



**Списание за наука**

**„Ново знание“**

ISSN 2367-4598 (Online)

*Академично издателство „Талант“*

*Висше училище по агробизнес и развитие на  
регионите - Пловдив*

**New Knowledge**

**Journal of Science**

ISSN 2367-4598 (Online)

*Academic Publishing House „Talent“*

*University of Agribusiness and Rural Development -  
Bulgaria*

<http://science.uard.bg>

## **SOURCES AND MODELS OF FINANCING OF HEALTHCARE – THE WORLD EXPERIENCE**

**Tsvetana Kerencheva**

*University of agribusiness and rural development, Plovdiv, Bulgaria*

**Abstract:** The article presents the historical development of healthcare financing systems and a comparative analysis of the world experience in the sources and financing models of the sector. Conclusions have been made on the effectiveness of different health systems and the factors underlying it, with an emphasis on health policy and governance to ensure patients' safety, security and satisfaction.

**Keywords:** healthcare, financing, models, sources.

## **ИЗТОЧНИЦИ И МОДЕЛИ НА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО – СВЕТОВЕН ОПИТ**

**Цветана Керенчева**

*Висше училище по агробизнес и развитие на регионите - Пловдив*

**Резюме:** Статията представя развитието в исторически план на системите за финансиране на здравеопазването и сравнителен анализ на световния опит в източниците и моделите на финансиране на сектора. Направени са изводи относно ефективността на различните здравни системи и факторите, от които се определя тя, с акцент на здравната политика и управлението с цел гарантиране на безопасност, сигурност и удовлетвореност на пациентите.

**Ключови думи:** здравеопазване, финансиране, модели, източници.

## ИСТОРИЧЕСКИ ПРЕГЛЕД

В най-ранната си история финансирането на здравеопазването става чрез директни плащания от пациентите. Здравното осигуряване исторически се развива като начин за разрешаване проблемите за запазване доходите в случай на заболяване и много по-късно - за осигуряване получаването на здравни грижи, приемливи по стандарт. Схемата е развита в началото на XIX век и е обхващала по-добре квалифицираните работници и немного бедните фермери. Тези групи работещи са били с ниски доходи, не са имали възможност да заплащат на частните лекари за здравни услуги (в случай на заболяване) и не са използвали болничните услуги (обществени или частни), които са приемали пациентите на тези лекари. Същността на стартиращото здравно осигуряване е в заплащането на седмична или месечна вноска за осигуряване, когато си в добро здравно състояние (съпроводена със съучастието на работодателя в някои страни), за да имаш правото на здравна услуга, когато си болен, осигурена от приемлив (финансово и като качество) изпълнител тази услуга на база на специално договорени ниски цени, които осигурителят може да договори, превръщайки се в голям купувач на здравни услуги от името на своите членове. Споделянето на риска (солидарността) прави възможно получаването на тази здравна услуга. Някои фондове са създадени от работодателите, но повечето са образувани от групи работещи, като и едните, и другите са основани на базата на местожителството. Солидарността позволява покриването на големи групи, което дава възможност за включване на вече болни индивиди, които иначе биха били отхвърлени като членове на тези фондове.

Задължителното здравно осигуряване е създадено в Германия през 1883 г. То има предимство поради факта, че работодателите вече са задължени да участват в него, което позволява и на групи от хора с ниски доходи да бъдат включени в системата. Постепенното му разширяване позволява в схемата на осигуряване да бъдат включени и семействата на работещите. Разпределянето на риска е идеология на развитието на социалната сигурност – индивидите плащат на база своите доходи и осигуряват своите и на членовете на семействата си здравни потребности, независимо от риска или броя на членовете в семейството.

След развитието на социалната схема на осигуряване пред здравната политика се изправя проблемът за разширяване на правото на здравни грижи и покритието със здравно осигуряване на самонаетите (работещите самостоятелно занаятчии, свободни професии, фермери), повечето от които имат много ниски доходи, както и на безработните. Едно от възможните решения е субсидирането на обществените болници, както е било в Швеция. Друга възможност е да се изведат болниците от осигурителната схема и да оставят болничните услуги на доброволни организации, както е било във Великобритания. Трети вариант е било да се накарат други фондове кръстосано да субсидират хората с ниски доходи (например субсидиране на здравноосигурителните схеми от пенсионните фондове). Четвърто решение е било да се субсидират всички задължителни здравноосигурителни фондове с обществени средства или фондовете, които осигуряват тези групи лица.

Краен стадий на развитие на здравното осигуряване е осигуряване на достъп до здравни услуги на всички, които имат определени здравни потребности. Великобритания създава прецедент през 1948 г., когато държавата поема всички фондове и осигурява гражданите си на базата на плащаните от тях данъци и такси. Швеция и Япония я последват през 1960 г., Канада - през 1970 г., Италия, Португалия, Испания и Южна Корея - през 1980 г., Тайван - през 1994 г., като обхващат всички или големи групи от гражданите си в задължителни осигурителни схеми<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Съботинова, Д. Теория и практика на здравното осигуряване. Бургас 2012, БСУ, с. 127.

## ИЗТОЧНИЦИ И МОДЕЛИ НА ФИНАНСИРАНЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Структурата на здравната система се засяга пряко от степента на централизация. Децентрализацията води до ограничаване на бюрокрацията, има възможност за по-голяма гъвкавост и бързина на реакция, добро познаване на местните условия и потребности, висока продуктивност и възможност за внедряване на нови технологии. Съвременните здравни системи се основават на принципите за либерализъм, децентрализация и регионализация, а правителствата носят отговорност за здравето на всички свои граждани.

*Източниците на финансиране* в сектор „Здравеопазване“ основно са: директни/кешови плащания; дарения (благотворителност); бюджетни плащания; здравноосигурителни фондове и външно финансиране (хуманитарни помощи, неправителствени организации и други).

*Методите за финансиране* като цяло определят дейността и структурата на здравната системата, както и механизмите за контрол на разходите. Те биват<sup>2</sup>:

- *Директни плащания от пациентите.* Наблюдават се в различна степен при всички здравни системи. Обикновено цената се определя от предоставящия медицинска помощ и тя е обект на договориране;

- *Директно реимбурсиране.* Тук се наблюдава последващо изплащане или възстановяване на разходите за медицински услуги и лекарства (пълно или частично). Има частен и обществен вариант. При частния се събират застрахователни премии за начислен застрахователен риск от частните осигурители, директно се заплаща за извършената дейност на здравните специалисти. При обществения има задължителност на здравното покритие от обществената система или специализирани осигурителни компании, контрол върху селектирането, субсидиране на застрахователните премии за населението с ниски доходи и липса на конкуренция между осигурителите.

- *Договорни модели (частни и обществени).* Базиран са на договорни споразумения между избрани от пациента осигурителни компании и различни здравни заведения. Липсва директно заплащане в момента на оказване на услугата. Частният вариант има свобода на избор на потребителя, регулирано заплащане на услугите и възможност за постигане на икономическа ефективност. При обществения се залага на задължително обществено осигуряване или задължително данъчно облагане.

- *Интегрирани модели (частни и обществени).* Осигурителите директно предоставят здравни услуги чрез собствени или управлявани от тях здравни заведения. При частните потребителят избира пакет услуги и осигурителна компания. Обществените са основани на задължително социално осигуряване.

Според участието на държавата и пазара в основните модели на националната икономика съществуват<sup>3</sup>:

- *Социален модел* – водещо участие има държавата. Преразпределят се доходи и богатство, като се защитават интересите на малоимотните слоеве на обществото;

- *Либерален модел* – водещо участие има пазарът. Стимулира се пазарът и процесите на натрупване на доходи и богатство.

- Наблюдават се и *смесени модели* - социално-либерални и либерално-социални. Понастоящем смесените модели са с най-широко приложение.

---

<sup>2</sup> Докова, С., Николов, Г. Държавни политики и стратегии в здравеопазването. София, 2013 г. Авангард прима, с. 57-58.

<sup>3</sup> Гладилев, Ст., Делчева, Евг. Икономика на здравеопазването. София, 2009 г., Princeps, с. 319-320.

## СВЕТОВЕН ОПИТ

Модели на финансиране:  
-чрез данъчно облагане<sup>4</sup>:

Великобритания – здравеопазването се финансира в най-голяма степен от събраните данъци. Прилага се система на диагностично свързани групи за оценка на необходимите ресурси за лечение на определени заболявания. Сключват се договори между Националната здравна служба и изпълнителите на медицинска помощ. Има възможност и за допълнително частно здравно осигуряване. Монополът на Националната здравна служба пречи за стимулиране предоставянето на по-висококачествени грижи за пациентите.

Ирландия – разполага с публично финансирана система, комбинирана с елементи на здравно застраховане. Лицата с годишен доход до определен финансов праг ползват основни и допълнителни медицински услуги. Лицата с годишен доход над определен праг имат право само на основни медицински грижи от публично финансираната здравна система. Те заплащат и такси за потребление на здравните услуги. Повечето от тези лица имат и частни медицински застраховки.

Дания - основните функции по финансиране на здравеопазването са отговорност на местната власт с допълнение държавна субсидия. Достъпът до здравни грижи е равнопоставен. Цялото население е обхванато в задължително здравно осигуряване, което покрива основните здравни услуги. Има и частни здравни застраховки.

Швеция - здравноосигурителната система се финансира изцяло от местни данъци. Основен проблем на системата са сроковете за изчакване за планова хоспитализация.

Италия - държавата определя универсален пакет услуги, който регионите следва да предоставят на местно ниво. Достъпът до здравни услуги е универсален и автоматичен. Структурата на местните здравни системи се определя от региона.

Испания - подобна на италианската здравна система. Централният бюджет преразпределя субсидия към регионалните структури на база на формула, включваща изолираност на региона, стандарт на глава от населението, структура на населението и др.

Португалия - системата се финансира главно от данъци, за да обезпечи универсално осигуряване на населението. Държавните служители и военните участват в допълнителни специални системи.

Норвегия - здравната система е данъчно финансирана - основно чрез национални и в по-малката си част местни данъци. Здравните услуги се организират, управляват и предоставят на местно ниво от общините.

Финландия - системата се финансира от държавата чрез общински и държавни данъчни постъпления. На ход е децентрализация с цел намаляване на „институционализираното“ здравеопазване. Търсят се механизми за въвеждане на пазарни елементи и конкуренция между изпълнителите на здравни услуги.

-чрез система за социално здравно осигуряване:

Франция - универсална здравна система със задължително здравно осигуряване за всички граждани на база доходите. Допълнителното здравно застраховане покрива доплащането на пациентите на разходи за лечение над реимбурсираните средства от социален здравен фонд. Изборът за допълнителна здравна застраховка се осъществява в повечето случаи от работодателите чрез колективен договор и поема допълнителното застраховане на служителите. Френското правителство субсидира допълнителна здравна застраховка на най-бедните граждани. Недостатък на допълнителното здравно застраховане е увеличаването на здравните разходи в държавата.

---

<sup>4</sup> Веков, Т. Здравноосигурителни системи. София, 2011 г., изд. Бълг. кардиологичен институт, с. 29-49.

Германия - здравното осигуряване е задължително за всички. Частното здравно застраховане е от заместващ тип, т.е. гражданите с доходи над определено равнище имат право да избират дали да ползват здравни застраховки. Разходите за здравни застрахователни премии до определена сума не се включват в облагаемата стойност на доходите. Обикновено застрахованите пациенти заплащат директно на доставчика на здравни услуги, след което разходите се възстановяват от застрахователния фонд - това представлява механизма за контрол на здравните разходи от страна на пациента.

Австрия - системата за социално осигуряване се базира на принципа на всеобщо задължително осигуряване. Децентрализирана е и има множество здравноосигурителни каси. Лицата имат право на допълнително частно здравно осигуряване.

Белгия - системата е изградена на основа задължително осигуряване на цялото население. Наблюдава се свръхпредлагане на здравни услуги. Държавата, освен че финансира системата, осъществява и регулацията чрез няколко министерства.

Холандия - всеки индивид е длъжен да закупи стандартен здравен пакет. Системата за доброволно частно осигуряване е на база доход над определен праг. Ако на лице е отказана доброволна осигуровка от частен фонд, то има право на стандартна осигуровка по закон. Намесата на правителството гарантира социална солидарност за качествени здравни грижи.

Гърция - има задължително социално осигуряване, финансирано от бюджета и от подоходни вноски в здравни фондове.

Люксембург - по-голяма част от населението се осигурява въз основа на задължително здравно осигуряване. Някои трудови групи се осигуряват в специални трудови фондове.

Държавите от Източна Европа се реформират, като от 28 държави в региона 22 държави въвеждат система за социално здравно осигуряване, но Казахстан се отказва от нея. Масово здравноосигурителните системи са с един национален фонд (Хърватия, България, Унгария, Естония, Полша, Литва, Латвия, Словения), с изключение на Словакия и Чехия (ползват конкурентни фондове)<sup>5</sup>.

*-чрез система на здравно застраховане:*

Швейцария - всеки гражданин е задължен по закон да има застраховка за основен пакет здравни услуги. Има пълна свобода за избор на застрахователен фонд и лечебно заведение. Съществува и допълнителна доброволна застраховка, която включва по-добри условия за лечение.

САЩ - здравеопазването е регулирано на принципите на застраховането срещу възникване на здравен риск, въпреки че през последните години са създадени програми за защита на групи пациенти поради относително слабо покритие на здравно-застрахователната система. САЩ е единствената индустриална държава в света без пълно покритие на населението със здравна застраховка<sup>6</sup>. Моделът е комбинация от публично и частно финансиране на здравния сектор като не е изграден на принципа на солидарността. Голяма част от американците имат частна здравна застраховка, която се поема от работодателите срещу данъчни облекчения. Съществуват и национални програми за здравно застраховане, базирани на обществени средства.

*-чрез система на лични здравни сметки:*

Сингапур - системата за финансиране на здравните разходи в Сингапур е комбинация от лична отговорност за здравето на осигурените лица и държавна подкрепа (под формата на държавни субсидии) за нискодоходните групи от населението, за които

---

<sup>5</sup> Веков, Т. Здравноосигурителни системи. София, 2011 г., изд. Бълг. кардиологичен институт, с. 78.

<sup>6</sup> Доклад на Институт за пазарна икономика „Модели за финансиране на здравеопазването. Възможности за България“, София, XII.2018 г., с. 19.

тези разходи са твърде високи. Освен задължение за здравно осигуряване, пациентите са задължени да доплащат и част от медицинските разходи над определена сума, като това задължение се поема от държавата за групите в неравностойно положение. Всеки гражданин е задължен да се осигурява за основния пакет здравни услуги чрез личната си сметка. Натрупаните средства по нея на здравноосигуреното лице могат да бъдат използвани както от него, така и от членове на семейството му за покриване на разходи, свързани с хоспитализации, амбулаторна хирургия и някои извънболнични разходи, както и за разходи за здравно застраховане. Вноските в личните сметки и разходите от тях са освободени от данъци, а върху тях се начисляват лихви.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Различните здравни системи са различно ефективни и това зависи не само от размера на ресурсите, които една държава заделя за здраве на собственото си население, а и от целенасочена и социално приемлива здравна политика, от ефективния мениджмънт на здравната система, гарантиращ осигуряване на безопасност, сигурност и удовлетвореност за пациентите. Здравните системи по света са в постоянно състояние на реформа. Целта на реформите, залегнали в различните здравноосигурителни системи, е децентрализация и засилване на конкуренцията в здравния сектор.

На база на прегледа на най-добрите практики от ЕС и света може да се направи заключението, че качеството на здравните услуги и удовлетвореността от тях са правопрпорционално свързани с наличието на конкуренция в сектора и възможността здравноосигуреното лице да избере своето застрахователно дружество и доставчик на медицински стоки и услуги. Съществуват различни класации на здравните системи по света, които могат да се използват за преценка на тяхното качество в сравнителен план. В почти всички класации мястото на България е ниско, като слабото представяне се свързва повече с ниско качество на здравните услуги и слаби здравни резултати, отколкото с модела на финансиране на здравната система.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Веков, Т. Здравноосигурителни системи. София, 2011 г., изд. Български кардиологичен институт.
2. Гладилов, Ст., Делчева, Евг. Икономика на здравеопазването. София, 2009 г., Princeps.
3. Доклад на Институт за пазарна икономика „Модели за финансиране на здравеопазването. Възможности за България“, София, XII.2018 г.
4. Докова, С., Николов, Г. Държавни политики и стратегии в здравеопазването. София, 2013 г. Авангард прима.
5. Съботинова, Д. Теория и практика на здравното осигуряване. Бургас 2012, БСУ.