

Алтернативни методи и подходи за финансиране на здравеопазването

Данаил Врачовски и Калина Кънчева

Резюме: Здравеопазването е един от възловите отрасли на социалната сфера в условията на пазарно стопанство. В него се извършват редица промени генерирани от динамиката на икономическата среда в България.

Като публична дейност то е насочено към човека, към неговото физическо, психическо и социално здраве. Здравната система непрекъснато се икономизира. В настоящата статия е направен общ прочит на някои алтернативни подходи за финансирането на социалните дейности като: болничния реинжинеринг (*re-engineering*); диагностично свързаните групи, както и на солидарните системи за социална защита.

Ключови думи и изрази: социална работа, здравеопазване, кейс-микс подход, реинжинеринг, диагностично свързани групи, социално подпомагане, здравно осигуряване

Alternative methods and approaches for funding healthcare as social activity

Danail Vrachkovski and Kalina Kancheva

Abstract: Healthcare is one of the major sectors of social sphere in the conditions of market economy. A number of changes are being performed in that sector, due to the dynamics of economic environment in Bulgaria.

As a public activity it is directed to man, his/her physical, psychic and social well-being. The healthcare system is incessantly upgraded to economy. This article is a general review of some alternative approaches to fund the social activities, as: hospital re-engineering; diagnostically related groups as well the solidarity systems for social protection.

Key words and expressions: social work, healthcare, case-mix approach, re-engineering, health insurance.

Въведение

Многофакторната обусловеност на здравето обективно се отразява и върху схващанията за съдържанието на здравеопазването като социална работа.

В съвременното определение на Световната здравна организация (1999) общественото здравеопазване представлява система, чиято дейност е насочена към предпазване от болести, удължаване на живота, а също и към опазване, укрепване и подобряване на здравето и благополучието чрез мобилизиране на

обществото. Тази дейност е насочена към здравето на хората в различни условия и през целия жизнен цикъл; към факторите на здравето, свързани с екологичните, социалните и икономическите условия; към осигуряване на ефективна здравна помощ.

Необходимостта от здравна реформа в България е категорична и безусловна. Тази необходимост е продиктувана от влошеното здравно състояние на нацията и от недостатъците на здравната система – съществуващата неефективност на здравеопазването, която се дължи на нарушени съществени баланси, както и потребността от усвояване на общоевропейския здравен модел като условие за равноправно участие в европейското семейство на нациите. Главната причина е липсата на ясно виждане за необходимостта от радикална реформа в здравеопазването.

Целта на социалната и здравната реформа е преустановяване възпроизвеждането на съществуващата система. По различни причини това не може да се осъществи досега.

Нарушени са почти всички вътрешни и външни баланси на системата, като се дава значително предимство на лечебните пред превантивните дейности; между болничната и извънболничната и специализираната помощ. Пренебрегнат беше балансът между потребности и ресурси – увеличаване броя на болничните легла, увеличаване на персонала предимно в болничната мрежа; здравеопазването беше ориентирано главно към „предлагане“ и неефективно използване на ресурсите; задължителен административен вместо свободен избор.

Парадоксите произтичат от въведения държавен монополизъм в здравеопазването – строго административно вместо пазарно регулиране и игнориране на частния сектор. Съществуването на система, ориентирана към „предлагане“, а не към „търсене“ на здравни услуги, в резултат на което ресурсите се разпиляват крайно неефективно, което води до незадоволени потребности на гражданите. Произвежданите дейности не бяха достатъчно финансирани, при което интересите на производителя остават незадоволени, а

това се отразява и върху интересите на потребителя на здравни услуги. В резултат на всичко това силно намалява както макроикономическата, така и микроикономическата ефективност на системата.

Третата причина, която поражда необходимостта от реформа на българското здравеопазване, е потребността от усвояване на правилата и стандартите в областта на здравеопазването, приети от западноевропейските страни.

Липсата на система за качество и управление в болничната дейност все още не е предмет на сериозни организационни решения. Безспорно това се дължи на системата за финансиране и управление на болничната дейност.

Големите диспропорции във финансовата сфера на болничната дейност, неизползваните възможности и капацитет на болничната система, предизвикващи излишни разходи, както и незадоволителното качество на болничната помощ са причина за въвеждане на подхода на акредитация на болниците.

Здравната реформа у нас следва да се осъществява успоредно с реформи в редица други области (икономика, отбрана, вътрешна сигурност, образование, култура, социална политика).

Могат да се определят следните фокуси на промяната:

- **Реформа във финансирането на системата на здравеопазването** – преминаване от финансиране на структури към финансиране на дейност, на резултати, на здравен продукт, т.е. ориентация към пациента, прилагане на диагностично свързани групи (ДСГ).

- **Реформа в заплащането на медицинската помощ.**

- **Информационно осигуряване на процесите в здравеопазването** – статистическа обработка, анализ и използване за целите на управлението.

- **Реформа в структурата на здравната система.**

- ✓ реструктуриране на собствеността;

- ✓ реструктуриране на първичната, специализираната, извънболничната и болничната медицинска помощ;

- ✓ реструктуриране на териториалното покритие със здравни заведения;
- ✓ реструктуриране на здравните заведения;
- ✓ реструктуриране на персонала, работещ в сферата на здравеопазването.

- **Реформа в правния статус на институциите и в управлението на ресурсите в здравната система.**

Необходимо е създаване на система с такива параметри, структура, отношения и функции, която да отговаря на потребностите на обществото и новите социални и икономически условия. Тук особено значение има реинжинеринговият подход.

Приложение на болничния реинжинеринг при финансирането на здравеопазването

Реинженерингът се появи в областта на мениджмънта в последните години. В този подход са заложили съвременни механизми, свързани с информационното обслужване, проектирането, финансирането и интеграцията между икономическите и социалните системи. Здравната система като част от социалната система на обществото успешно може да прилага реинженеринга посредством кейс-микс подхода, бенчмаркинга и диагностично свързаните групи. Тези подходи не са нови за здравните системи. В развитите европейски страни те се прилагат още в края на миналия век. За съжаление в нашата страна твърде плахо за тях се заговори едва напоследък.

Прилагането на реинженеринга радикално преосмисля организацията, управлението и финансирането на здравеопазването. Той се явява съвременната парадигма и синоним на „ефективен и разумен мениджмънт“.

В съответствие с развитието на здравните отношения в условията на либерализация на социално-икономическия живот здравният реинженеринг е творческо осмисляне и усвояване на здравния пазар, въвеждане на иновациите, промяна във финансирането на здравната система, балансиране на здравните потребности и интереси за ефективно управление на системата.

Необходимите условия за реформиране на здравеопазването в тази насока са:

1. Въвеждане на системния, интегралния и социалния подход при ресурсното осигуряване и финансирането на здравеопазването.

2. Управленските процеси в здравеопазването да се конкретизират съобразно медицинската, социалната и икономическата ефективност на системата. Разработване на общовалидни технологии и практически системи за реакция при една или друга здравна ситуация както за отделните пациенти, така и за системата като цяло.

3. Целесъобразно, хармонично и разумно управление на медицинската работна сила и финансовите ресурси като средство и подход за извличане на здравни ползи при решаването на актуалните и значими проблеми на здравеопазването.

4. Състоянието на здравеопазването да се разглежда като форма на цивилизованост със следните основни признаци: ниска заболеваемост, профилактична насоченост, висока ефективност на медицинската помощ, висок морал и субективна удовлетвореност, краен положителен резултат.

През призмата на здравната система реинженеринговите подходи намират обективно проявление посредством кейс-микс подхода. Той се явява като ново направление в здравния мениджмънт.

Прилагането на кейс-микс подхода в теоретико-практичен аспект изисква:

1. Определяне на клиничното значение на подхода посредством оптималния брой класове. Това изисква да се опише цялостно клиничната дейност, включваща всички основни направления на извънболничната, болничната и профилактичната дейности. Броят на определените болнични класове трябва да бъде балансиран между ресурси и възможности, така че приложението на подхода да е ясно и евтино приложение.

2. Задължително определяне на диагностичните категории, така че да се получи взаимно изключване между тях. Тук особена роля изпълнява ресурсната интензивност във всяка категория. В противен случай трудно може да се установи

връзката между кейс-микса на здравното заведение и финансовите ресурси, които категориите изразходват. Необходимо е да се постигне сходна ресурсна обезпеченост за всички пациенти.

3. Прилагането на кейс-микс подхода в системата на здравеопазването предполага значителна информация. Тя обхваща предимно финансирането. Основните информационни потоци са следните:

- Информация за формирането, управлението и разпределението на бюджета на здравните заведения.
- Основните връзки и взаимни зависимости между потоците на лекуваните пациенти и финансовите ресурси на болничните структури. Осигуряване на информация за степента на хоспитализация, повторните хоспитализации, честотата, тежестта и средната продължителност на здравните рискове.
- Използването на междинния и резултативен подход при определянето на болничните микс-услуги посредством изучаването на пациентите, състоянието на вече изписаните болни, показателите за общественото здраве и демографското развитие.

Л. Иванов определя кейс-микса като „...научен подход за класифициране на епизодите от грижи за пациентите и разработването на стратегии за използване на тези класификации за мениджмънт на здравните грижи“ (Иванов, Л., 1997).

Според Д. Илиев „...кейс-микс подходът е аналитичен инструмент, който дава възможност да се сравняват болници по отношение на големината и вида на техния продукт и размера на ресурсите, потребени от тях при производството на този продукт“.

Съвкупността от видовете лекувани случаи (хоспитализираните пациенти), класифицирани в категории, представлява кейс-микс на болницата. Той показва необходимостта от ресурси на болницата според лекуваните пациенти и е начин за измерване колко „болни“ са пациентите на дадена болница.

Същността на подхода го определя като система за отчет на медицинския продукт на болницата, приведен в стандартизирани единици и ресурсната

консумация при производството му. Като краен резултат се получава списък с болници, подредени с техния кейс-микс индекс (КМИ).

По-високата стойност на КМИ показва наличието на по-тежки случаи на лечение в здравното заведение. Отчитането на видовете болнични случаи дава възможност за анализиране на разходната ефективност на здравната структура (без влияние на диагностичния състав на болните). Показател за тази ефективност е базисната стойност на здравната структура, т.е. средният разход на стандартен болничен случай.

Когато всички болници отчитат работата си по тази система, се създава национален кейс-микс индекс, който винаги е равен на единица. По скалата под и над тази единица се подреждат болниците в страната. Това подреждане отразява ресурсната консумация и е много добър инструмент за планиране и разпределение на болничните бюджети в национален мащаб. Въз основа на КМИ и болничната базисна стойност се определя специфичният бюджет на лечебното заведение.

Кейс-микс инструментариумът се прилага не само като система за разпределение на болничните бюджети, но и като система за оценка на болничния продукт, за взимане на управленски решения и за оценка и контрол на качеството. В резултат на това, специфичните разходи в болничния сектор ще се контролират по-добре, тяхното нарастване ще е управляемо, ще се работи в условията на „система на финансиране със затворен край“.

Ефектите от този инструментариум могат да бъдат обобщени така:

- Наличието на информация за продуктите на всяко болнично отделение – т.нар. вътрешен кейс-микс индекс позволява да се вземат управленски решения за подобряване на дейността на всяко отделение.

- Наличието на информация за продуктите на всички болници – т.нар. национален кейс-микс индекс позволява да се оцени ефективността им, да се вземат здравнополитически решения за развитието на системата за болничната помощ.

- Прилагането на кейс-микс корективите в болничната система.

Кейс-микс подходът ще позволи да се запази динамиката в развитието на болничните системи в условията на икономическа рецесия и „затворени, лимитирани“ бюджети. Чрез създаване на регулиран пазар и конкуренция стимулите и посланието към болниците сега са: повече дейност при по-ниски разходи, добро качество – повече приходи. Рискът от лошо управление на болниците сега вече е за сметка на самите болници, а не на данъкоплатците. Ефектът в макроикономически план е спиране на специфичната инфлация в здравеопазването и по-добър контрол на разходите. Тези процеси трябваше да бъдат овладени и да се намерят онези инструменти, които да забавят ръста на ресурсното потребление в здравеопазването, без от това да пострадат качеството и обема на оказваните услуги.

Диагностично свързаните групи като кейс-микс класификация

Една от най-често използваните кейс-микс класификации е диагностично свързани групи. Икономическото значение на ДСГ може да се дефинира като подход за организация и управление на финансирането в здравеопазването. В сегашната ситуация, при която здравните заведения са регламентирани като търговски дружества, в тях постъпват финансови, трудови и материални активи, които последствие се трансформират и профилират в различни видове медицински услуги.

Предоставяните медицински услуги не са еднородни, а твърде разнообразни. Това предполага мултипродуктова организация и оценка на здравните разходи.

В методологичен аспект приложението на ДСГ може да използва общоприети и познати методи от фирменото управление, адаптирани към здравната система. Те са следните:

1. Анализ, оценка и определяне на здравните продукти и услуги в дадена здравна структура.
2. Дефиниране и класификация на кейс-микс услугите и конкретно разпределение на ресурсите за тяхната реализация.

3. Приложение на маркетинговите подходи и тяхното адаптиране към „микс-услуга“.

4. Разработване на теоретико-практическа методология за оценка и измерване на ДСГ. Тя е необходимо да включва: цел; възможности; очаквано развитие в краткосрочни и стратегически аспекти; алгоритъм за приложение.

ДСГ е система, която позволява измерването и оценката на болничната дейност. Предоставянето на болничната „продукция“ по този начин прави възможно прилагането на техниките на индустриалния мениджмънт, включващи гъвкаво бюджетиране и контрол на разходите и качеството.

Системата на диагностично свързаните групи е създадена в САЩ. След Втората световна война болничната помощ там преживява „бум“ и започва бързо да се развива. Успоредно с увеличаването на броя на болниците се наблюдава и непрестанно нарастване на цените на медицинските услуги, които се оказват на населението. Нарастването на тези цени значително изпреварва равнището на общата инфлация в страната. През 1967 г. Федералната здравноосигурителна програма „Медикеър“ се оказва в ситуацията да не може да продължи да плаща тези цени. „Медикеър“ е програма, създадена, за да заплаща медицинските услуги, оказвани в болниците, на всички американски граждани над 65-годишна възраст. По решение на Конгреса програмата замразява цените на нивото им през тази година. Тази стъпка поражда значително напрежение в болниците и в системата на здравеопазването в САЩ като цяло. Започва успешно да се търси изход от ситуацията и технология на заплащане, която да позволи да задържи нарастването на цените, без да намали обема и качеството на оказваните услуги.

Решението идва от проф. Робърт Фетър и колеги от Йейлския университет, които предлагат подхода на диагностично свързаните групи за измерване и финансиране на болничните продукти.

Каква е същността на този подход? Всички случаи, преминали през болничното лечение, се групират в краен брой групи – 495, които са близки по медицинска характеристика и потребностите им от лечение са сходни. Това, от друга страна, означава, че се потребяват и подобни ресурси. Затова се наричат

още и изоресурсни групи. Този метод се прилага през годините и понастоящем е основен при договаряне и финансиране на болничните бюджети. Ключов аспект на договарянето е единица, върху която се базира договорът. Основната идея е, че системата на договаряне трябва да използва стимул за резултатно използване на ресурсите, защото тези фиксирани плащания варират по отношение на очакваните ресурсни нужди на пациентите. Това означава, че пациентите трябва да се класифицират към категории, които са сравними по отношение на очакваната използваемост на ресурсите. Диагностично свързаните групи са категории, които използват основната диагноза на пациента, придружаващите заболявания, основните оперативни процедури, възраст и статус при изписването, за да класифицират пациента към определена ДСГ категория. От друга страна, всяка ДСГ определя едно тегло (относителна стойност), което е средният разход на болничен случай в тази ДСГ, свързано със средния разход на всички болнични случаи. Така тегло 2,0 означава, че случаите в тази ДСГ средно струват два пъти повече от средния болничен случай. Средният болничен случай и неговата стойност (т.е. стойността на 1,0) е този, който ще бъде договорен като база за разплащане при договор между болницата и финансиращите органи. Първичната идея на ДСГ беше да свърже кейс-микса на болницата с необходимостта от ресурси и свързани разходи, извършени в болницата. Така ДСГ се насочиха изключително към интензивността на ресурсите. Следователно ако една болница има по-сложен състав на болните (кейс-микс) от гледна точка на ДСГ, това означава, че тази болница лекува пациенти, които изискват повече болнични ресурси, но това означава също, че болницата е лекувала пациенти с по-висока тежест на заболяването, по-голям риск за смъртност, по-сериозни трудности при лечението, по-лоши перспективи или по-голяма нужда от интервенция. Поради факта, че здравната индустрия се развива, нарастват изискванията ДСГ да се разширят към:

1. Сравнение на болницата по отношение измерването на ресурси и резултати в по-широк аспект.
2. Оценка на различията и степента на смъртност.

3. Улеснение продължаването на проекти за подобряване на качеството.
4. Подпомагане вътрешното управление и системите на планиране.
5. Планиране на средствата на база глава от населението.

За да се изпълнят тези изисквания и за да се отразят промените на заболяванията и лечението, ДСГ бяха разширени и подобрени по различни начини. Някои от тези подобрения имат отношение към педиатричните пациенти, а други към пациентите от всички възрасти. Бе въведена нова Главна диагностична категория за пациенти с множествена травма. Допълнително се промениха значително в категориите за трансплантация, продължително апаратно изкуствено дишане, кистична белодробна фиброза, разстройства в храненето, акушерска помощ с висок риск, остра левкемия, хемофилия и апластична анемия. Диагностично свързаните групи се актуализират през януари на всяка година от 1988 г. насам. Както бе отбелязано, договарянето, базирано на очаквания резултат, прехвърля риска от нарастване на цените от държавата към болницата. За да се отчете този факт, договорите могат да съдържат клаузи, които да намалят риска. Диагностично свързаните групи намаляват риска от по-високо заплащане (относително тегло на диагностично свързана група, умножено по договорената сума) за пациенти, които се очаква да изискват повече разходи за лечение, и по-ниско за тези, които са много скъпи по изключение, и напасващи плащания поради спецификата на болницата (например наличие на програми за обучение, местоположение, специализация).

Използването им е възможно за всяка страна, която в скалата на своите приоритети в здравеопазването постави на високо място потребността от увеличаване на количеството и качеството на здравните услуги, при задържане нарастването на разходите, което обикновено съпровожда този процес. Опитът на много страни показва, че това е така.

Очакванията от въвеждането на ДСГ като система за проспективно заплащане или финансиране са свързани с повишаване на техническата ефективност на болниците, а освен това и със съдържане на общите разходи за болнични грижи. Когато финансирането се базира на предварително определени

средни разходи за всяка ДСГ, естествено е болниците с по-високи разходи да намаляват своята издръжка. При запазване равнището на качеството на обслужването това намаление на разходите ще доведе до по-висока техническа ефективност чрез разходи на един болен или същото ниво на медицинския продукт ще се произведе при по-ниски разходи. Очаква се още новата система да понижава и общите болнични разходи чрез скъсяване на болничния престой (Андреева, 1999).

Подходът за измерване и финансиране на болничната дейност – ДСГ – се базира на крайния продукт на болницата. Това е съвкупността от стоки и услуги, предоставяни на пациент с конкретно заболяване. Универсална форма на съпоставимост на ДСГ е и тяхното относително тегло.

Относителното тегло е мярка, която отразява очаквания разход за даден болничен случай по отношение на разхода за среден болничен случай. Разработването на относителни тегла зависи от информацията за разходите, с които разполагаме. За конкретната икономическа ситуация в България се счита, че е най-добре да се използват данни за разходите на ниво „пациент“.

Освен относителното тегло за нуждите на метода ДСГ е необходимо да се определи и средната продължителност на престоя, която представлява националния среден болничен престой за определена ДСГ (пак там).

Тук важното е да се установят отклоненията от средната продължителност на престоя – случаи, които се характеризират с изключително дълъг или изключително къс болничен престой. В терминологията здравният мениджмънт ги обозначава като „outlier“, а стандартните случаи като „inlier“. Определението на „outlier“ дава възможност да се намалят отрицателните ефекти. Чрез тях се осигурява финансова защита на болничното заведение, тъй като в някои болници се получават особено тежки случаи и болничният престой е значителен. Ако тези болници бъдат финансирани на базата на средните стойности на ДСГ, те ще бъдат значително оцетени.

Сравнимостта на нестандартните болнични случаи се осъществява чрез използване на концепцията за еквивалентните (приравнените) случаи.

Еквивалентният случай показва колко пъти даден стандартен случай „outlier“ се отличава от консумацията на ресурси спрямо стандартния за дадена ДСГ случай „inlier“.

В съвременните социално-икономически условия е задължително да се има предвид макроикономическата среда за въвеждането на ДСГ. Основните направления за тяхната организационно-управленска организация могат да бъдат:

1. Приложение на ДСГ при бюджетирането на здравните заведения. Изгражда се система от измерители като: относително тегло; еквивалентен случай; базисна стойност; кейс-микс индекс; целеви разходи.

2. ДСГ могат да се прилагат като инструмент на здравния мениджмънт при контрол на разходите и планиране на обслужваното население.

3. За отделните здравни заведения ДСГ са надежден икономически механизъм за регулиране на заплащането на труда, разпределението на ресурсите, възможност за реструктуриране на здравните заведения.

Адаптивни възможности на солидарните системи за здравно и социално осигуряване

Индустриалната революция от втората половина на XIX век провокира един нов прочит на индустриалните отношения в Западна Европа, рефлектиращи непосредствено върху политиките по запазване и укрепване на социалния мир, както и върху предефинирането на социалната сигурност в обществото като цяло. В контекста на тези бурни социално-икономически събития назрява нуждата от радикално реформиране на ролята на държавата и на осъзнаването ѝ като ключов фактор, играещ ролята на „арбитър“ между интересите на бързоразслояващото се общество.

Управленската воля за подобен род реформа, в условията на силно консервативна политическа среда, е сериозно изпитание и естествено е съпроводена от сериозна съпротива и/или обществена опозиция. От друга страна, погледнато през призмата на нашето съвремие, неоспорим факт е, че основният

фактор, способстващ за подобряването на жизнения стандарт на населението на всяка страна, е поддържането на достъпно здравеопазване (Sigerist, 2003). Тук трябва да се отбележи значимостта на пионерния подход в политиката на осигуряването, както и значението на политическата решителност в изграждането на цялостна система, по-късно превърнала се в емблематичен пример за управленска далновидност, както и в една от основните колони на бъдещите „социални държави“.

Настоящото изследване е детайлно разглеждане на структурата, управлението, контрола, достъпа, договарянето и финансирането на здравноосигурителните системи в посочените страни. Той се обуславя от практическата реализация, постоянно осъществяващите се промени и специфичните особености на здравноосигурителната система (SHI – Social Health Insurance) във всяка страна.

Конкретния предмет на изследване е свързан с разкриване на положителните и отрицателните страни, характерни на всяка система (според авторите). Те могат да бъдат използвани като непосредствено предложение или ограничение за действия от специалистите, пряко ангажирани в здравните системи, а също и от заинтересованите към представената тематика.

Разгръщайки тясната дефиниция на SHI, следва да отбележим три основни направления, които обуславят фактичното функциониране на системите. Първо, SHI са относително с частно управление, що се отнася до финансирането и предоставянето на здравни услуги. Второ, от горепосочената концепция следва, че като относително частни SHI системите са саморегулиращи се и са подвластни на основните участници в тях – здравноосигурителните дружества (придобили нормативна регламентация в повечето страни като осигурители), лекарите (вкл. медицинския персонал) и представляваните от тях здравни заведения (общо популярни в отделните страни като изпълнители или доставчици на медицинска помощ) и, в по-малка степен, на пациентите, работодателите и спонсорите. Третото и основно направление на анализа, което следва логически от първите две, е че SHI са сравнително стабилни системи, в организационен и във финансов

план (за което свидетелства продължителността на тяхното приложение в страните от Западна Европа) (Sigerist, 2003).

Интересен момент в анализа на SHI системите допринасят Van der Zee и Kroneman (2007). Тяхното схващане е, че SHI системите се характеризират със специфично пряко данъчно финансиране, съвкупност главно от възнагражденията на заетите лица. Според тях SHI се дефинира най-точно като плуралистична система, с ограничено държавно участие и широко застъпено участие на доставчиците на здравни услуги, както и на здравноосигурителните дружества. Спорен момент в техните възгледи е, че SHI предоставят паралелен достъп едновременно до първичната и до специализираната болнична помощ без участието на т.нар. гейткийпъри (например общопрактикуващите лекари (ОПЛ) (Van der Zee, 2007).

Връщайки се на възгледите на Отто фон Бисмарк за нуждата от здравноосигурителните системи, като ключов елемент на социалния мир и стабилност, възниква логичният преход от дефиниция на чисто осигурителните характеристики на SHI системите към анализиране на тяхното социално-икономическо въздействие върху обществото. Тук трябва да се отбележи, че SHI са свързани неразривно с доходното облагане, така че да са редистрибутивни (переразпределителни) по своята природа, за да се постигне „солидарен ефект“. По този начин може да се каже, че основната цел на здравноосигурителните системи представлява управление на риска, възникващ от непредвидимостта на индивидуалните разходи, свързани с индивидуалния здравен статус в произволен бъдещ момент.

За да се разгледат задълбочено солидарният и редистрибутивният ефект в областта на здравеопазването, трябва първо да бъдат разгледани възможните алтернативни решения. Погледнато *ex post* (лечебните разходи са вече факт), през гледната точка на един пациент, той има възможността да вземе пари назаем, когато е болен, и да погаси задълженията си, когато е здрав. Спорно е обаче с колко време разполага пациентът като хоризонт за действие и дали то ще му бъде достатъчно да погаси заема, или дали здравословното му състояние ще

се подобри въобще, за да има тази възможност. От друга страна, погледнато *ex ante* (преди лечебните разходи да са факт), алтернатива е да се спестяват пари, с които да се погасяват лечебни разходи в бъдещ момент. Такава стъпка би изменила сериозно модела на личното потребление към чувствително свиване. В същото време тези спестявания не дават никаква гаранция, че бъдещите лечебни разходи ще бъдат напълно покрити поради факта, че разходите, асоциирани с различни заболявания, варират сериозно (Cutler, 1999). С презумпцията, че повечето хора са предпазливи към риска (*risk-averse*), нуждата от здравноосигурителна система изглежда едно оптимално решение. Това се дължи на факта, че чрез включването на значителен брой хора в една здравноосигурителна система се способства рискът да бъде разпределен, така че поведението на участниците да се измени от предпазливост към риск до риск неутралност (*risk-neutrality*).

Разпределението на риска се осъществява чрез финансово крос-субсидиране от здрави към болни, от високодоходни към нискодоходни участници, от млади в работоспособна възраст към възрастни и накрая от индивидуални участници към семейства (Saltman, 2004). По този начин фокусът се измества от индивидуалната оптимизация на пределната задоволеност към обществената, като се постига оптимално решение на т.нар. затворническа дилема (*Prisoner's Dilemma*). Също така солидарният ефект, постигнат чрез изравняването на риска, както и чрез редистрибутивните политики в системата, „балансира“ еднакво интересите на различните социални групи, укрепвайки социалния мир и сигурност.

Нужно е в същото време да се анализира взаимовръзката между SHI системите като отговор на основните цели на здравните политики – удължаване на продължителността на живота на населението, подобряване на здравното състояние на населението, ниска заболеваемост и превенция на общественозначими и заразни болести. Чрез по-голямата прозрачност на разходите се постига по-добра отчетност пред осигурените и до по-оптимално разпределение на ресурсите. Също така осигурените (както и другите страни по

внасянето на осигурителни вноски, например работодателите) имат сериозни мотиви да следят разходването на събраните средства от здравноосигурителни вноски. Този процес се улеснява значително, ако съществува прозрачно договаряне на здравните услуги (пак там).

Заклучение

След анализа на същността и нуждата от здравноосигурителни системи, както и взаимовръзката им с алтернативните методи за провежданите в отделните страни здравни политики, се стига до дефиниране на предпоставките за правилното и безпроблемно функциониране на социалните и здравните системи. Без такъв базисен политически и социално-икономически фундамент системите са обречени на публично отхвърляне и тяхната ефективност е ограничена. В съвременните условия е необходима диверсификация на социалната и здравната система посредством съвременни методи и механизми за подобряване на финансирането им.

Използвана литература:

- Андреева, А. Т. (1999). Финансиране на ДСГ. МЗ, НЗОК, София.
Иванов, Л. (1997). Кейс-микс. Ново направление в здравния мениджмънт. София.
Cutler, D. R. (1999). *The Anatomy of Health Insurance*. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
Saltman, R. B. (2004). *Social health insurance systems in Western Europe*. Open University Press.
Sigerist, H. (2003). Medical Care for All the People. – *American Journal of Public Health*, 93/1, pp 57–60.
Van Der Zee, J., M. Kroneman (2007). Bismarck or Beveridge: A beauty contest between dinosaurs. – *BMC Health Services Research*, 7/94, pp 1–11.

За авторите:

Данаил Врачовски е професор в сектор „Социални и фармацевтични грижи“
Медицински колеж на Медицински университет – Плевен
Контакти: dvrachovski@abv.bg

Калина Кънчева е асистент в сектор „Социални и фармацевтични грижи“
Медицински колеж на Медицински университет – Плевен
Контакти: kalinakk@abv.bg