

III национална конференция с международно участие „Застраховането и осигуряването

в България при условията на евроинтеграцията: предизвикателства пред продължаващата адаптация“

# ТЕОРЕТИЧНА ОСНОВА ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА ВНОСКА ПРИ ЗАДЪЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

ДОКТОРАНТ МИРОСЛАВА ХРИСТОВА -  
СА „Д. А. ЦЕНОВ“, СВИЩОВ

**З**дравноосигурителната вноска е елемент от системата за задължително здравно осигуряване. Поради това свързаните с нея проблеми възникват с въвеждането на задължително (за цялото население на дадена страна или на част от него) здравно осигуряване. Във връзка с тези проблеми ще обърнем внимание на три важни характеристики.

Задължителното здравно осигуряване е предназначено да предотврати риска от непоносими за осигурените лица парични разходи за медицинска помощ при евентуалното настъпване на потребност от медицинска помощ (заболяване, бременност, раждане). В този смисъл здравното осигуряване е част от системата за повишаване на социалната сигурност и качеството на живот на гражданите. В някои страни здравното осигуряване е организационно и административно свързано с останалите елементи на социалната сигурност (пенсионно осигуряване, обезщетение при загуба на работоспособност, социално подпомагане).

Едновременно с това задължителното здравно осигуряване, покривайки разходите за медицинска помощ на осигурените лица, представлява и част от финансовата система на държавата и финансирането на здравеопазването (заедно с финансирането и от други източници - държавен бюджет, доброволно здравно осигуряване, здравно застраховане, лични плащания, благотворителност). Доброто функциониране на задължителното здравно осигуряване има изключително голямо значение за стабилността на съответната здравна система.

На трето място задължителното здравно осигуряване се осъществява посредством здравноосигурителна организация (осигурител), която управлява здравноосигурителния процес. Същевината на този процес са плащанията за медицинска помощ, оказвана на нуждаещите се здравноосигурени лица от съответни изпълнители (извънболнична и болнична помощ). Тези плащания се извършват за сметка на паричен фонд, набран от здравноосигурителни вноски. Здравноосигурителните вноски се заплащат от осигурените лица самостоятелно или с евентуалното участие (в определена пропорция) на работодателите и чрез финансиране от държавния бюджет.

От този кратък преглед проличава ключовото значение на проблема за определяне на размера на здравноосигурителната вноска. Задължителното здравно осигуряване е важно за социалната сигурност на гражданите и има сериозно значение за финансирането на здравната система. Самият здравноосигурителен процес се базира на плащания от фонд, натрупван от здравноосигурителни вноски. Началото на процеса се поставя от заплащането на здравноосигурителната вноска.

Здравноосигурителният фонд трябва да разполага с достатъчни финансови ресурси. Тези ресурси се формират от здравноосигурителните вноски (независимо кой ги заплаща) при приблизително конс-



тантен брой задължително здравноосигурени лица. Средствата, събрани във фонда, ще зависят от размера на здравноосигурителните вноски. Логиката на здравноосигурителния процес при задължителното здравно осигуряване ни отвежда до въпроса за размера на здравноосигурителната вноска.

Размерът на здравната вноска за задължителното здравно осигуряване се регламентира по законодателен път и от 1999 г. до 2008 г. е 6% от осигурителния доход с някои изключения. Актуалният размер на здравноосигурителната вноска е определен по експертно-емпиричен път.

Възприетият подход за определяне размера на здравноосигурителната вноска не е надежден, тъй като чрез него се допускат в значителна степен субективизъм. Нарушава се доверието в самата здравноосигурителна система и се компрометира нейната ефективност. Това личи и от нестихващата у нас дискусия по финансирането на здравната система и недостига на финансови средства за здравеопазване.

Поначало размерът на здравноосигурителната вноска е функция от две променливи:

- Потребността от финансови средства за заплащане на потребената от здравноосигурените лица медицинска помощ.
- Възможността на осигуряващия субект (който заплаща осигурителната вноска) да отдели определена част от своя доход (финансови постъпления) за здравно осигуряване.

Поради това размерът на вноската при задължителното здравно осигуряване винаги е една компромисна и договорена величина.

Откритият досега въпрос е да се прилага такъв подход, който във възможната степен да обективира такъв размер на здравноосигурителната вноска, който да позволи набавянето в осигурителния фонд на необходимите средства и да не накърнява финансовата стабилност

на осигуряващия субект.

Изложеното в следващите страници изследване е посветено именно на стремежа да се намери един възможен вариант на отговор на този въпрос.

Обществата от дълго време показват особена загриженост за това как да бъдат финансирани здравните системи. Едно от предизвикателствата,

общо за всички социални системи, е да се постигне справедливост в разпределението на финансовата тежест, както и осигуряването на защита от риска от финансови загуби. За здравните системи тази цел е от специфична важност и е особено трудно тя да бъде постигната поради катастрофичната и непредвидима същност на разноските за здравеопазване. [Behranan 1995; Londono & Frenk 1997; World Health Organization 2000; Wagstaff a & Van Doorslaer E. 1998].

Изборът на сполучлив метод за финансиране и задоволяване с финансови средства на здравната система не е достатъчен, за да се гарантира достъпът на всички хора до медицински услуги, защото значението има и фактът справедливо ли се финансира системата. Колкото и средства да бъдат събрани, в даден момент може отново да се окаже, че голяма част от населението не може да си позволи медицинска помощ, тъй като, ако си позволи, ще бъде засегната финансовата му стабилност. Проблемът дали здравната система е справедливо финансирана има широка обществена значимост.

Това поражда необходимостта да се предложи методика за определяне размера на здравноосигурителната вноска така, че да могат да се наберат необходимите средства за здравната система, без това да доведе до финансова нестабилност на домакинствата. За да се формира адекватна система на споделяне на разходите, е необходимо да се разгледат справедливостта при финансирането, както и справедливостта при ползването на медицински услуги. Това е свързано с определяне на финансовата тежест на личните плащания като дял от дохода между различните социални групи.

Световната здравна организация (СЗО) създаде мярка, наречена индекс на справедлив финансов принос - fairness financial contribution index, или FFC към здравната система (Word Health Report 2000; Xu et al.). Този индекс може да бъде използван като средство за анализиране на промените във времето на резултатите от здравната реформа (Word Health Report 2000; Murray CJL & Frenk J 1999).

По показател „справедливост на

Разпределение на източниците за финансиране на здравните разходи за едно домакинство в България през 2004 г.

Финансов източник	сума в лв.	проценти
от държавен бюджет	256.68	32.8%
от бюджет на НЗОК	300.49	38.4%
от лични плащания от домакинствата	226.00	28.9%
<b>Общо</b>	<b>783.17</b>	<b>100.0%</b>

финансирането“ за 2000 г. България заема 170-о място, като заедно с Бразилия, Русия, Ямайка, Киргистан, Мексико, Непал, Никарагуа, Виетнам и Замбия е посочена от СЗО в Доклада за световното здраве 2000 като пример за държава, в която личните плащания (доплащания) в здравеопазването създават сериозен риск от обедняване на домакинствата.

Индексът се дефинира като критерий за измерване на дисперсията на общата (еднаква) финансовата тежест на домакинствата. Измерителят FFC (fairness financial contribution index) отговаря на критериите за обобщаващ индекс на разпределението на финансовите приноси на домакинствата. FFC е създаден като променлива величина със стойности от 0 до 1, като 1 означава идеалната справедливост, а 0 - максимална несправедливост.

$$FFC = 1 - \sqrt[3]{\frac{\sum_{i=1}^n |HFC_i - HFC_0|^3}{n}} = 0,976$$

Където:

*HFC<sub>i</sub>* е финансов принос на едно домакинство за здравеопазване  
*HFC<sub>0</sub>* е средният финансов принос на домакинствата за здравеопазване

Стойността на FFC за нашата страна за 2004 г. е 0,976, която е близо до 1, т.е. до идеалната стойност, и това е сравнително добро положение относно индекса. Въпреки че не е съвсем справедливо финансирана, здравната ни система за 2004 г. може да се нареди приблизително между 90-о и 100 място в подреждането на СЗО, докато за 2000 г. страната ни е била на 170-о място.

Критериите, които се използват, за да се определи размерът на здравната вноска, са:

- намаляване размера на личните плащания (доплащания) за здравеопазване;
  - справедлив финансов принос на домакинствата за здравеопазване.
- Тези два критерия заедно с формулата за индекса FFC позволяват да се определи размерът на здравната вноска по математически път и да се правят прогнози за всяка следваща година. Индексът позволява да се анализира степента

Таблица 1

	Размер на здравна вноска			Мярка
	6%	4,5%	8%	
FFC	0,979	0,978	0,981	
Неходими разходи от държавния бюджет	953	1172,5	661	млн. лв
Сума събрана от здравни вноски	878	658,5	1170	млн. лв
Лични плащания от домакинствата	457	457	457	млн. лв
Общо пари за здравеопазване	2 288	2 288	2 288	млн. лв
% от БВП за здравеопазване	6,02	6,02	6,02	%

на справедливо финансиране на здравната система в зависимост от финансовия принос т.е. от размера на здравната вноска, който се внася от здравноосигурените лица в осигурителния фонд.

При изчисленията са използвани

данни от НСИ и ННА за 2004 г. Общите разходи за здравеопазване представляват сбор от три компонента:

- разходите от държавния бюджет за здравеопазване;
- задължителните здравноосигурителни вноски от гражданите;
- личните плащания от домакинствата.

От държавния бюджет за 2004 г. са изразходвани средно по 256.68 лв. на домакинство за здравеопазване (общо 750 млн. лв.).

Общо сумата, събрана от здравни вноски в НЗОК за 2004 г., е 878 млн.лв. (по данни на ННА). Всички домакинства според НСИ за 2004 г. са 2 921 887. От бюджета на НЗОК за 2004 г. са изразходвани средно по 300.49 лв. за домакинство.

Личните плащания средно на домакинство за 2004 г. са в размер на 226 лв. (НСИ 2004), или общо 660 346 462 лв.

Средният разход на домакинство за здравеопазване в България за 2004 г. е 783,17 лв.

Общите разходи за здравеопазване за 2004 г. възлизат приблизително на 2.3 милиарда лева (точно - 2 288 334 241 лв.). Като процент от брутният вътрешен продукт разходите за здравеопазване в България са 6,02%.

Формулата, създадена от СЗО, е адаптирана към използваните данни, като е спазено условието тя да съдържа всички компоненти. Отчетен е фактът, че в нашата страна 6% здравна вноска се определя като процент от дохода преди облагането с данъци.

Системата за финансиране на здравеопазването е справедлива, когато няма или почти няма домакинства, които да отделият много голям или много по-малък дял от разходите си за здравеопазване.

В таблица 1 са показани резултатите от моделиране с цел изследване влиянието на размера на здравноосигурителната вноска върху FFC при следните условия:

- разходите за лични плащания от домакинствата за здравеопазване се фиксират на 20% от общите разходи за здравеопазване;
- общите разходи за здравеопазване се запазват по размер;
- процентът на здравната вноска се променя от 4.5% до 8%.

Използвани са данните от отчета за изпълнение на държавния бюджет на Република България за 2004 г. и данните от проучванията на приходите и разходите на домакинствата, публикувани от НСИ за 2004 г.

(Продължава на стр. 21)

Използвана литература:

Behranan 1995; Londono & Frenk 1997; World Health Organization 2000; Wagstaff a & Van Doorslaer E. 1998; Murray CJL & Frenk J 1999; Word Health Report 2000; Xu et al.; Данни от НСИ, ННА и НЗОК за 2004 г. и 2008 г.; Отчета за изпълнение на държавния бюджет на Република България за 2004 г.