

ОБЗОРИ

REVIEWS

## ТЕОРЕТИЧЕН АНАЛИЗ НА МОДЕЛИТЕ И ПРАКТИКИТЕ НА ФИНАНСИРАНЕ НА СИСТЕМИТЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

**А. Златарева**

*Факултет по обществено здраве, МУ – Варна*

**Резюме.** Общественият характер на здравеопазването задължава държавата да води последователна политика, която има за цел да осигури опазване на човешкото здраве при оптимално използване на публични средства. В интерес на отделните индивиди и на обществото като цяло е да бъде усъвършенствано управлението в системата на здравеопазване. А решенията в здравеопазването, както и във всяка друга област от човешката дейност, трябва да бъдат икономически рационални, тъй като всички икономически блага, включително и тези, отнасящи се до здравеопазването, имат ограничен характер. Целта на този теоретичен анализ е на базата на търсене в литературните източници да бъдат представени отделните модели и практики на здравните системи.

*Ключови думи:* здравеопазване, финансиране, бюджети, разходи

## ANALYSIS OF THE MODELS AND PRACTICES OF HEALTHCARE SYSTEMS FUNDING

**A. ZLATAREVA**

*Faculty of Public Health, Medical University – Varna*

**Summary.** The public nature of health obliges the state to a consistent policy that aims to ensure the protection of human health, optimal use of public funds. In the interest of individuals and society as a whole it is to be achieved improvement of management in the health system. Decisions in healthcare and in any other area must be economically rational as all the economic goods, including those relating to health, have a limited character. The purpose of this theoretical analysis is based on a search in the literature. Presented are different models and healthcare systems practices.

*Key words:* health care, finance, budgets, costs

## Въведение

Системите на здравеопазване в държавите — членки на ЕС, се различават, тъй като отразяват съответните обществени нагласи [1]. Въпреки различията по отношение на организацията и финансирането обаче всички те са изградени на основата на об-

щи ценности, както бе отчетено и на Съвета на министрите на здравеопазването през 2006 г. [2]: общовалидност, достъп до качествени здравни услуги, равнопоставеност и солидарност.

Наблюдава се все по-голямо взаимодействие между системите на здравеопазване в ЕС. С влизането в сила на Директива 2011/243 бе направена ключова стъпка към активизиране на това взаимодействие. Укрепването на сътрудничеството между системите на здравеопазване следва да им помогне да функционират по-добре в условията на нарастващата мобилност на пациентите и на здравните специалисти.

През последните десет години системите на здравеопазване в Европа са изправени пред все повече предизвикателства: увеличаване на разходите за здравеопазване, застаряващо население, което от своя страна води до повишаване на хроничните болести и до мултиморбидност. Това предполага нарастващо търсене на здравни услуги, води до недостиг и неравномерно разпределение на здравните работници, до различия в здравното състояние и до неравнопоставеност относно достъпа до здравно обслужване. Освен това икономическата криза наложи ограничения върху наличните финансови ресурси и така задълбочи трудностите за държавите членки при гарантирането на устойчивостта на системите им на здравеопазване [4]. Това на свой ред застрашава способността на тези държави членки да предлагат на всички достъп до качествени здравни грижи. Системите на здравеопазване трябва да са устойчиви: те трябва да могат успешно да се адаптират към променящите се условия и да са в състояние да се справят със значимите предизвикателства с ограничени ресурси. Все по-голямата взаимозависимост и общите предизвикателства налагат по-тясно сътрудничество.

През 2006 г. държавите членки постигнаха съгласие по общи цели за достъпност, качество и финансова устойчивост на здравните услуги предвид отворения метод на координация за социална закрила и социална интеграция [5]. През 2011 г. Съветът на министрите на здравеопазването даде начало на процес на размисъл на равнището на ЕС, за да се помогне на държавите членки да предложат съвременни, адекватни и устойчиви системи на здравеопазване. Този процес показва, че „макар винаги да е стоял ключовият въпрос за осигуряване на равнопоставен достъп до висококачествени здравни услуги в условия на недостиг на икономически и други ресурси, понастоящем се променят мащабът и неотложността и ако

проблемът не бъде разрешен, той би могъл да се превърне в основен фактор за бъдещата икономическа и социална структура на ЕС“.

**Целта** на този теоретичен анализ е на базата на търсене в литературните източници да бъдат представени отделните модели и практики на здравните системи.

### **Материал и методи**

Направено е литературно търсене с ключови думи здравеопазване, финансиране, бюджети, разходи в базата данни на PubMed, Google Scholar, Scopus, като по-важните публикации са обсъдени в настоящия обзор.

### **Резултати**

Достъпът до здравеопазването е резултат от взаимодействието между различни фактори, включително покритието на системата на здравеопазването (т.е. кой има право на здравно обслужване), какво включва това покритие (т.е. какви са правата на гражданите), разумни цени и наличност на здравните услуги. Достъпът до здравни грижи също така е пряко свързан с моделите на организация и управление, използвани в системите на здравеопазване. Възможно е на пациентите да им се струва, че достъпът до здравеопазването е труден, ако системите на здравеопазване са сложни и непрозрачни [1].

Здравните услуги се финансират предимно от публични източници във всички държави – членки на ЕС. Здравното осигуряване е универсално във всички държави членки; някои хора в неравностойно положение обаче все още са изключени от адекватно здравно осигуряване [1].

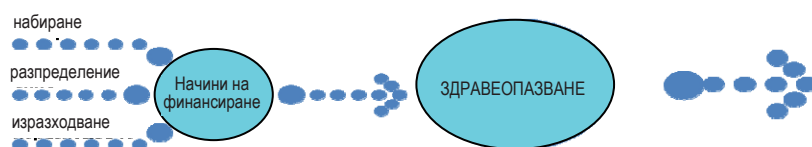
### ***Видове източници и начини на финансиране***

Финансирането на всяка система на здравеопазване се основава на три основни функции, за да се постигнат следните цели:

- 1) събиране на ресурси, за да се осигурят достатъчно и устойчиви приходи по един справедлив начин;
- 2) обединяване на средства, за да се гарантира достъп до здравеопазване на населението;
- 3) нормативна база, която да гарантира, че финансовите средства за купуване и предоставяне на здравни услуги се използват по най-ефективния и справедлив начин (Kutzin, 2001; Carrin и James, 2005).

Постигането на тези три финансови цели в крайна сметка допринася за постигане целта на политиката на универсалното покритие на здравни услуги [15].

Казано по друг начин, финансирането на здравеопазването е съвкупност от начини за набиране, разпределение и изразходване на парични средства, необходими за възпроизводство на дейностите, свързани с укрепване, опазване и подобряване на здравето [6-14]. В това определение са застъпени трите аспекта на финансирането (фиг. 1).



Фиг. 1. Начини на финансиране на системата на здравеопазването

- Набиране на финансови средства. Тук се включват всички видове източници и начини на заплащане.
- Вторият основен момент е тяхното разпределение между различните региони и групи от населението.
- Третият аспект е: здравни структури и дейности и изразходване на средствата по видове икономически елементи. Това са труд, материали, гориво, инвестиции. Те са разпределени по дейности, подсистеми и структури на здравеопазването.

Обемът на необходимите финансови ресурси е огромен – в границите между 3 и 14% от БВП в различните страни. В зависимост от това дали финансовите ресурси се получават при пряка продажба на здравните услуги и здравните стоки, или минават през трето звено – държавен бюджет, фонд или фондации, се разделят на директни и индиректни начини за финансиране на здравеопазването.

Директните начини на финансиране са с незначително и по-слабо приложение. Това се дължи на тенденцията за отделяне на финансирането от предлагането на здравна помощ. Важен момент е финансирането според собствеността върху финансови ресурси. Когато те са обществени фондове за колективно потребление, говорим за обществено финансиране, а когато финансовите ресурси са частично притежание на физически и юридически лица, говорим за частно финансиране (фиг. 2).



Фиг. 2. Източници на финансиране на системата на здравеопазване

1. Държавни и други бюджетни приходи. Те могат да са държавни и местни източници. От тях се заделят общи или целеви субсидии за здравеопазването или се финансират обществени здравни програми и фондове. Тези разходи се наричат трансферни. При тях се извършва преразпределението им за социални, здравни и други цели. Друга форма на бюджетно финансиране е чрез фискални разходи. Това означава данъчни облекчения за здравни разходи или вноски за здравно осигуряване на физически и юридически лица. Друга форма на скритото субсидиране на производството на здравни услуги или стоки са нисколихвени заеми и гаранции по кредитите.

2. Здравноосигурителни вноски. В тях участват работодателите, работещите лица, а понякога и други осигурители.

3. Домакински бюджети. Те включват разходите за директно закупени здравни услуги и стоки за здравето или дарения.

4. Средства на фирми и организации. Те са отделени за здравеопазването на работещи лица под формата на социални разходи или дарения.

5. Външни източници. Тук се включват неправителствени организации, дарения.

Тази класификация може да бъде представена и според доминиращия източник и формата на заплащане:

1. Бюджетно или правителствено финансиране.
2. Директно заплащане от потребители.
3. Социално здравно осигуряване.
4. Частно здравно осигуряване.

5. Осигуряване от работодателя.

6. Дарителство.

7. Външно финансиране.

Тук е мястото да се направи уточнение относно директното заплащане от потребителите. Този начин присъства във всички страни, но има несъществен дял. При него потребителите заплащат изцяло или частично от собствените си доходи за ползване на здравни услуги, за лекарствени продукти и други стоки със здравно предназначение. Във всички страни с развито пазарно стопанство основните начини на финансиране на здравеопазването се допълват с директно заплащане от пациентите. Дори и при развита осигурителна система гражданите заплащат известна част от разходите за медицинска помощ и лекарствени средства – за всеки леглоден, рецепта, процент от стойността на прегледа и др. От такива плащания са освободени определени категории от населението, нуждаещи се от социална защита.

Съществуват някои причини да се поддържа платената от пациентите медицинска помощ. Те са:

1. Необходимостта от набиране на допълнителни доходи.

2. Ограничаване на ненужното използване на медицински дейности и лекарствени средства.

3. Стимулиране на индивидуалната отговорност за здравето.

4. Засилване ролята на пазарните отношения, които са стимулатор на технологичното развитие, спомагат за повишаване на качеството на медицинска помощ. Значението на този начин на финансиране е по-голямо, отколкото само като допълнение към основните начини на финансиране.

Недостатъкът на директното заплащане е, че може да представлява бариера за достъпа до здравна помощ и да ограничи справедливостта в предоставянето на здравни услуги и здравни стоки. От страна на медицинските специалисти може да се индуцира ненужно търсене на здравна помощ, когато те имат непосредствен интерес от директното заплащане от пациентите.

Друг начин на финансиране е дарителството. Той е допълващ директен или индиректен начин на финансиране. Основен източник са доходи на фирми, нестопански организации и домакинства.

Съществуват три различни форми на дарителство:

– Корпоративно дарителство – корпорации и други структури на частния, стопанския и финансовия контрол.

– Институционално дарителство – дарение чрез фондации и други нестопански организации.

– Индивидуално дарителство – дарение от физически лица.

Към корпоративното дарителство се отнасят спонсорство, материално подпомагане и предоставяне на услуги. Формите на институционалното дарителство са: дарение за организации, материална и техническа помощ, средства за иновационно развитие, учредяване на целеви фондове. Индивидуалното дарителство се изразява в малки и големи дарения, наследства, завещания и др.

Предоставянето на финансови ресурси на здравни заведения най-често е чрез безвъзмезден договор.

Друга юридическа форма за подпомагане е спонсорски договор.

Външното финансиране от своя страна до голяма степен се изчерпва от дарителството. Има важно значение за страните със слабо икономическо развитие. Външното финансиране има за свои източници средства, предоставени от други правителства, международни и чужди неправителствени организации, и се реализира под формата на безвъзмездни дарения, хуманитарна помощ, кредитни линии, консултантски услуги и др. За развитите страни външното финансиране има спомагателно значение. За страните с икономически проблеми то представлява важен източник за подпомагане на здравеопазването с хуманитарна помощ, международни кредити и помощи от различни правителства и неправителствени организации.

## **2. Финансиране на най-ресурсоемките дейности в здравеопазването**

Една от най-сложните системи в социално-културната сфера е тази на здравеопазването. Сложността произтича от многообразните форми на здравните структури, на финансиране и отношения – пазарни и непазарни, регулации и дерегулации, икономически и административни, етични и неетични.

Когато говорим за финансиране на отделните дейности и ресурси като структурни единици в здравеопазването, те могат да се различават по следните показатели:

- Източници на финансиране.
- Конкретна форма.
- Правила за разпределение и изразходване.

Най-сложната институция в съвременната здравна система е болницата, за чието функциониране е необходим огромен обем

ресурси. Именно болничното обслужване е най-скъпото в сравнение с другите видове обслужване.

Всяка болница (лечебно заведение) изготвя финансов план (бюджет), в който трябва да има съответствие между приходите и разходите за основната ѝ дейност. В страната се прилага задължителен финансов план, който съдържа всички приходи (субсидии, дарения, приходи от платени услуги) и всички разходи (текущи и за инвестиции).

Съществуват следните видове бюджети:

А. Учредителен – разработва се при създаване на нова здравна структура (лечебно заведение).

Б. Оперативен – включва оперативната дейност на лечебното заведение и всички приходи и разходи.

В. Инвестиционен – има задължителен характер и включва настоящата нетна стойност на инвестициите в дълготрайни активи.

В зависимост от финансирането на обема на обслужване има:

– Отворени системи – при тях финансовите средства са в права зависимост от количеството на извършената дейност.

– Затворени системи – увеличаването на дейностите не носи допълнителни финансови постъпления.

В практиката тези системи не се прилагат в чист вид, т.е. съчетават се отворени системи на ниво извършители на здравни услуги, но в рамките на затворен общ бюджет за даденото лечебно заведение.

При финансирането на здравни заведения от обществения сектор се използват няколко източника:

1. от сключени договори за оказване на болнична помощ по определени клинични пътеки.

2. от бюджета на база извършена дейност.

3. от платени услуги от пациентите.

4. от дарения и др.

Финансирането на здравно заведение се извършва на базата на изготвен финансов план, в който са заложили приходи и разходи по параграфи – фонд "работна заплата", лекарства, консумативи, амортизационни отчисления и др. Счита се, че с подобряване на методиката за финансиране на здравните заведения от обществения сектор ще се повлияе положително на дейността им и съответно ще се повишава качеството в обслужването на пациентите.

При финансирането на здравни заведения от частния сектор се използват следните източници:



– Директно заплащане от индивидуални и корпоративни клиенти.

– Плащания по договори с НЗОК и частни ЗОФ.

Най-честа практика за определяне на болничния престой в подобни здравни заведения е смесената система, т.е. цената за хотелска услуга за леглоден плус заплащане на извършените медицински процедури, дейности и изследвания.

Конкуренцията между обществени и частни изпълнители на здравни услуги е важен стимулатор за ефективността в задоволяване на здравните потребности на населението.

В обобщение, за да се гарантира, че нивата на публичните средства за здравеопазване са адекватни [16], финансовите потоци трябва да бъдат прозрачни, предвидими и набирането на средства от данъкоплатеца не бива несправедливо да затруднява домакинствата, което е и от съществено значение за гарантирането на справедлив достъп до необходимите здравни услуги. В много страни националните здравни бюджети са намалени в резултат на икономическата криза, поради целенасочени корекции, поради високите нива на безработица или поради комбинация от двете причини (Mladovsky и др. 2012 г.)

Въпреки че все по-голям брой доказателства показват, че наличието и качеството на основните услуги за обществено здравеопазване варират в широки граници в рамките на общностите, сравнително малко се знае за факторите, които пораждаат тези вариации. Автори – с цел анализиране на институционалните, финансовите и обществените характеристики на локалните системи на общественото здраве за доставка и изпълнение на основните здравни услуги – са изследвали местните системи за обществено здравеопазване в 7 сравнително еднакво развити икономически държави. Те стигат до извода, че изпълнението на здравните услуги и осигуряването на достъпа до тях варират значително в зависимост от размера на финансови ресурси, както и от организационната структура на местните системи за общественото здраве.

Автори, работещи по тази тема [17, 18], отбелязват, че сред многото променливи, които влияят върху националния здравен статус, както в развитите, така и в развиващите се страни, наличието и ефективността на финансиране на системите на здравеопазване са от решаващо значение. За изследвани 148 развиващи се страни годишните публични и частни разходи за здравеопазване от местни източ-

ници (1983) са оценени на приблизително \$ 100 млрд. Само в САЩ, годишните разходи за медицинско обслужване – публични и частни – са почти пет пъти по-големи – \$ 478 млрд. през 1988 г. Наличните данни показват, че частни и доброволни организации допринасят за приблизително 20% от общата финансова помощ за развитие на здравеопазването в световен мащаб. Ясно е, че развиващите се страни като цяло зависят от ефективното използване на собствените си ресурси, тъй като външното финансиране остава малка част от общото вътрешно финансиране. Независимо от това подобрението на работата на здравния сектор често зависи от споделянето на опита и технологиите на икономически по-добре развитите страни.

### **Заклучение**

Съществуват множество изследвания [3] в областта на намесата на държавата в сектор с подобно социално и обществено значение като здравеопазването. Анализират се най-вече различните модели, изведени от практиката на развитите държави, в областта на финансирането и обезпечаването на гражданите със здравни блага. Доказва се важното значение на публичния сектор в осигуряването на здраве, както и ролята на частните и неправителствените организации. В тази връзка се изследва ефектът на осигуряването върху равнището на здравни разходи. Анализира се феноменът „морален риск“ при всеобщо здравно осигуряване. Дискутират се предимствата и недостатъците на здравноосигурителните схеми, основани на солидарността на участието, спрямо тези, основани на застрахователния риск и доходите.

Финансовите ресурси на здравеопазването са необходимо условие за задвижване на всички елементи на системата. Нейната основна цел е получаването на обществен здравен ефект. Отрасълът здравеопазване се отнася към групата на онези социално-културни дейности, за които е характерно, че нямат непосредствени икономически цели като останалите отрасли на икономиката.

### **Библиография**

1. Е К , Съобщение на комисията относно ефективни, достъпни и устойчиви системи на здравеопазване, Брюксел, 4.4.2014 г. COM(2014) 215 final, [http://ec.europa.eu/health/healthcare/docs/com2014\\_215\\_final\\_bg.pdf](http://ec.europa.eu/health/healthcare/docs/com2014_215_final_bg.pdf)
2. З а к л ю ч е н и я на Съвета относно общите ценности и принципи в системите на здравеопазване в Европейския съюз, ОВ С 146, 22.6.2006 г.

3. Ц в е т к о в, В. М. Усъвършенстване управлението на разходите за лекарства, финансирани от публичните фондове в България. Автореф., УНСС, С., 2008.
4. С ъ в м е с т е н доклад на Комитета за икономическа политика (ЕРС) и Европейската комисия за системите на здравеопазването в ЕС (7 декември 2010 г.).
5. С ъ в м е с т н о становище на Комитета за социална закрила и на Комитета за икономическа политика относно съобщението на Комисията „Да работим заедно означава да работим по-добре: предложения за нова рамка за отворено координиране на политиките за социална закрила и социално приобщаване“, одобрено от Съвета по заетост, социална политика, здравеопазване и потребителски въпроси на 10 март 2006 г.
6. Ф и н а н с о в мениджмънт, оценка на риска, приоритети на здравната организация, <http://ikonomika.dokumentite.com/art/finansov-menidjmynt-ocenka-na-riska-prioriteti-na-zdravnata-orgatizaciq/82857/p4>
7. Г л а д и л о в, Ст., Евг. Делчева. Икономика на здравеопазването, С., Princeps, 2000.
8. Б о р и с о в, Б. Здравен мениджмънт Азбука на здравния мениджмънт. С., 2005.
9. П е т р о в а, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилков. Качество в здравеопазването Съвременни измерения и тенденции. С., ХЕЛТ МЕДИА ГРУП, 2008.
10. З д р а в н а икономика, сборник, 2001, Пловдивски университет "П. Хилендарски".
11. Б о р и с о в, В., Зл. Глутникова, Ц. Воденичаров. Ново обществено здравеопазване. С., 1998.
12. К у е р в о, Х. и кол., Управление на болницата, С., 2000.
13. Г л а д и л о в, С., Ж. Павлова, Ан. Чешмеджиева, Цв. Петрова. Икономика на здравеопазването. Ръководство за практически упражнения. С., Princeps, 2004.
14. Н а ц и о н а л н а здравна стратегия на правителството 2008-2013, [file:///C:/Users/PC/Downloads/Nacionalna%20zdravna%20strategia\(1\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/Nacionalna%20zdravna%20strategia(1).pdf)
15. I n k e Mathauer, Guy Carrin, The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage, [http://www.who.int/health\\_financing/documents/dp\\_e\\_10\\_05-instit\\_uc.pdf?ua=1](http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_10_05-instit_uc.pdf?ua=1)
16. E u r o p e a n Observatory on Health Systems and Policies, Health system funding, <http://www.hfcm.eu/web/introduction/health-system-funding>
17. A t u n, R., F. M. Knaul, Y. Akachi, J. Frenk. Innovative financing for health: what is truly innovative?, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23102585](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23102585). – Lancet, **380**, 2012, № 9858, 2044-2049.
18. H o w a r d, L. M. Public and private donor financing for health in developing countries, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1869807>. – Infect. Dis. Clin. North Am., **5**, 1991, № 2, 221-234.
19. M a y s, G. P. Mays, M. C. McHugh et al. Institutional and Economic Determinants of Public Health System Performance. – Am. J. Publ. Health, **96**, 2006, № 3, 523-531.

☰ *Адрес за кореспонденция:*  
 Д-р Албена Златарева  
 Факултет по обществено здраве  
 Медицински университет  
 ул. „Марин Дринов“ № 55  
 9002 Варна