

Глава 12

ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

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

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.

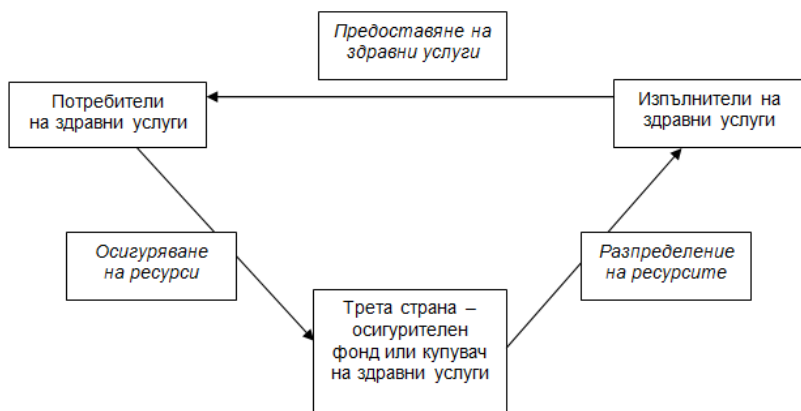
Основните въпроси на финансирането на здравеопазването са *осигуряване* и *преразпределение на ресурсите*.

Разграничават се три основни аспекта на финансирането: **набиране** на финансови средства, което включва видовете източници, субекти и начини на заплащане; тяхното **разпределение** между различни географски региони (*географско разпределение*), групи население (*социално разпределение*), 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.

1. Триъгълник на здравеопазването

Финансирането на здравните услуги опростено може да бъде представено като обмен или трансфер на ресурси. Изпълнителите на здравни услуги прехвърлят здравни ресурси към пациентите, а пациентите или трета страна прехвърлят финансови ресурси към изпълнителите на медицинска помощ (виж Фиг.12.1.).

Най-простата форма на транзакция по повод закупуването на здравен продукт или услуга е **директното плащане**. При него потребителят (едната страна) заплаща определена сума директно на изпълнителя (втората страна) за стоката или услугата, които получава.



Източник: адаптирано от Reinhardt (1990)

Фигура 12.1. Триъгълник на здравеопазването

С развитието на здравните системи се включва и трета страна - „финансов посредник“, чиято роля е да осигурява защита на населението срещу финансовия риск, възникващ при заболяване. Това обикновено е здравноосигурителен фонд (обществен или частен), който изпълнява както ролята по набиране на средствата, така и ролята по изразходването им за заплащане на изпълнителите.

Развитието на механизма на заплащане чрез трета страна в здравеопазването отчасти се дължи на факта, че съществува несигурност по отношение на момента на настъпване на заболяването, а фондовото финансиране дава възможност за споделяне на риска. Освен споделяне на риска, то също така цели и преразпределение на ресурсите между членовете на обществото.

За осигуряването на финанси за здравеопазване, третата страна може да набира ресурси директно или индиректно от населението, което се осигурява (може да бъде обхванато цялото население или само определена група, като например работещите хора). Събраните финансови средства се използват за **реимбурсиране** (възстановяване на разходите) на пациента или на изпълнителя на медицинска помощ.

В зависимост от това дали финансовите ресурси се получават при пряка продажба на здравни услуги или преминават през трета страна, разграничаваме **директни** и **индиректни** начини за финансиране. Директното финансиране (пряката продажба на здравни услуги) има незначително приложение в здравеопазването.

2. Финансово уравнение

За постигане на баланс в системата сумата на общите приходи трябва да бъде равна на всички разходи, които от своя страна трябва да бъдат равни на приходите плюс печалбите на работещите в системата на здравеопазването (приходи = разходи = доходи). Уравнение 12.1. (Evans ,1998) илюстрира паричните потоци в здравеопазването при допускането, че няма дефицити. То постулира, че сумата от всички приходи, която включва: данъците (Д), задължителните (социалните) здравноосигурителни вноски (ЗЗО), директните плащания и потребителските такси (ПП) и доброволните (частните) здравноосигурителни вноски (ЧЗО), трябва да бъде равна на разходите, които са произведени от цената (Ц) и количеството (К) на стоките и услугите. Те от своя страна трябва да бъдат равни на доходите на изпълнителите на здравни услуги – количеството и комбинацията от вложения труд (Т) умножен по цената на труда – работната заплата (РЗ).

$$\mathbf{Д + ЗЗО + ПП + ЧЗО = Ц \times К = Т \times РЗ} \quad (12.1)$$

Успешното функциониране на здравната система се определя в решаваща степен от размера на нейното финансиране и от начините на изразходване на предоставените финансови ресурси.

Характерна черта на финансовата система на здравеопазването е плурализмът на източниците и начините на финансиране (приходите в първата част на уравнението), както и системите за заплащане на здравната помощ (доходите на изпълнителите в последната част на уравнението). Причината за това се крие в разнородната същност на дейностите в здравеопазването.

3. Видове финансиране

Рядко здравните системи в Европа и света имат само един източник на финансови ресурси. Повечето системи разчитат на комбинация от източници – данъчни и други бюджетни приходи, социални здравноосигурителни вноски, бюджети на домакинствата, средства на фирми и организации, частни здравноосигурителни вноски и външни източници (международни и чужди организации, дарители, заемодатели, инвеститори).

Основните начини на финансиране според източника на ресурсите са следните:

1) Бюджетното финансиране е съвкупност от два относително самостоятелни индиректни начини на обществено финансиране – държавно (чрез държавен бюджет) и общинско (чрез общинските бюджети). При него част от общите или целеви приходи на държавния и общинските бюджети се преразпределят като трансферни разходи за целите на здравеопазването и се контролират от правителството или общините.

2) Здравното осигуряване е фондово индиректно финансиране, при което се набират средства от осигурителни вноски за покриване на рискове от заболяване и други здравни проблеми. То може да се прилага в три варианта: социално (задължително) здравно осигуряване, частно (доброволно) здравно осигуряване и осигуряване от работодателя.

3) Директно заплащане от потребителите е директен начин на финансиране, при който потребителите заплащат изцяло или частично от собствените си доходи ползваните здравни услуги, лекарствени средства и други стоки със здравно предназначение.

4) Дарителството е допълващ директен или индиректен начин на финансиране, чийто основен източник са доходите на фирми, нестопански организации и домакинства, предоставени на здравни организации. В здравеопазването се срещат: корпоративно дарителство (дарение от корпорации и други структури на частния стопански и финансов капитал); институционално дарителство (дарения чрез фондации и други нестопански органи-

зации) и индивидуално дарителство (дарения от отделни физически лица).

5) 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. Външното финансиране има значителен принос за финансирането на здравеопазването в някои страни, особено в държавите с ниски и средни доходи.

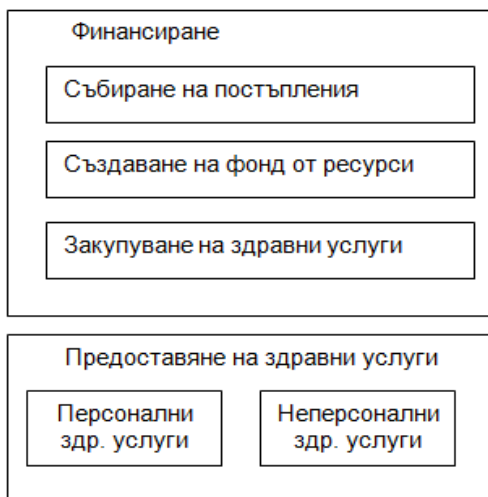
Според собствеността върху финансовите ресурси се разграничават **обществено** и **частно финансиране**. Обществено финансиране има, когато финансовите ресурси са публична собственост. Делът на общественото финансиране на здравеопазването е много висок (в Европейския съюз е около 78%). Частно финансиране има, когато финансовите ресурси са частно притежание на физически или юридически лица.

Трябва да се подчертае, че източниците на финансиране и формата на собственост могат да влияят на цените и качеството на здравните стоки и услуги (Ц x К), както и на комбинацията от вложените ресурси (Т x РЗ).

4. Набиране на финансови средства, създаване на фонд от ресурси и закупуване на здравни услуги

От финансова гледна точка здравната система може да бъде разделена на следните функционални компоненти (Фиг.12.2.): набиране на парични средства, създаване на фонд от ресурси (разпределение) и закупуване и предоставяне на здравни услуги (изразходване). Функциите могат да бъдат интегрирани и разделяни в различни комбинации, дори и в рамките на една и съща страна. В някои случаи функциите са интергрирани само в една организация, а в други - една организация може да събира и създава ресурсния фонд, а други организации да закупуват и предоставят услугите. Тогава ресурсите се разпределят между тези различни организации.

Фигура 12.2 Функции на здравната система



Източник: адаптирано от Murray и Frenk (2000)

4.1. Набиране на финансови средства

При набирането на финансовите средства особено значение има това кой плаща, какъв е видът на плащанията и кой събира постъпленията. На фигура 12.3. са показани различните източници на финансиране, механизма за събиране на ресурсите и организациите, които набират ресурсите, както и връзките, които могат да съществуват между тях. Основен източник на постъпления е населението (физическите и юридическите лица). Механизмите за събиране на финансовите ресурси включват данъци, задължителни здравни осигуровки, частни здравноосигурителни премии, индивидуални спестявания, директни плащания и заеми, субсидии и помощи.

Организациите, които набират паричните средства могат да бъдат публични или частни (работещи „за печалба“ и „не за печалба“). Статутът на осигурителните организации влияе на тяхната мотивация и поведение, т.е. дали ще действат в интерес на акционерите си или на осигурените в тях лица.

Данъците могат да бъдат налагани на индивидите, домакинствата или фирмите (преки данъци) или върху транзакции-

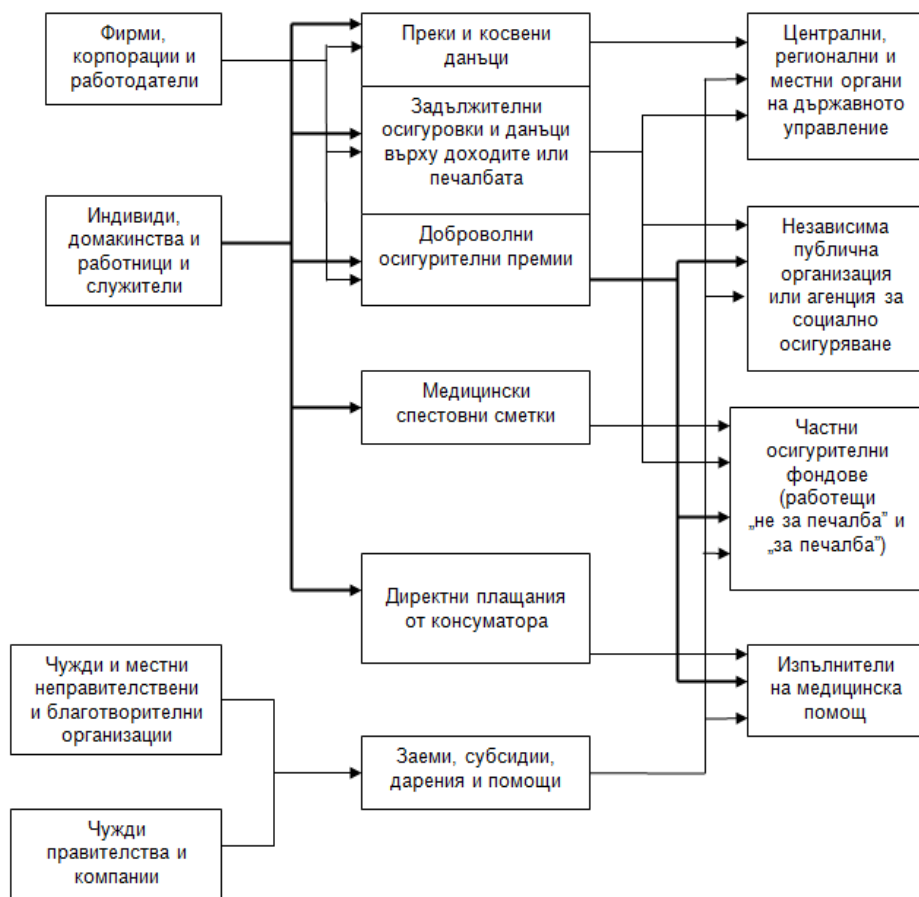
те или стоките (косвени данъци). Преките и косвените данъци могат да бъдат налагани на национално, регионално или местно ниво. Косвените данъци могат да бъдат общи, например като данъка добавена стойност (ДДС) или да се прилагат само по отношение на определени стоки, например като акцизите върху цигарите и алкохола. Някои социални (задължителни) здравноосигурителни вноски по своята същност са данък върху дохода, събиран от държавата, но трябва да се подчертае разликата между данъците, събирани от държавата и задължителните здравноосигурителни вноски, които обикновено се събират от независима или полу-независима организация. Данъците могат да бъдат общи или целеви, т.е. събирани за покриването на точно определено перо от разходите.

Социалните здравноосигурителни вноски обикновено са обвързани с дохода и се поделят между работодателя и работника или служителя. Също така могат да се събират вноски от самонаетите лица, които се изчисляват на базата на декларираните доходи или печалба (в някои страни може да бъде деклариран по-нисък доход от реалния). Вноските за възрастните хора, безработните или инвалидите могат да се покриват от определен за целта фонд (съответно пенсионен, за безработица и за болест) или от данъци. Постъпленията от социалните здравноосигурителни вноски са определени специално за здравеопазване и се събират в самостоятелен фонд.

Частните здравноосигурителни вноски, които се наричат **премии** може да се внасят *от лицето, да се споделят между работниците/служителите и работодателя или да се поемат изцяло от работодателя*. Осигурителните премии могат да бъдат *диференцирани според индивидуалния риск*, на базата на оценка на вероятността да настъпи нужда от медицинска помощ за конкретния индивид; да са *диференцирани на общостен принцип*, на базата на риска за дадена група от населението, обособена на географски принцип; да са диференцирани по групи, например на базата на оценка на рисковете, съществуващи за служителите на определена фирма. Организациите, които набират частните здравноосигурителни премии могат да бъдат неза-

висими частни юридически лица, като например частни застрахователни компании, работещи „за печалба“ или „не за печалба“ или осигурителни фондове. Държавата може да *субсидира* разходите за частно здравно осигуряване посредством *данъчни кредити* и *данъчни облекчения*.

Фигура 12.3. Източници на финансиране, механизъм на събиране на ресурсите и организации, набиращи ресурсите



Източник: адаптирано от Куцин (2001)

Медицинските спестовни сметки са индивидуални спестовни сметки, в които хората или са задължени, или са стимулирани по някакъв начин да депозират пари. Парите по тези сметки трябва да бъдат изразходвани за покриването на персонални медицински разходи. Медицинските спестовни сметки обикновено се комбинират със здравни осигуровки срещу рискове от много тежки или изискващи продължително лечение заболявания, които са с големи финансови отчисления.

Пациентите могат да бъдат задължени да плащат част или целите разходи за някои видове услуги под формата на **потребителски такси**. Тези такси могат да бъдат налагани като *съвместно плащане* (фиксирана сума за всяка услуга), *съвместно осигуряване* (процент от цената на услугата) или *отчисление* (таван, до който заплаща пациентът и над който осигурителят покрива останалите разходи). Обикновено те се събират от организацията изпълнител на здравните услуги, като например лекар, болница или фармацевт.

4.2. Създаване на фонд от ресурси (разпределение)

Набирането на финансовите средства трябва да бъде разграничавано от създаването на фонд от ресурси, тъй като някои форми на събиране на постъпления не предполагат споделяне на финансовия риск между осигурените лица, като например медицинските спестовни сметки и директните плащания. *Kutzin* (2001) дефинира *създаването на фонд от ресурси* като „акмулиране на предплатени постъпления за здравеопазване за сметка на населението“. Смисълът на създаването на фонд от ресурси за здравеопазване е в споделянето на финансовия риск от цялото население или от членовете на определена група.

Ако набирането на паричните средства и създаването на ресурсния фонд са обединени, те се осъществяват от една и съща организация. Пример за това са случаите, в които социалните здравноосигурителни вноски се събират от един фонд и остават в него. Ако са налице различни агенти, осъществяващи тези функции, механизма включва прехвърляне на ресурсите от набиращата ги организация към фонда, в който се акмулират. В случай че има множество фондове, разпределението на ресурсите става в

съответствие с рисковия профил на населението, покривано от отделния фонд. Този процес е известен като „изглаждане на риска“. Изглаждането на риска при конкурентните социални здравноосигурителни системи се е развило главно поради съображението за предотвратяване на „обирането на каймака“ (*van de Ven et al. 1994; Oliver 1999*). При данъчно финансираните системи, капитационните методи с отчитане на риска са се развили с цел осигуряване на равенство на достъпа чрез гарантиране на справедливо разпределение на ресурсите за териториалните здравни власти, базирано на потребностите на населението. Независимо от източниците на финансиране, обаче, основанието за разпределение на ресурсите на базата на **капитационен принцип** (на глава от населението) с отчитане на риска е едно и също – да гарантира, че всеки фонд (осигурителен фонд или териториално звено на здравните власти) има „правилен“ относителен дял от финансовите ресурси, съответстващ на населението, за което отговаря (*Kutzin 2001*).

При частното здравно осигуряване средствата се използват общо от осигурените в дадения фонд. Степента на споделяне на риска обаче е ограничена, тъй като конкретните осигурителни премии са свързани с индивидуалния риск. Ако премиите се изчисляват на общностен принцип, споделянето е между членовете с висок риск и тези с нисък риск в рамките на даден географски регион. Ако основа за изчисляване на премията е принадлежността към определена група, може да се обединят ресурсите на работещите в една и съща фирма например.

В случая с медицинските спестовни сметки споделянето на риска (преливане на ресурсите) е изключено, защото средствата се акумулират в индивидуални сметки. Поради тази причина, медицинските спестовни сметки обикновено се комбинират с допълнителна осигуровка за бедствени ситуации, покриваща много скъпите случаи на лечение.

Потребителските такси се заплащат в точката на получаване на услугата, поради което не се считат за форма на набиране на ресурси във фонд. Приходите от тези такси могат да бъдат управлявани по различен начин в зависимост от организа-

цията на системата. Например, отделният изпълнител на здравни услуги може да задържи тези пари като доход. Те могат да бъдат задържани на ниво клиника или болница и заедно с другите приходи да бъдат използвани за покриването на разходите за предоставяне на здравните услуги. В случай, че потребителските такси се предоставят на или се налагат от осигурителя или държавата, те могат да бъдат използвани за покриване на несъответствията между приходите от премии или данъци и разходите.

4.3. Закупуване на здравни услуги (изразходване)

Закупуването означава „трансфер на средства от фонда към изпълнителите на здравни услуги за сметка на хората, които са осигурени в него“ (*Kutzin 2001*). В някои системи агентите, които закупуват здравните услуги са отделни организации (например, тръстовете за първични здравни грижи в Англия). В този случай, ресурсите трябва да бъдат разпределени към отделните купувачи. Преследването на популярните цели за справедливост и ефективност налага разпределението на ресурсите да става в съответствие с потребностите от здравни грижи. Капитацията е основният метод за калкулиране на бюджетите на купувачите на медицински услуги прилаган в Европа. Много здравни системи обаче, продължават да разпределят ресурсите на базата на политически споразумения, исторически прецеденти или на базата на най-ниските цени.

5. Изисквания към начините на финансиране на здравеопазването

СЗО формулира шест изисквания към финансирането, които е необходимо да бъдат удовлетворени, за да бъдат постигнати общите цели на здравната система - укрепване, опазване и подобряване на здравето на населението.

- **Справедливост** - начините на финансиране да предоставят равни възможности на всички граждани да ползват медицинска помощ.
- **Адекватност** - предоставените финансови ресурси да съответстват на здравните потребности.

- **Въздействие върху предлагането** - самото финансиране да стимулира по-ефективна, качествена и по-производителна дейност на здравните и лечебните заведения.
- **Въздействие върху търсенето** - изразява се в по-тесни връзки между финансиране и използваемост на здравни услуги. Избраните начини на финансиране трябва да намаляват свръхизползването на диагностични и лечебни услуги и да насърчават профилактичните мероприятия, а също така и индивидуалната отговорност за личното и семейно здраве.
- **Междусекторни взаимодействия** - 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 производството на храни, обща хигиена и екология, пречистването на водата, здравното образование и др.
- **Административни улеснения** - изразява се в ниски административни разходи за издръжка на апарата и органите на финансиране и контрол, както и в улеснения в процеса на планирането на средствата и отчитането на разходите.

Ключови понятия: бюджетно финансиране, социално (задължително) здравно осигуряване, доброволно (частно) здравно осигуряване, премия, директно плащане от потребителите, съвместно плащане, съвместно осигуряване, предварително плащане, външно финансиране, реимбурсиране, директни и индиректни начини за финансиране, капитационен принцип