

Системата за финансиране на здравеопазването в България – кратък анализ.

Мирослав Петров

The system of financing health care - a brief analysis The financing of Health care system is very important for economic prosperity. Good public health is closely linked to the quality and productivity of the workforce. Optimal health financing gives the maximum benefit of society and people.

Key words: Health care, financing, workforce, economic prosperity, society, people

ВЪВЕДЕНИЕ

Едни от основните цели на всяка икономика са подобряване на благосъстоянието на нацията, повишаване стандарта на живот и постигане на икономически просперитет и независимост. От макроикономическа гледна точка измерителят, който ни позволява да определим дали едно национално стопанство функционира успешно, и печеливши ли са отраслите му е БВП. Съгласно класическото определение в БВП влизат всички стоки и услуги, които са произведени в дадена страна за определен период. В тях се калкулира труда на вложените материали, използваните машиночасове, на работната сила. Именно последната е много важен фактор без който икономиката на една страна не би могла да функционира успешно. Човешкият ресурс не е бездушен инструмент, който с лекота може да се захвърли, ако се повреди или спре да функционира както трябва. Тъй като хората участват в трудовия процес през по-голямата част от своя съзнателен живот за тяхното добро и физическо състояние трябва да се полагат нужните грижи. С дейностите по профилактика, опазване, облекчаване и отстраняване на проблемите отнасящи се до здравето на хората се занимава отрасъл здравеопазване. В тясна взаимовръзка с него е един от най-фундаменталните и сложни въпроси на всяка национална икономика – Как да се финансира здравеопазването така, че да се постигне максимална обществена и индивидуална полза.

ИЗЛОЖЕНИЕ

В литературата триъгълникът на здравеопазването се използва широко за представяне на основните участници в здравната система, а именно потребители (пациенти), доставчици (лекари, болници) и купувачи (така наречената трета страна – осигурителни институции). Процесът на доставяне и финансиране на здравни услуги може да бъде сведен до трансфер и обмен на ресурси: доставчиците трансферират здравни услуги към пациентите, а пациентите или трети страни трансферират финансови ресурси към доставчиците. [2]

Финансирането на здравната помощ е типичен аспект на финансирането въобще, изучаван от икономистите и включващ данъчно финансиране, субсидиране на достъпа до здравни грижи, обществено и частно здравно осигуряване и техните последиствия за ефективността и моделите на използване на здравната помощ.

Оттук следва, че източниците за финансиране на здравеопазването може да се обособят в три големи групи:

1.Бюджетното финансиране на здравеопазването се осъществява предимно под формата на държавни, общински субсидии, извънбюджетни сметки и извънбюджетни фондове. То покрива чисти публични блага, като обществената профилактика и държавния здравен контрол, както и смесени публични блага – като персонални медицински услуги извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на българските граждани (медицинска помощ при спешни състояния, акушерска помощ за

всички здравно неосигурени лица, стационарна психиатрична помощ, трансплантации, сърдечни операции и т.н.)

Финансирането на болниците от Министерство на здравеопазването и общините на база на исторически бюджетима един съществен недостатък – засилва се несправедливостта при разпределение на ресурсите, както между болниците

2. Директното заплащане на здравни услуги от потребителите е вторият широко прилаган начин за финансиране на здравеопазването. Средствата, които идват директно от личните бюджети на домакинствата биват под следната форма:

- Заплащане на такси и цени за платени медицински и допълнителни услуги в обществените лечебни заведения;
- Регистрирани плащания за медицински услуги в частния сектор;
- Неформални плащания (на черно, под масата, избягване на данъчното облагане и т.н.) в държавния и частния сектор
- Покупки на медикаменти и други здравни стоки.

3. Социалното и здравно осигуряване е третият стълб на финансиране на здравеопазването. Здравното осигуряване е фондово индиректно финансиране, при което се набират средства от осигурителни вноски за покриване на рискове от заболявания и други проблеми 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 върху 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. Основен принцип на този тип осигуряване е споделянето отговорност, което позволява преразпределение на средствата от здравите към болните, от богатите към по-бедните.

- Частно здравно осигуряване – предлага се от частни застрахователни компании, като обхваща на доброволен принцип желащите 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 здравната помощ. [1]

В зависимост от степента на участие на държавата във финансирането и предоставянето на здравни услуги, могат да се обобщят три основни типа системи на финансиране:

1. *системи на частно здравно застраховане с частни доставчици на услуги (модел на частни застрахователи/доставчици)*

2. *социално здравно осигуряване със смесена система от частни и държавни доставчици (модел на публичен договор)*

3. *системи, финансирани чрез общи данъци, с държавна собственост върху доставчиците (публично – интегриран модел)*

Рядко се среща система в чист вид, в повечето случаи се прави разумна комбинация между отделните източници на финансиране, която да е адекватна на социално-демографските и културните условия в страната. [4]

От 01.07.2001 година финансирането на болничната помощ в България е споделяно между Министерството на финансите, общините и Националната здравноо-

сигурителна каса. Финансирането на болниците от Министерството на здравеопазването и общините се извършва на база исторически бюджет. Основната слабост при финансирането на база исторически бюджет е неравномерното разпределение на ресурси, както между болниците, така и между пациентите /болниците, които исторически са били добре финансирани ще се стремят да запазят това свое предимство за сметка на други недостатъчно финансирани болници/. Финансирането на болниците от Национална здравноосигурителна каса се характеризира с това, че НЗОК изцяло разпределя своя дял от средствата за болнична помощ в зависимост от броя и вида на случаите, от броя на преминалите болни и други показатели за изпольваемост на болницата и качеството на извършваната дейност [3].

При така действащата система на финансиране на здравеопазването и лечебните заведения в България, делът на публичното финансиране в нея все още е доминиращ, като основната цел продължава да бъде равнопоставеността на всички граждани и достъпа им до еднакъв обем и качество на здравните услуги. През 2012 г. около 6,3 милиарда лв. са изразходвани за здравеопазване в България, 51 процента от които са публични разходи, до голяма степен извършвани чрез НЗОК. Тези 51 процента държавен дял от средствата, влизащи в системата, се събират и натрупват чрез задължителни данъци и вноски. Останалото са частни средства, предимно изразходвани от домакинствата, когато отделните лица търсят медицинска помощ („със собствени средства“). Общо НЗОК събира и разпределя около 80 процента от цялото финансиране на общественото здравеопазване. [6]

Заедно с това се наблюдава реструктуриране и разнообразяване на системите на заплащане на лечебните заведения. На някои места, като в първичната болнична помощ заплащането е според броя на записаното население в регистъра на общо практикуващия лекар, денталните и специализирани доболнични практики получават заплащане за определени видове услуги, болниците заплащане на случай и т.н. При тази система съществува плурализъм в източниците на финансиране – разширяване на дела частното здравно осигуряване, увеличаване дела на частично и изцяло платимите здравни услуги.[1]

Действащата понастоящем в България система на смесено финансиране на здравеопазването има и своите слабости, по-важните, от които са изброени в следните точки:

1.Държавата се опитва да компенсира намалените приходи чрез увеличение на прякото и косвеното облагане.

Трайна тенденция е ръстът на постъпленията от осигурителни вноски да е в резултат само от увеличението на средния осигурителен доход, средния размер за всички пенсии, минималната и средната работна заплата, минималния и максималния осигурителен доход, увеличението на ставката на вноската. [7]

2.Трайна тенденция е увеличаващата се финансова тежест да е за сметка на потребителите, вместо да се поема от обществените средства, както е в развитите европейски страни. Според доклад на Световната банка, в България е най-висок делът на плащанията със собствени средства като процент от общите разходи за здравеопазване. Този факт, както и изключително ниските доходи на населението, поставят сериозни проблеми пред достъпа на гражданите до здравни услуги. [7]

Делът на частните разходи в общите разходи за здравеопазване е стабилно висок и бележи плавна тенденция на покачване, ако се разглежда един по-дълъг период от 15-18 години. Към 2012, в България делът на частните разходи е 44%, докато в ЕС този дял е близо два пъти по-нисък – 23%.

В същото време, през разглеждания период делът на публичните разходи за ЕС е значително по-висок от този на частните и остава над 80%. Прави впечатление, че този дял остава стабилен за последните 18 години, т.е. нарастването на общите

разходи за здравеопазване в ЕС запазва тази пропорция непроменена. За разлика от средните показатели за ЕС, бремето от нарастването на разходите за здраве в България се поема в по-голяма степен от частните разходи.[5]

3.Здравната система е силно бюрократизирана, особено при обслужването на населението. Нарушени са принципите на справедливост, универсален достъп и равнопоставеност при обслужването на пациентите. Настъпващата бюрокрация в дейността води до ангажирането на огромен човешки ресурс за администриране на дейността на НЗОК, където са заети над 2500 души, както и в МЗ и агенциите към него. МЗ пряко финансира 114 юридически лица на бюджетна издръжка - самостоятелни административни структури, здравни и лечебни заведения. [7]

4.Голям е размерът на т.нар. нерегламентирани плащания, което нарушава справедливостта и ограничават достъпа на бедните граждани до медицински грижи. [7]

Въз основа на така направения кратък обзор на системата на финансирането в България и посочването на основните недостатъци, могат да се очертаят няколко възможни насоки, които биха могли да доведат до нейното по-нататъшно усъвършенстване и оптимизация

1.Включване в кръга на дейностите, които се финансират от здравноосигурителната каса на част от онези болести, които в момента са на издръжка единствено от държавния бюджет (като стационарната психиатрична помощ например). Отделяните от правителството средства са крайно недостатъчни за тях.

2.Създаване на стройна система за мониторинг и контрол на разходите извършвани по здравна каса. Едно от нещата, които непрекъснато се дискутира в публичното пространство е воденето на така наречените „мъртви души” от общо практикуващите лекари – хора, включени в списъците им, които реално не посещават кабинети, но за които се получава финансиране

3.Въвеждане от страна на държавата в лицето на министерството на финансиране на таван на цените на медицинските услуги. Това няма да лиши участниците на пазара на здравни услуги от възможността свободно да се договарят за предоставената от тях медицинска помощ, но би могло да ограничи излишните и ненужни разходи.

4.Съкращаване на разходите за издръжка на административно-контролния апарат. Назначаването на работа на добре подготвени и обучени специалисти дори и срещу малко по-високо заплащане е по-добър вариант от назначаването на неподготвени, незапознати със спецификата на работа служители без опит, които срещу средно възнаграждение да вършат работа на парче, без да имат цялостен поглед върху системата и как функционира тя.

5.Да бъде разработена и приложена система от мерки по отношение на директното заплащане от пациентите на лекарите. Много пациенти за да получат по-добро обслужване и внимание, особено за тежки свързани със здравето заболявания са принудени да посещават медицинските специалисти в техните частни кабинети, където дори за манипулации и действия, които би следвало да им се окажат безплатно в болниците, са принудени да заплащат сериозни суми.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За да функционира ефективно системата на здравеопазването, да получават пациентите по-добро обслужване и заетите в сферата на здравеопазването достойно заплащане на труда си е необходимо да се извършат задълбочени анализи, да се разработят ефективни икономически модели, които след като отчетат допусканите недостатъци и грешки, да осигурят оптимално финансиране, което от своя страна да

осигури максимална полза за обществото и да допринесе за икономическия просперитет на държавата.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Гладилев, Стефан Несторов и др. „Икономика на здравеопазването“, София, изд. Principers 2009
- [2]. Делчева Евгения Иванова „Здравният икономикс“, София, Унив. Изд. Стопанство 1994
- [3]. Начева Анка и др. Болничен мениджмънт, София, НЦЗИ 2005
- [4]. Финансиране и управление на здравеопазването – теоретични основи, модели, проблеми и тенденции – Министерство на финансите
- [5]. Неева, Мария, Системата на здравеопазването в България в числа и графики 2014, Институт за пазарна икономика
- [6]. Окончателен доклад за финансиране на здравеопазването. Диагностика и преглед на предвидените реформи, Май 2015
- [7]. Здравеопазване 2014, Състояние, проблеми, решения, президвкителства, Българска стопанска камара.

За контакти:

Докторант Мирослав Николов Петров, Катедра „Икономика“, Русенски Университет „Ангел Кънчев“, тел.0887602506, e-mail: mnpetrov@uni-ruse.bg, miroslav.petrov1978@abv.bg