

гл.ас. д-р СОНЯ БУДЕВА

ВЕЛИКОТЪРНОВСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЙ“

ФИНАНСИРАНЕТО НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА В КОНТЕКСТА НА СОЦИАЛНАТА СИГУРНОСТ

FINANCING OF HEALTH CARE SYSTEM IN THE CONTEXT OF SOCIAL SECURITY

Head Assistant Prof. Dr. SONYA BUDEVA

„ST CYRIL AND ST METHODIUS“ UNIVERSITY OF VELIKO TURNOVO

Abstract: The article discusses the health system as a means of achieving social security. Analyzed the advantages and disadvantages of best popular systems of health care. Discussed the relationship between the health system, health status and some important social and demographic characteristics..

Key words: health care, financing, social security

Човешкият капитал е мощна сила в процеса на развитие. Здравето е често използван аналог на човешкия капитал. Два фактора са от основно значение за увеличаване на този капитал – възможности за допълнителни здравни инвестиции и финансови ресурси, с които да бъдат платени тези инвестиции.

Здравните системи изпълняват важна функция по социална защита на населението. Те снижават както риска за здраве то, така и финансовия риск, влияейки пряко върху икономическото и социално благополучие на населението. Защитата срещу финансови рискове, свързани с влошаване на здравето, се разбира по следния начин: хората не трябва да стават бедни в резултат на необходимата им медицинска помощ, както и не трябва да бъдат принуждавани да избират между здраве и задоволяване на материални потребности от първа необходимост.

Структурата на икономиката влияе върху здравния статус. Данните на СЗО, ООН и СБ, потвърждават хипотезата, че по-богатите държави са по-здрави нации, измерено с различни коефициенти, като например продължителност на живота, детска смъртност и др. Можем да направим извода, че увеличаването на инвестициите в здравеопазването, ще доведе

до увеличаване на човешкия капитал – сила, която благоприятства за икономическия растеж, а оттам и за общото подобряване на общественото благосъстояние.

Има няколко аспекта, върху които можем да фокусираме, когато разгледаме взаимовръзката между здравната система и социалната сигурност /Mwabu, G., 1997/. Първият аспект е свързан с особеното естество на медицинска помощ като потребителска стока. Здравната услуга е разглеждана като стока, която трябва да бъде достъпна за всеки, независимо от способността да бъде платена. В „идеалния случай“ здравната услуга се предоставя без ограничения във финансирането и с приемливо качество за потребителя, в случая пациента. В действителност премахването на ограниченията е доста трудно за повечето страни, особено в период на криза или в страни с нисък стандарт на живот.

Вторият аспект разглежда някои форми на здравни услуги като обществено благо /напр. имунизациите, профилактиката и др./, което предполага задължително публично финансиране.

Третият аспект фокусира върху трудностите при проектирането на методи за финансиране на здравни грижи, тъй като разходите в здравеопазването често са

непредсказуеми. Поради тази причина, здравната осигуровка или застраховка, заплащана предварително, трябва да бъде неразделна част от системата за доставка на здравни грижи. Често обаче в страните с ниски доходи, немалка част от населението е ограничено във възможностите си да плати за здравна осигуровка или застраховка.

Четвъртия аспект е свързан с „информационната асиметрия“ на здравния пазар и на свързания с него пазар на здравни осигуровки. Тази информационна асиметрия има определени последици за цените на здравните услуги, както и за покриване на рисковете за здравето. На здравния пазар, цените на здравните услуги може да не се отразяват върху качеството на здравните услуги. Затова е важно да има правителствена намеса в частните здравни пазари. От друга страна, за някои здравни услуги не съществува пазар, което предполага, че здравните услуги и финансирането трябва да бъдат отговорност на публичните органи.

Финансирането на здравеопазването има съществено значение за ефективното функциониране на системата за предоставяне на здравни услуги. Финансирането на здравеопазването е система от методи и техники за набиране и разпределение на финансови ресурси, необходими за осъществяване на дейности по опазване, укрепване и възстановяване на здравето на индивида. Финансирането на здравеопазването включва в себе си редица действия – *събиране на средства, тяхното обединяване по време и по население (и следователно, обединяване на рисковете) и закупуване или предоставяне на медицински услуги* (по Joseph Kutzin, 2008). Осъществяването на всяко едно от тези действия, оказва съществено влияние върху целите на здравната политика: финансова защита на населението, социална справедливост във финансирането, равен достъп до медицински услуги, наличие на стимули за ефективна организация на медицинското обслужване, ефективен

мениджмънт на системата /Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E., 2009, Kutzin, J., 2008/

Събирането на средствата за функционирането на системата може да става чрез различни механизми – от държавата чрез данъци или осигурителни вноски или, от частни институции чрез доброволно или допълнително здравно осигуряване или чрез директните плащания /регламентирани и нерегламентирани/ от пациентите. Процентът на събиране на средствата за системата на здравеопазване включва три елемента: 1/ източници на финансиране – частни лица, работници, домакинства, корпорации и работодатели, национални и международни НПО и дарители и правителства на други страни; 2/ механизми за събиране на средствата – от държавата чрез данъци или осигурителни вноски или, от частни институции чрез доброволно или допълнително здравно осигуряване или чрез директните плащания /регламентирани и нерегламентирани/ от пациентите; 3/ институции, отговорни за събирането на средствата – централни, регионални или местни власти, независими държавни институции за социално подпомагане, държавни или обществени или частни стопански или нестопански осигурителни фондове.

Обединяването на финансовите средства позволява да се използват вноските/данъците от здравите хора за покриване разходите за медицинско обслужване на нуждаещите се. Това е най-справедливия начин за обезпечаване на равенство в достъпа до медицинска помощ. Обединяването представлява натрупване на предварително платени средства в интерес на обществото. Като цяло, колкото са по-крупни фондовете и колкото по-малко са те, толкова, по-лесно се достига равен достъп до здравни грижи и управленска ефективност.

Закупуването на медицински услуги означава превод на финансови средства към производителите на здравна помощ

и пряко зависи от структурата на здравния пазар и механизмите, използвани в процеса на купуване на услугите от производителите. Движението на паричните потоци в здравната система от финансирането през продукцията до използването на здравните услуги са нарича национален здравен баланс. Той включва парите от обществения и частния сектор.

Главните фактори, от които зависят разходите за здравеопазване са организацията и мениджмънта на системата, здравните нужди на популацията, нивото на икономическо развитие, предлаганите здравни услуги и използваните медицински технологии. Организацията и мениджмънта на системата са в корелация с финансовата, социална и здравна политика на правителството, както и с регулацията и контрола на системата. Здравните нужди на популацията зависят от демографските фактори, епидемиологията, заболяемостта, инвалидността, традиции в начина на живот. Нивото на икономическо развитие се разглежда през фокуса на БВП на глава от населението, доходите на домакинствата и др. За предоставянето на здравни услуги значение има здравната инфраструктура и задоволеността с медицински специалисти. Наличието и използването на нови медицински технологии зависи от здравната и образователната политика на една държава, както и финансовите възможности, с които разполага за инвестиране в научни изследвания или закупуване на външни /чужди/ такива.

В почти всички страни по света системите на здравеопазване са „ненаситни“ в потребностите си, а държавата не винаги е в състояние да увеличава бюджетните средства за целите на здравеопазването. Разходите за здраве се повишават ежегодно не само заради появата на нови технологии и медикаменти, но и заради нарастващите очаквания на пациентите, които обикновено нямат представа за действителните стойности на услугите, заради все по-големия процент засягащо население над 65 години,

голямата част от които с хронични заболявания, а също и заради моделите на нездравословен начин на живот.

През последните десетилетия се е увеличил делът на разходите за здравеопазване от брутния национален продукт. Разходите за здравеопазване нарастват с около 1% от БВП на всяко десетилетие. Напр. през 20-те години на XX век той е бил между 0,7 и 1,2%, докато в настояще време в Европа средно е между 7 и 9% /Шарабчиев Ю.Т., 2011/. В САЩ е нараснал от 5,3% от БВП през 1960 г. до 11,2% през 1987 г. и над 17% в наши дни (<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP/countries/>).

Световната тенденция за нарастване на разходите за здравеопазване е налице и в България през последните години. През 2000 г. на глава от населението се падат по-малко от 100 щ.д за здраве, докато през 2011 г. те нарастват до почти 500 щ.д. на човек.

Оскъдните ресурси в публичния сектор, застаряването на населението и ниският икономически растеж в много от страните от Европейския съюз и Северна Америка фокусират общественото внимание върху ефективността и ефикасността на публичния сектор, в частност – на здравеопазването. Това поражда сериозни търсения на подходящи методи и техники за анализ на обема и структурата на разходите в здравеопазването, на ефектите от една или друга финансова политика в сектора върху целевата група и обществото като цяло, както и за връзката между вложените ресурси на входа и получените резултати на изхода на системата. По данни на СЗО между 20 и 40% от разходите за здравеопазване са „загубени“, т.е. похарчени са неефективно /WHO, 2010/.

Нарастащите с бързи темпове разходи за здраве дават обяснение защо няма здравна система в света, която да покрива всички здравни услуги на населението. Три основни варианта има за регулиране на броя медицински услуги, а оттам и на здравните разходи

/сп. "Здравоохранение за рубежом", бр.4/2007/. Първият вариант е създаване на „позитивен списък“ на медицинските услуги. По-често се използва в страните с ниски нива на социално-икономическо развитие. Включва се ограничен брой и видове медицинска помощ, касаеща предимно най-разпространените заболявания. В по-голямата си част са обхванати извънболнични дейности и профилактика, а стационарната помощ е в „свит“ обем. Вторият вариант е създаване на „негативен“ списък. От общия обем медицински услуги се изключват някои, които се поемат от пациента или осигурителен фонд. Обикновено това са стоматологични дейности, закупуване на коригиращи очила или лещи, протези, някои медикаменти, консумативи и др. Третият вариант е изключване на някои видове услуги, които са с нисък приоритет, като основния критерий е нивото на медицинска и икономическа ефективност.

Когато говорим за финансиране един от най-важните въпроси е за източника на финансирането. Набирането на средства за здравната система се характеризира с плурализъм. Възможни източници са здравно осигуряване; данъчно облагане; субсидиране на определени здравни дейности; директно заплащане на услугите; външно финансиране /Яначков, И.; Пенчева, М.; Алвасов, Б., 1999/. Познати са четири възможни организации на финансиране:

1. *Държавно данъчно финансиране* – осигурява се чрез държавния бюджет, предимно от данъци и такси. Предоставят се приходи и от специални данъци и такси като: продажба на минерални води, лечебна кал, алкохол, тютюневи изделия, процент от приватизация на общински и държавни предприятия, вноски от собственици на хазартни игри. Предимства на бюджетното финансиране: 1/ Бюджетът се смята за най-сигурен източник на финансиране, доколкото е сигурен бюджетът на една държава; 2/ Осигурява се солидарно участие на всички граждани

данъкоплатци във финансирането на медицинските услуги; 3/ Осигурява се покритие на всички граждани на държавата с опре делени по количество и качество медицински услуги; 4/ Моделът позволява от съответните бюджети да се финансира сират услугите с неделим ефект, т.е. промоция и профилактика на заболяванията, които са полезни за обществото като цяло.

Недостатъците са: 1/ Здравните разходи като част от бюджета подлежат на определяне от съответната институция, разпределяща бюджета, поради това се смята, че размерът им се определя повече или по-малко по политически критерии; 2/ Труден контрол за количеството и качеството на предоставените услуги - както от платеща (държавата/общината), така и от потребителите (гражданите); 3/ Моделът не стимулира персоналната отговорност за здравето; 4/ Моделът стимулира в определена степен хиперконсумацията на медицински услуги - ако и доколкото те са безплатни за пациента /Давидов, Б., 2003/.

2. *Социално здравно осигуряване* – източниците на средства са вноските от и за осигурените лица, събирани в здравен фонд или фондове. Размерът на вноските зависи от доходите, а достъпът до здравно обслужване – от потребностите. Средствата, събрани във фондове, използват солидарно. Здравните фондове, дори и да са независими от държавата, действат в строго определени нормативни рамки.

Предимства на социалното здравно осигуряване: 1) Осъществява принципите на солидарността - т.е. независимо от доходите и размера на вноските, всички осигурени получават медицински услуги и обезщетения; 2) Осигурява връзка между поколенията; 3) Осигурява независимост на медицинското обслужване от размера и евентуалните проблеми на държавния (общинския) бюджет.

Недостатъците са: 1) Тази организация на финансиране е най-скъпо струваща от всички. В някои изследвания се твърди, че тези модели са по-скъпи с 8-

10% от тези на бюджетното осигуряване. 2) Този тип организация на финансирането не стимулира в достатъчна степен персоналната отговорност на гражданите за собственото му здраве /Давидов, Б., 2003/.

3. Директно заплащане от пациента – пациентите заплащат цялата стойност на медицинското обслужване или част от стойността, т.нар. съвместно плащане – част от цената се поема от осигурителното дружество или фонд, а останалата част – от осигурения. Размерът на съвместното плащане варира за различните държави, фондове, услуги и схеми на осигуряване.

Директното заплащане от пациента може да бъде официално, когато се заплащат такси за ползване на услуги в обществената система или ползване на здравни услуги в частния сектор, но може да бъде и неофициално, когато се заплаща на изпълнителя на здравна помощ нерегламентирано. Причините за неформалното плащане могат да бъдат различни: с цел мотивиране на наетите на заплата изпълнители (разпространено в бившите социалистически страни) или като културална характеристика (напр. в Азиатските страни).

Предимствата на директното плащане са: 1) При наличие на много голям брой потребители и лекари има адекватно търсене и предлагане на медицински услуги и формираната се цена може да се приеме за равновесна и пазарно обусловена. 2) Моделът е удобен за потребителя; 3) Моделът е прост за обслужване; 4) Моделът стимулира повишаването на персоналната отговорност на всеки гражданин към собственото му здраве.

Недостатъците са: 1) Потребителят може да има остра необходимост от услугата, но да няма достатъчно средства да я заплати; 2) Няма никаква гаранция за качеството на услугата, а и е възможно и да се формират монополно високи цени; 3) Моделът не осигурява равенство в потреблението на медицински услуги. А постигането на такова равенство се

смята за съществена цел на здравните системи по света (Давидов, Б., 2003).

4. Частно застраховане – основано е на риска. Размера на премиите, заплащани от застрахованите зависи от степента на риск, той се изчислява на основата на очакваните разходи за предоставените услуги. При изчисляването се взема предвид възрастта, пола, здравословното състояние към момента на застраховане, професия, местожителство, вредни привычки и т.н.

Предимства на частното застраховане: 1) Наличие на широк диапазон от здравни заведения, обезпечавачи разнородни и качествени здравни услуги; 2) Без списъци за изчакване за медицинско обслужване; 3) Особено внимание се отделя на качеството на медицинската помощ и правата на пациентите; 4) Високи доходи на медицинския персонал.

Недостатъците са: 1) Висока стойност на медицинските услуги, недостъпност на медицинската помощ за значителна част от населението; 2) Неефективно използване на ресурсите; 3) Извършване на повече от необходимото процедури и изследвания на пациентите; 4) Отсъствие на държавно регулиране и контрол за качеството на медицинските услуги (Зубенко, С.А., 2008).

В повечето държави се използва микс от тези системи на финансиране, като това зависи от социално-икономическите и политически условия. Има различия и по отношение на това, върху кого пада тежестта от събирането на средства за здравеопазване.

През 2005 г. СЗО приема резолюция, призоваваща страните-членки да разработят такива системи за финансиране на здравеопазването, които да доведат до постигане на следните две цели: 1) обезпечаване на всички граждани достъп до необходимите им медико-санитарни услуги, с достатъчно високо качество, за да бъдат те ефективни и 2) гаранция, че получаването на тези медицински услуги няма да доведе до финансови затруднения на гражданите (WHO, 2010).

За съжаление, все по-малко са държавите в света, които могат да отговорят на изискванията на тази резолюция. В традиционно бедните държави стандартът на живот продължава да бъде нисък, смъртността висока и свободния достъп до здравни грижи – непостижим, а в развитите държави, застаряването на населението, „епидемичното“ разпространение на социално-значимите заболявания и повишените потребителски изисквания, създават все повече пречки пред задоволяване на здравната система с финансови ресурси и/или задоволяване на здравните потребности на гражданите, без това да доведе до финансови затруднения за тях. Необходимо е всяка една държава да прави компромиси в три основни области: обхвата на покритие на населението, набора от медицински услуги, които трябва да бъдат достъпни и процента от общата финансова тежест, който трябва да бъде платена от пациента.

Предложенията на СЗО за повишава не на финансовата защита на населението и премахване или намаляване на бариерите пред достъпа до здравна помощ са (WHO, 2010): 1) *Обединяване на средствата целесъобразно* – въвеждане на форми на предварително плащане и обединяване на средствата в един фонд, използвайки преимуществото на числеността; 2) *Консолидация и компенсация* – чрез консолидиране на множеството осигурителни фондове и компенсиране на рисковете, чрез изравняването им; 3) *Комбиниране на приходи*

от данъци и социално здравно осигуряване – приходите от двата източника могат да бъдат съхранявани в един фонд, а не в отделни; 4/ *Задължителните вноски помагат* – независимо дали това са задължителни вноски към бюджета или към здравното осигуряване, тези средства позволяват да бъдат обхванати в системата и хората, които не могат сами да платят; 5/ *Доброволните схеми са полезни като допълващи плащания* – доброволната защита от финансови или здравни рискове може да помогне на хората да осъзнаят преимуществото на предварителните плащания и обединяването на средствата в един фонд; 6/ *Пълно премахване на директните плащания* – ако това е невъзможно, то процентът на директните плащания от общите разходи за здраве не трябва да превишават 15-20%.

На всички развити държави им предстои да вземат трудни решения – да направят по-ефективна здравната си система, да стабилизират демографската ситуация, да се справят с недостига на работната сила в здравната система и по този начин да избегнат колапс в здравето на нацията, а оттам и икономическа стагнация, поради недостиг на работна ръка в държавата. Всички тези предизвикателства ще бъдат на дневен ред в следващите 10-15 години (Шарабчиев Ю.Т., 2011).

Използвана литература:

1. Давидов, Б., Модели за финансиране на системата за медицински услуги: философия и технология - сравнителен анализ., сп. «Здравен мениджмънт», 2003, № 3, 44-49
2. Зубенко, С.А., Механизмы финансирования здравоохранения на базе сравнительной характеристики действующих мировых систем, Липецкий государственный технический университет, Россия, 2008
3. „Сравнительный анализ законодательства отдельных европейских стран в области медицинского страхования”, сп. “Здравоохранение за рубежом”, 4/ 2007
4. Шарабчиев Ю.Т., Современные вызовы XXI века и финансирование здравоохранения, Журнал «Медицинские новости» , №12, 2011

5. Яначков, И.; Пенчева, М.; Алвасов, Б., Мениджмънт в здравеопазването, С., ИК "Люрен", 1999
6. Kutzin, J., Health Financing Policy. A Guide for Decision-makers. WHO Regional Office for Europe, 2008
7. Mwabu, G., User Charges for Health Care: A Review of the Underlying Theory and Assumptions, UN, Working Papers №127, March 1997
8. Stepurko, T., Pavlova, M., Gryga, I., Groot, W., Empirical studies on informal patient payments for health care services: a systematic and critical review of research methods and instruments, BioMed Central Ltd. , Health Services Research, 2010
9. The world health report: Health systems financing: the path to universal coverage. WHO Press, World Health Organization, 2010
10. Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E., Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses., WHO, 2009, p.26-46
11. World Health Organization, Department "Health System Financing, Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences, by William Savedoff, DISCUSSION PAPER, NUMBER 4 - 2004
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP/countries>