеопазването;
- Да разграничавате начините за финансиране на здравеопазването;
- Да се запознаете с проблемите и реформите във финансиране на здравеопазването на развитите страни и страните в от Централна и Източна Европа.

1. Финансиране на здравеопазването – основни понятия

1.1. Три аспекта на финансирането

Всички материални, нематериални, трудови и финансови ресурси на здравните заведения и органи могат да се представят и като парични потоци, които се отличават по източниците си и начините на преобразуване, разпределение и използване в процеса на функциониране на здравеопазната система. Следователно 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. Нещо повече, анализът на финансовите стимули за медицинските специалисти и здравните заведения е вътрешен разрез на начина на функциониране на системата и нейната ефективност.

Финансовите ресурси на здравеопазването са необходимо условие за задвижването на всички елементи на системата, чиято основна цел е получаването на обществен здравен ефект. 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, тъй като:

- 1) отрасълът потребява продукта и е генератор на икономическия растеж на едни от най-технологично развитите и рентабилни индустрии като фармацевтичното производство и индустрията на други медицински технологии;
- 2) той произвежда добавена стойност – част от БВП на страната;
- 3) консумира една значителна част от обществените фондове за потребление като напр. държавен, общински бюджети и специализирани фондове;
- 4) влияе в немалка степен върху личното потребление на домакинствата;
- 5) привлича значителни инвестиции и осигурява натрупване на обществено богатство;
- 6) ангажира немалка част от интелектуалните трудови ресурси на нацията и предлага работни места и т.н.

Финансирането на здравеопазването е съвкупност от начини за набиране, разпределение и изразходване на парични средства, необходими за възпроизводството на дейностите, свързани с укрепване, опазване и подобряване на здравето.

Трите аспекта на финансирането на здравеопазването се свеждат до:

- **набиране** на финансови средства (включва видовете източници, субекти и начини на заплащане) ;
- тяхното **разпределение** между различни географски региони (географско разпределение), групи население (со-



циално разпределение) и здравни структури и дейности (организационно разпределение) и

- **изразходване** на средствата по видове икономически елементи (труд, материали, гориво, инвестиции и др.), по дейности, подсистеми и структури на здравеопазването. В съвременната приложна икономика на здравеопазването **се поставя приоритет на въпросите за справедливостта на разпределението и ефективността на изразходването на финансовите ресурси.** Или по думите на английския учен А.Калър-1989 финансирането на здравеопазването включва и „изучаване на последиците от него за ефективността на моделите на използване на здравна помощ“.

1.2. Въздействия върху и от финансирането

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 т.н.). Така например чистите публични блага (обществената профилактика), благата с големи външни ефекти (профилактика и лечение на инфекциозни болести, болнично лечение на психични заболявания, социално-значими заболявания с големи загуби на трудоспособност и живот), неотложните (спешната медицинска помощ) и ценните (медицинска наука и образование, педиатрични програми и др.) за обществото трябва да се финансират изцяло или в голяма степен от държавата и общините, за да се гарантира тяхното възпроизводство, необходимо за здравно-демографското развитие и социалното благополучие на дадена страна. Смесените публични блага, към които се отнасят почти всички персонални здравни услуги трябва да се финансират смесено най-малко от два източника – обществен (например фонд за задължително здравно осигуряване) и частен, тъй като това отговаря на вида на реализираните ползи от консумацията. Според В. Стоянов – 1998 г. **мо-**



тивите 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 потребяват повече трябва да заплащат повече;
- Здравето на индивидите зависи и 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 здравните услуги.

Частните блага (като например медицински козметични услуги и аборти по желание), които не се отличават със значими външни и неделими ефекти би трябвало да се финансират само от клиента, респективно от фонд за доброволно здравно осигуряване.

Формите и отношенията на собственост върху ресурсите и произведените продукти също обуславят различия в начините на набиране и изразходване на финансовите средства. Например финансирането на една държавна болница се отличава от финансирането на частна клиника по преобладаващите си източници, по формата на получаване на средства (по цени или субсидия), както и по свободата на управление и изразходване на финансовите ресурси.

Типът на икономическата система, която е изградена в отрасъл здравеопазване (национална здравна служба, пазарна, смесена) също определя характера на финансовите отношения. Например в една смесена система (към която се стремим) присъстват всички възможни източници и разнообразни начини на набиране, разпределение и изразходване на финансовите средства.

Общественият избор на подходяща форма на държавна намеса (обществено производство, социален трансфер на доходи, държавни покупки, изготвяне на правна уредба, пряко и косвено



регулиране) в здравеопазните структури и дейности също дава своя отпечатък върху начините на финансиране.

От своя страна, **финансирането въздейства силно върху начините на заплащане на основния производствен фактор**– медицинските специалисти, поради което влияе върху трудовите отношения и създава (но не винаги и в различна степен) мотивация за труд. Тази детерминираща връзка е толкова силна, че в икономиката на здравеопазването начините на заплащане на изпълнителите и на труда се включват обикновено в темата за финансирането .

Равнището и начините за финансиране определят и степента на възстановяване на направените здравни разходи. Ето защо финансирането **детерминира възможността за по-разширено възпроизводство на цялата система от здравни ресурси. То формира и отношения между лекар и пациент. Също така се отразява върху домакинския бюджет и личното или семейното благосъстояние.**

Следователно финансирането на здравеопазването е кръвоносната система на един твърде сложен организъм, какъвто представлява здравната служба .

2. Класификации на начините за финансиране на здравеопазването

2.1. Източници

Източници на финансови ресурси за здравни цели могат да бъдат:

- **Данъчни и други бюджетни** (държавни и местни) **приходи** , които имат за свой основен първоизточник фирмените и личните облагаеми доходи, както и други данъчни и неданъчни приходи. От тях се заделят **общии или целеви субсидии** за здравеопазването или се финансират **обществени здравни програми и фондове**. Разходите по тази форма се наричат **трансферни разходи**, тъй като се



извършва преразпределението им за социални, здравни и други цели. Друга съвременна форма на бюджетно (държавно и местно) финансиране е чрез **фискални разходи**, т.е. чрез данъчни облекчения за здравни разходи или за вноски за здравно осигуряване на физически и юридически лица. Трета форма на бюджетно финансиране е **скрито субсидиране** на производството на здравни услуги или стоки чрез нисколихвени заеми и гаранции по кредити или чрез протекционистична политика например спрямо местното фармацевтично производство.

- **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**, отделяни за здравеопазване на работещите лица под формата на социални разходи, трудова медицина или директни дарения;
- **Нестопански организации** (фондации, сдружения), предоставящи дарения или подпомагащи с дейности здравните структури.
- **Външни източници** (международни и чужди организации – дарители, инвеститори и заемодатели).

2.2. Класификации

В практиката на съвременните здравни системи се наблюдава плурализъм в източниците и формите на финансиране, както и комбиниране на разнообразни видове финансиране. Различните съвместими комбинации във финансовите отношения ще наричаме „начини за финансиране“.



Начините за финансиране на здравеопазването са обобщена характеристика на определени съвместими комбинации от начини за набиране, разпределение и изразходване на финансови средства.

В зависимост от това дали финансовите ресурси се получават при пряка продажба на здравни услуги или здравни стоки или минават през трето звено – държавен бюджет, здравно-осигурителен фонд, фондация и т.н. се разграничават **директни и индиректни начини на финансиране** на здравеопазването, представени по-долу. Практиката на развитите и демократичните страни показва, че директните начини на финансиране са с незначително и по-слабо приложение. Това се дължи на **нарастващата тенденция на отделяне на финансирането от страната на предлагането на здравна помощ**, което е форма на външен контрол над извършваната здравна дейност и е начин за защита на пациента и консуматора от негативните влияния на преките парични разменни отношения с медицинските специалисти.

Индиректно финансиране:

- **Бюджетно (правителствено) финансиране**
 - от държавния бюджет (на централното правителство)
 - от местните бюджети (на провинции, общини и др.)
- **Здравно осигуряване**
 - задължително/ доброволно
 - обществено/частно
- **Дарителство чрез фондации**
- **Заплащане от работодателя за трудова медицина**
- **Външно финансиране**

Директно финансиране

- **Заплащане от консуматори**
 - от пациенти
 - от организации



● Пряко дарителство

Друг важен разрез на начините на финансиране е според **собствеността върху финансовите ресурси**. Когато те са фондове за колективно потребление или парични потоци на публичната финансова система говорим за **обществено финансиране** на здравеопазването. Когато финансовите ресурси са частно притежание на физически и юридически лица имаме **частно финансиране** на здравеопазването – вж. табл. 2. Делът на общественото финансиране на здравеопазването в развитите страни е много висок. Например за Европейската общност достига 78%, докато в развиващите се страни е под 50%. На таблица 2 са представени класификациите на начините на финансиране според собствеността, а на таблица 3 – данни за развитите страни за 2008 г.

Табл. 2. Начини за финансиране на здравеопазването според собствеността

Собственост върху фин. ресурси	Начин на финансиране
Обществено финансиране	<ul style="list-style-type: none"> ● Бюджетно (правителствено) ● Социално здравно осигуряване ● Външно обществено финансиране
Частно финансиране	<ul style="list-style-type: none"> ● Заплащане от консуматори ● Частно здравно осигуряване ● Заплащане за трудова медицина ● Външно частно финансиране ● Дарителство

Табл. 3. Разходи за здравеопазване в различни страни през 2008 г.

Страна	Общи разходи за здравеопазване в милиарди международни долари	Общи разходи за здравеопазване като % от БВП	Публични разходи като % от общите разходи за здравеопазване	Частни разходи като % от общите разходи за здравеопазване
Германия	305,5	10,5	76,8	23,2
Австрия	33,1	10,5	76,9	23,1

Страна	Общи разходи за здравеопазване в милиарди международни долари	Общи разходи за здравеопазване като % от БВП	Публични разходи като % от общите разходи за здравеопазване	Частни разходи като % от общите разходи за здравеопазване
Швейцария	35,3	10,7	59,1	40,9
Холандия	66,8	9,9	74,7	25,3
Франция	237,6	11,2	77,8	22,2
Италия	170,3	9,1	77,2	22,8
Испания	129,1	9,0	72,5	27,5
Швеция	32,0	9,4	81,9	18,1
Великобр.	190,2	8,7	82,6	17,4
Полша	46,1	7,0	72,2	27,8
Чехия	18,2	7,1	82,5	17,5
САЩ	2 298,3	16,0	46,5	53,5

Източник: *OECD Statistics, 2010*

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

Една по-издържана класификация на начините за финансиране на здравеопазните дейности **според доминиращия източник и формата на заплащане** е следната:

- **бюджетно или правителствено (държавно и общинско),**
- **директно заплащане от консуматори**
- **социално (задължително) здравно осигуряване**
- **частно (доброволно) здравно осигуряване**
- **заплащане от работодателя за трудова медицина**
- **дарителство**
- **външно финансиране.**

2.3. Изисквания към начините за финансиране на здравеопазването

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



и икономическата природа на произвежданите и предоставяните здравни услуги и стоки изискват включване на повече от един начин на финансиране. Съвременните изисквания, за да се постигне здраве за всички се разглеждат от СЗО в следния вид :

Изисквания към начините за финансиране:
<ul style="list-style-type: none">● 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. При него се отчита не само кой печели от дадени здравни дейности, но също така и кой плаща за тях.

Адекватността на финансирането се разбира като изискване за съответствие на предоставяните финансови ресурси на здравните нужди.

Изискването за **въздействие върху предлагането** предполага избраните начини на финансиране да предизвикват 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 здравни услуги. Избраните начини на финансиране трябва да насърчават профилактични и здравно-промотивни дейности и да регулират и съдържат свръхизползването на диагностични и лечебни услуги. Също така е необходимо да се стимулира индивидуалната отговорност за личното и семейното здраве.



Спазването на изискването за **междусекторни взаимодействия** означава, че във финансирането на здравните дейности участват не само министерството на здравеопазването и финансовите фондове на отрасъла, но и други министерства, ведомства и работодатели по отношение на здравното обучение, пречистване на вода, обща хигиена и екология, производство на хранителни стоки и други.

Административните улеснения на начините за финансиране на здравеопазването се изразяват в ниски административни разходи за издръжка на апарата и органите по финансиране и контрол, както и улеснения в процеса на планиране на средствата и отчитане на разходите.

3. Начини за финансиране на здравеопазването

3.1. Бюджетно (правителствено) финансиране

Бюджетното финансиране е 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**. При него част от общите или целеви приходи на държавния и общинските бюджети се преразпределят (като трансферни разходи) за целите на здравеопазването.

То представлява вторият по важност начин на здравно финансиране във всички развити страни. Неговият дял в общите здравни разходи на развитите страни средно е 34,7% като за Европейската общност е 30,5 % (15).

Делът на правителственото финансиране варира в широк диапазон между отделните страни в зависимост от типа на здравната система и икономическата и организация. В страните с национални здравни служби (като тази в България) и с данъчно финансирана система той е по-висок от 45%. Например във Великобритания ,



Дания и Испания е 78-80%, в Италия, Португалия и Швеция е 60–70%, в Гърция е около 30%, а в Белгия – 40% и т. н. На табл. 2 са представени данни за правителственото финансиране в някои развити страни за 1992 г. и изменението спрямо 1980 г.

Разграничават се два принципа на бюджетно финансиране (Йотова, Пенкова – 2003):

- **Бруто бюджет** – финансиране само с бюджетни средства и прилагане на централизиран механизъм на бюджетиране ;
- **Нето бюджет** – бюджетът е основен, но не единствен източник на финансиране. Включват се и други източници на приходи – от платени услуги, от такси, от здравни фондове и т.н.

При бюджетното финансиране една част от общите или целеви приходи (например определени данъци за здравни цели) на държавния и общинските бюджети се преразпределят за здравеопазването (трансферни разходи на държавата и общините) и се контролират от правителството или общините. В по-новите му форми правителственото финансиране се проявява като фискални разходи или скрити субсидии.

Този начин на финансиране придава облика на финансовата система на здравеопазването в преобладаваща част от развиващите се страни, но също и в някои развити страни като Великобритания, Испания, Португалия, в част от скандинавските страни и страните в преход от централно планово стопанство към пазарна икономика. Общественото здравеопазване в България получава средства предимно от държавния и много малко от общинските бюджети.

Средствата в държавния и общинските бюджети постъпват от различни общи източници – данъци, такси, мита, глоби и т.н., но в някои случаи за здравеопазването се насочват приходите от определени постъпления. В редица латиноамерикански страни за издръжка на здравеопазването се насочват приходите от данъчно облагане на тютюна, алкохола и хазарта, а в други страни се из-

□ ползват приходи от лотарии. В икономически по-бедните страни основната част от издръжката на здравеопазването се осигурява за сметка на косвените данъци (например данък върху добавената стойност, акцизи), които се заплащат от купувачите и обременяват масовия потребител и най-бедните слоеве от населението. В структурата на българския държавен бюджет в последните години все повече натежават приходите от косвени данъци, което означава, че в крайна сметка всеки един потребител на пазарни блага финансира със своите доходи все повече и обществения сектор на здравеопазването. Ето защо не е безразлично как се изразходват тези средства и какъв е ефекта и удовлетвореността от него.

Бюджетното финансиране в повечето страни се оказва недостатъчно, за да покрива нарастващите разходи за здравеопазване. Това налага въвеждане и по-интензивно използване на паралелни финансови източници като например частично или пълно заплащане от пациентите на стойността на оказани здравни услуги или медикаменти или създаване на социални осигурителни фондове за определени контингенти от населението и т.н.

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“. Вероятно това са и причините за прехода на страни като Португалия, Италия и Испания от здравно-осигурителни системи към бюджетно финансиране.

Като съществени **недостатъци** се посочват: липсата 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. Към всички тези недостатъци в български условия се проявиха и



други не по-малко значими дефекти като недостатъчно и неритмично финансиране; неефективно изразходване на средствата за здравеопазване.

3.2. Здравно осигуряване

Вторият основен начин на финансиране на здравеопазването се нарича здравно осигуряване.

Здравното осигуряване е фондово индиректно финансиране, при което се набират средства от осигурителни вноски за покриване на рискове от заболяване и други здравни проблеми. Фондът купува здравни услуги от изпълнителите на медицинска помощ в полза на осигурените лица. Когато здравните осигуровки са комбинирани с плащане и за други социални осигурителни случаи, тогава здравното осигуряване се определя като **социално** или **задължително**. При незадължителност на здравната осигуровка, здравното осигуряване е **доброволно** или **частно**.

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 с вноски или дотации и държавата, но обикновено здравно-осигурителните фондове са независими от държавата и се контролират от обществени съвети с равнопоставено участие на всички страни в осигуряването – осигурени лица, работодатели, други осигурители, представители на медицинското съсловие, политици и представители на правителството.

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

- като **фиксирана сума**;
- като **процент от брутно трудово възнаграждение (работна заплата или друга форма)**;
- като **диференцирана вноска в зависимост от здравния риск**.



Най-разпространено е определянето на вноските като процент от трудовото възнаграждение, който се движи за различните страни между 5 и 20%, а най-често е 12-13%. От общия размер на вноската обикновено половината или по-малка част се заплаща от осигурения и останалата част – от неговия работодател. В някои страни осигуровката включва и членовете на семейството .

Известни са два основни **типа здравно осигуряване**:

- **Социално здравно осигуряване** – организира се от правителството и провежда задължително и в по-малка степен доброволно осигуряване на заетите лица в легалния трудов пазар. Осигурителните вноски обикновено се изчисляват като фиксиран процент от брутното трудово възнаграждение независимо от действителния риск от заболяване. Характерна особеност на социалното здравно осигуряване е, че то има социално защитни функции и задължително покрива всички нискодоходни категории от населението или зависи от определено ниво на личния доход. Основен принцип на този тип осигуряване е споделяната отговорност на участниците, което позволява преразпределение на средствата от здравите към по-болните, от богатите към по-бедните.

Примери за страни с типични социални 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 в Европейската общност е 47,9% .

- **Частно 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.



Делът на частното здравно осигуряване в общите здравни разходи е доста по-незначителен в сравнение с предходните два начина на финансиране. Средно за развитите страни е 20,8%, но в повечето европейски страни не надхвърля 5 % (Мосиалос, Диксън). Най-висок е в САЩ – 36,1%, а най-нисък – в Швеция -1,2%.

Преимствата на здравно-осигурителния начин на финансиране се отнасят както до осигурените лица, така и до изпълнителите на здравна помощ. Осигуреното лице е защитено по отношение на рисковете за здравето – тяхното настъпване не довежда до извънредни разходи на домакинството. Аналогично предимство обаче има и правителственото финансиране. Разликата е в това, че чрез участието си с вноски осигурените лица стават център на грижи и внимание, както от страна на администрацията на фонда, така и от медицинските специалисти. При този начин на финансиране обикновено „парите се движат с пациента“, което гарантира по-добро внимание към него. Осигурените лица също могат да участват и в управлението на фонда и да контролират начина на изразходване на средствата. Премахването на анонимността при финансирането на здравеопазването ограничава бюрокрацията в системата и съдейства за повишаване на качеството на медицинската помощ. Здравните заведения и практикуващите лекари, които сключват договори със здравно-осигурителната система получават по-ритмично и стабилно финансиране, което обикновено е обвързано и с вида и количеството на извършената дейност.

Здравното осигуряване страда и от някои **недостатъци**, които трябва целенасочено да се контролират, отстраняват и компенсират. Например един от най-често изтъкваните е увеличаването на разходите за издръжка на административния и контролен апарат на здравното осигуряване. Например делът на административните разходи в социалното здравно осигуряване е между 3,5 и 8%, а при частното (доброволното) осигуряване – 10-25% (Томсън, Мосиалос). Друг проблем е по-трудната координация на профилактичните дейности. Трети недостатък е нарастването на здравните



разходи за медицинска помощ особено при свободно договаряне на цените на здравните услуги.

3.3. Заплащане от работодателите за трудова медицина

Този начин на финансиране има за свой обект профилактични прегледи, изследвания и специфични услуги свързани с трудовата среда. Основава се на законодателство за създаване на здравословни и безопасни условия на труд.

Заплащането от работодателите за трудова медицина е индиректен начин за финансиране, при който работодателят купува профилактични, диагностични и лечебни услуги в полза на наетите лица с цел ограничаване на здравните рискове от трудовата среда, подобряване на условията на труд и разширяване на социалните облаги.

В някои случаи включва и диагностични и лечебни здравни услуги, които се договарят по обем и цена с определени изпълнители и се заплащат като социални разходи от работодателя в полза на наетите при него лица.

3.4. Директно заплащане от консуматорите

Третият важен начин на финансиране на здравеопазването, който присъства във всички страни, но има по-несъществен дял – това е **директното заплащане от консуматори** (пациенти) за ползвана здравна помощ, за покупка на лекарствени продукти и други стоки със здравно предназначение.

Директното заплащане от консуматори е 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.

Във всички страни с развито пазарно стопанство основните начини на финансиране на здравеопазването (правителствено или



социално осигуряване) се допълват с директно заплащане от пациентите. Дори и при развита осигурителна система гражданите заплащат известна (минимална) част от разходите за медицинска помощ и лекарствени средства – например за всеки леглоден, за всяка рецепта или процент от стойността на прегледа и т.н. Обикновено от такива плащания са освободени определени категории от населението, нуждаещи се от социална защита.

В 15-те стари членки на ЕС относителният дял на домакинските разходи като дял от общите здравни разходи е около 18–20%, което илюстрира доминантата на социалния принцип „равен достъп за всички“ до основен пакет здравна помощ в ЕС. В САЩ е около 1/3 от общите разходи. В същото време в развиващите се страни той достига и надхвърля 50% .

Съществуват няколко **причини и преимущества** за поддържането на платена (изцяло или частично) от пациентите медицинска помощ и осигуряване с медицински стоки. **Първо**, необходимостта от набиране на допълнителни приходи за здравните заведения и извършителите на здравни услуги, които могат да се ползват за общественото здравеопазване и за материално стимулиране на медицинския персонал. **Второ**, за ограничаване на ненужното използване на медицински дейности и лекарствени средства. **Трето**, за стимулиране индивидуалната отговорност за здравето. **Четвърто**, за засилване ролята на пазарните отношения в здравеопазването, които обикновено са стимулатор на технологичното развитие, спомагат за повишаване на качеството на медицинската помощ и сигнализират за слабите места в общественото безплатно (за пациента) здравеопазване. Следователно значението на този начин на финансиране е по-голямо от колкото само като допълнение към основните начини на финансиране. Той представлява важен фактор за развитието на общественото здравеопазване.

Най-важният **недостатък** на директното заплащане от пациентите е, че може да представлява бариера за достъпа до здравна помощ и да ограничи справедливостта в предоставянето на здравни услуги и здравни стоки. **Друг проблем** е възможността да се ин-

□ дуцира от медицинските специалисти ненужно търсене на здравна помощ, когато имат непосредствен интерес от директното заплащане от пациентите.

3.5. Дарителство

Дарителството е допълващ директен или индиректен начин на финансиране, чиито основен **източник са доходи на фирми, нестопански организации и домакинства**, предоставени на здравни организации под три различни форми: **корпоративно дарителство** (дарение от корпорации и други структури на частния стопански и финансов капитал), **институционално дарителство** (дарения чрез фондации и други нестопански организации) и **индивидуално дарителство** (дарения от отделни физически лица).

Основни форми на корпоративното дарителство са: спонсорство, материално подпомагане и предоставяне на услуги. Формите на институционалното дарителство чрез третия сектор са: дарения за организации и отделни лица по предоставени проекти, материална и техническа помощ, средства за институционално и иновационно развитие, учредяване на целеви фондове. Индивидуалното дарителство се изразява в малки и големи дарения, наследства, завещания и т.н. (Върбанова -1997)

Тези форми на финансово подпомагане за здравни цели на доброволен принцип не се отличават със системността на здравното осигуряване от работодателя. Предоставянето на финансовите ресурси на здравните заведения най-често е чрез **безвъзмезден договор** като бизнес-фирмите ползват данъчни преференции за тези цели. Например според Закона за корпоративното подоходно облагане (прилаган от 1998г.) до 10% от финансовия резултат, но изплатени за сметка на резервен капитал на фирмата или от сметката на собственика се признават за дарения за здравни и лечебни заведения и организации на бюджетна издръжка, организации с



благотворителни, социални, здравни и др. цели. Средствата за дарения в посочения размер се приспадат от финансовия резултат на фирмата-дарител преди облагане.

Другата юридическа форма за подобен род подпомагане е **спонсорски договор, който е взаимно изгодна сделка**. При стойностна еквивалентност между това, което дава спонсора и това, което получава се прилагат правилата за търговска сделка (чл. 286 от Търговския закон).

В здравната статистика този начин на финансиране се отнася към частното финансиране. Той е характерен за развитите страни, в които функционират мощни благотворителни и други неправителствени и нестопански организации.

3.6. Външно финансиране

Външното финансиране на здравеопазването 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.

По същество този начин на финансиране се изчерпва в голяма степен от дарителството, но тъй като той има важно значение за страните със слабо икономическо развитие и в него се набляга предимно на правителствени кредити и други форми на обществено международно финансиране тук ще го разгледаме отделно. За развитите страни той има спомагателно и маргинално значение по принцип. За страните с икономически проблеми представлява важен източник за подпомагане на здравеопазването с хуманитарна помощ, международни кредити и помощи от различни правителства и неправителствени организации. Той се отнася предимно към индиректните и обществени начини за финансиране, но в неговото съдържание може да се включват и частни дарения.

Таблица 4. Начини за финансиране на здравеопазването в развитите страни в % от общите здравни разходи

Страна	Бюджетно		Социално здравно осигуряване		Частно здравно осигуряване		Директно заплащане	
	1992	80/92	1992	80/92	1992	80/92	1992	80/92
Белгия	34,1	-0,4	44,0	-0,2	5,3	2,8	16,6	0,7
Зап. Германия	11,3	-0,5	67,7	-0,3	7,9	1,4	12,0	1,4
Изт. Германия	10,3		80,8		1,6		6,8	
Дания	86,1	-0,3	0,0	0,0	1,8	9,5	12,1	1,2
Испания	47,0	7,7	32,7	-4,8	4,8	-1,3	15,5	-0,4
Франция	6,2	-2,1	66,2	-0,4	9,0	2,7	17,8	1,8
Гърция	33,5	0,8	44,4	-0,7	3,0	11,6	19,1	-0,6
Италия	39,0	-0,2	36,4	0,0	2,3	11,6	20,2	-0,3
Ирландия	72,0	-0,6	5,7	-0,5	8,4	7,2	13,7	0,5
Холандия	4,9		72,1		14,9		8,1	
Португалия	61,6	0,2	13,7	0,5	2,2	11,3	21,9	-1,3
Великобритания	72,9	-0,7	7,1	-0,9	4,8	5,7	15,2	3,0
Австрия	24,0		54,3		7,6		13,9	
Канада	70,1	-0,2	1,0	-0,5	5,1	7,1	23,8	-0,5
Швейцария	32,2	-1,6	31,3	2,2	9,5	2,6	24,5	-0,8
Швеция	76,7	-0,2	11,0	0,7	1,2	4,4	11,1	0,5
Япония	21,3	0,4	49,4	-0,2	2,4	5,3	24,2	-0,6
САЩ	37,5	0,8	1,9	-5,2	36,1	0,9	21,1	-1,8

Източник: *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Ausgabe 1994, BASYS*



4. Реформи във финансирането на здравеопазването

Сред разгледаните начини за финансиране на здравеопазването в последното десетилетие се обособяват като основни четири – бюджетно (правителствено или данъчно), задължителни здравни осигуровки, доброволни здравни осигуровки и директно заплащане за услуги. В зависимост от съчетанието и доминирането на някои от тях се разграничават три основни вида **системи за финансиране на здравеопазните дейности**:

- **Система на бюджетно финансиране** – доминира данъчното финансиране от централен и/ или местен бюджети. В допълнение винаги се прилага и директното заплащане от клиенти и може да присъства доброволно здравно осигуряване. Такива са финансовите системи в Испания, Великобритания, Италия, Португалия, Гърция и други.
- **Социална осигурителна система** – характерна с изградена национална система за задължително здравно осигуряване, финансирано главно от вноски. В допълнение винаги има бюджетно финансирани здравни дейности, както и директно заплащане от пациенти и доброволно осигуряване. Такъв тип системи на финансиране на здравеопазването има в Германия, Франция, Белгия, Холандия и други страни.
- **Доброволна осигурителна система** – за разлика от социалната тук доминира доброволното здравно осигуряване в съчетание с директно заплащане от клиенти и бюджетно финансиране на някои чисти публични блага и социални здравни услуги. С такива системи се отличават САЩ и Сингапур.

Тук трябва да се подчертае, че тази класификация е условна, тъй като **няма „чисти“ системи за финансиране**. Например системата на бюджетно финансиране прилага и някои елементи на задължително здравно осигуряване за рисковете свързани със заболяване поради трудова злополука, както и на доброволно осигуряване.



гуряване. Социалната осигурителна система може да се съчетава с бюджетно финансиране за медицинската наука и обществената профилактика например, както и с доброволно осигуряване. Също така е известно, че **не съществува идеалната система**, отговаряща 100% на всички необходими изисквания за справедливост, адекватност и т.н. Всяка страна решава своите проблеми индивидуално като ползва и опита на други страни със сходни финансови системи и проблеми. **Основният критерий за това е да се постигне консенсус в обществото** и удовлетвореност от системата на здравеопазването, тъй като финансовата система представлява съвкупност от инструменти за решаване на здравните проблеми.

Основните проблеми, които се решават чрез финансовите инструменти са свързани с:

- осигуряване на по-справедливо разпределение на ресурсите за здравни цели между различните географски райони, дейности, звена и групи от населението;
- контрол над здравните разходи с цел да не се допусне надхвърляне на общата инфлация за страната;
- по-адекватно задоволяване на здравните потребности и нужди чрез разширяване на покритието, ограничаване на бариерите за достъп, мобилизиране на нови ресурси;
- ориентиране на здравната система към първичната здравна помощ;
- концентриране на ресурси в дейности, които са по-ефективни (от гледна точка на стойността на единица резултат);
- повишаване на производствената ефективност на здравните заведения и структури;
- засилване на индивидуалната отговорност за здравето ;
- привличане на ресурси и дейности от други сектори за комплексно решаване на здравни проблеми и т.н.

За да се решат приоритетните проблеми и задачи в различните страни се извършват процеси на по-малки или по-значими промени и реформи във системите на финансиране.



Тези промени протичат в нееднакви общи социално-икономически условия. Като вземат предвид тези условия експертите на СЗО Р.Салтман и Дж. Фигуерас (1997) разграничават пет групи страни в Европейския регион:

- **страни със здравни системи тип Бисмарк с добре развити социално осигурителни системи на финансиране** (Австрия, Белгия, Франция, Германия, Люксембург, Холандия);
- **страни със система тип Бисмарк, намиращи се в процес на преход** (Израел, Турция, Източна Германия);
- **страни със системи тип Бевъридж с добре развити финансови системи** (Дания, Финландия, Исландия, Ирландия, Норвегия, Швеция, Великобритания);
- **страни неотдавна сменили система Бисмарк със система Бевъридж и съответно социално-осигурителна система с бюджетна такава** (Гърция, Италия, Португалия, Испания);
- **страни със здравни системи тип Семашко, които я сменят със система Бисмарк и реформират радикално системите за финансиране от чиста бюджетна към социална осигурителна система** (всички бивши социалистически страни).

Основните направления на най-новите реформи в областта на финансирането на здравеопазването в ЕС са:

- ⇒ **Максимизиране на събираемостта и промени в съвкупността от приходни механизми** – с цел да се осигурят повече средства за нарастващите здравни потребности в някои страни се повишават данъците или се търсят нови източници на „свежи пари“. В тази посока се прилагат няколко механизма: **отпадане на таван върху осигурителните доходи** върху които се изчисляват здравните вноски (например в Унгария и Естония); **централизиране на събирането на вноски и данъци** от една институция (Унгария, Естония и България); **определяне на конкретен**

данък или вноска за здраве (въвеждането на здравно-осигурителни системи в Унгария – през 1990 г., Естония – 1992 г., Чехия и Словения – през 1993 г., Словакия – 1994 г., Литва – през 1997 г., Латвия – през 1998 г. и България, Полша и Румъния – през 1999 г.); **повишаване ролята на централизираното данъчно финансиране** (например през 1998 г. във Франция се заменят по-голямата част от осигуровките на заетите лица – частта за работещо лице, с данък върху дохода въведен от 1990 г. да финансира социалното осигуряване; през 2006 г. немското правителство приема принципа на данъчни трансфери към социално-осигурителните фондове, за да покрият осигуровките на децата; през 2006 г. датското правителство също въвежда данъчно финансиране чрез субсидиране на здравеопазването); **повишаване на ролята на местни данъци** (в Швеция – през 80 и 90-те години, Финландия – през 90-те години, Италия – 1997-2001 г., Испания – през 2001 г.); **разширяване на частното финансиране чрез частно здравно осигуряване** (заместващо социалното здравно осигуряване в Германия и холандия, и допълващо за поемане на споделените разходи с пациентите – в Франция и Словения); 2001 г., Испания – през 2001 г.); **разширяване на частното финансиране чрез споделяне на разходите с потребителите** (във всички страни от европейския регион се прилага при отпускането на лекарства и при потребление на дентална помощ, а в повечето страни – и при ползване на амбулаторна и болнична помощ; в последните години потребителските такси нарастват в Австрия, Франция, Германия, Холандия и Чехия, Унгария, Естония и Румъния).

⇒ **Конкуренция между купувачите на здравна помощ** – например в Чехия, Германия, Холандия и Словакия в началото на 90-те години е въведена конкуренция между социално-осигурителните фондове с цел повишаване



на ефективността и качеството на осигурените услуги. В Германия бе поставена и целта да се снижи размера на здравната осигуровка.

⇒ **Преход от пасивно реимбурсиране към активно купуване на здравни услуги** – например чрез отделяне на купуването от предлагането на здравна помощ, чрез въвеждане на реформирани системи за заплащане на изпълнителите на здравна помощ.

Провежданите реформи целят осигуряване на повече икономическа и фискална устойчивост на здравното финансиране в контекста на социалната сигурност фокусирана към справедливостта и предоставянето на стойност за пари.

Въпроси за самоподготовка:

1. Кои начини за финансиране на здравеопазването доминират в европейските страни? А в САЩ? Как ще ги оцените от позициите на СЗО?
2. Какви промени настъпват във финансирането на здравеопазването на източно-европейските страни след 1990 година?

КЛЮЧОВИ ПОНЯТИЯ:

Финансиране на здравеопазването (health care financing) – съвкупност от начини за набиране, разпределение и изразходване на парични средства, необходими за възпроизводството на дейностите, свързани с укрепване, опазване и подобряване на здравето.

Бюджетно финансиране (tax financing) – 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.**



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

Директно заплащане (direct payment, out-of-pocket payment) – 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Върбанова Л., Спонсорство и дарителство в изкуствата, Унив. изд. „Стопанство“, С., 1997
2. Гладилев Ст., Евг. Делчева, Икономика на здравеопазването, Принцепс, 2009
3. Стоянов В., Основи на парично-финансовата теория и политика, трета част, Галик, С., 1995
4. Финансиране и управление на здравеопазването : теоретични основи, модели, проблеми и тенденции, МФ, 2005
5. Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services, WHO, Geneva, 1993
6. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Ausgabe 1994, BASYS
7. Mossialos El., An. Dixon, Funding health care: an introduction
8. Pfaff M., health care financing and organization in countries of central and eastern Europe, Geneva, WHO, 1991
9. Roemer M., Health system financing by social security, Int.J.of H.Pkanning and management, vol.2,1987q, 109-124
10. Thomson S., El. Mossialos, Private health insurance and access to health care in the European Union, Euro observer, spring 2004, vol. 6, N 1