Медицински университет – София

Факултет по обществено здраве

„Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн"

Катедра „ Здравна политика и мениджмънт"

Радослава Димитрова Ненчева

СТРАТЕГИЧЕСКИ СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА РЕФОРМИРАЩИТЕ СЕ ЗДРАВНИ СИСТЕМИ В СЪЕДИНЕНИТЕ АМЕРИКАНСКИ ЩАТИ И РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Д и с е р т а ц и я

За присъждане на образователна и научна степен „Доктор"

Област на висше образование 7. „Здравеопазване и спорт",

Професионално направление 7.4. „Обществено здраве"

Докторска програма „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията"

Научен Ръководител :

доц. Александрина Цекомирова Воденичарова, дм

София, 2021 г.

Съдържание

Въведение..... 7

I. ГЛАВА ПЪРВА: Литературен обзор. 9

1. Ретроспекция на националната здравна система в САЩ възникване и развитие (исторически анализ) . . 9

2. Оценки и анализи на статуквото на здравеопазването в САЩ през последните три десетилетия . . . 16

2.1. Основни проблеми на американската здравна система 20

3. Сравнителни международни анализи на здравеопазването в САЩ 22

3.1.Общи методи за намаляване на разходите за здравеопазване . . 28

3.2. Глобална перспектива 29

4. Обществено мнение за здравеопазването в САЩ 33

4.1. Експертна визия за здравната политика, базирана на общественото мнение за здравната реформа в САЩ 34

5. Здравната реформа в България – синтетичен литературен обзор . 35

II. ГЛАВА ВТОРА: Цел, задачи и методология на изследването. . . . 46

III. ГЛАВА ТРЕТА: Резултати и дискусия. Стратегически анализ на националните здравни системи в САЩ и България 51

1. Стратегическият здравен мениджмънт като философия, концепция и технология на организационната промяна 51

2. Ситуационен анализ 54

2.1. Нормативна база-основни законови актове на здравеопазването в САЩ 54

2.2. Управленски органи и структура на здравната система 57

2.3. Модели и механизми на финансиране 62

2.4. Здравноосигурителните компании като регулатор на поведението на пациентите . . 64

2.5. Маркетингови подходи: системен конкурентен анализ и удовлетвореност на пациентите 66

3. Реформиране на здравеопазването в САЩ – тенденции и процеси на организационна промяна 73

3.1. Здравно-политически аспекти на опитите за реформиране от президентите Клинтън и Обама 73

3.2. Сегашни и бъдещи теденции за реформиране 81

3.3. Система на единствен платец 82

3.4. Роля на политическите и обществените дебати за реформирането 83

3.5. Аргументи относно реформата в здравеопазването 88

3.6. Етични проблеми в здравеопазването на САЩ 91
3.7. Бариери на промяната в здравната система 96
4. Обобщен критичен анализ на процесите
на здравна реформа в САЩ 103

5. Реформиране на здравеопазването в България –
тенденции и процеси на организационна промяна ... 109

5.1. Концепция и здравно-политически аспекти 110
5.2. Принципно нови механизми на финансиране
управление и структура на лечебния сектор 112
5.3. Публични дебати и обществено мнение за здравната реформа ... 114
5.4. Експертна оценка на здравната реформа по литературни данни .. 117
5.5. Експертна оценка на здравната реформа по емпирични данни . . 119
5.6. Етични проблеми в здравеопазването на България ... 126
5.7. Бариери за организационна промяна в здравната система 131
6. Обобщен критичен анализ на процесите
на здравна реформа в България 134

7. Сравнителен анализ на здравните системи в САЩ
и България на база направения SWOT анализ 136
Заключение 152
Изводи 154
Препоръки 160
Използвана литература 163
Приложения 175

Ние трябва веднъж завинаги да приключим с най – неефективната и най – разхитителната здравна система в света. Ние трябва да осигурим здравни грижи за всеки американец и то такива, че никой никога да не може да му ги отнеме.

Бил Клинтън

Компетентната стратегическа визия е неотменимо условие за ефективна организационна промяна и здравна реформа в България.

Цекомир Воденичаров

Без ясно стратегическо виждане националната здравна система в България ще остане в плен на моментни решения, на неочаквани рискове и хаотично движение в непредвидени посоки.

Веселин Борисов

Съкращения и специфични термини

AALL – American Association of Labor Law / Американска Асоциация за Трудово Законодателство

AARP – American Association of Retired People / Американска асоциация на пенсионерите

Aetna – Етна

ACA – Affordable Care Act / Закон за достъпни грижи

ACO – Associated Care Organization / Отговорни Медицински асоциации

AHCA – American Health Care Act / Закон за американското здравеопазване

AHRQ – Agency for Health Research and Quality / Агенция за изследвания и качество в здравопазването

AMA – American Medical Association / Американска Медицинска Асоциация

BIPA – Benefits Impovement and Protection Act / Закон за подобряване и защита на обезщетенията

CDH – Consumer Directed Health Plan / Здравен план насочен към потребителя

CHIP – Children's Health Insurance Program / Здравно-осигурителна програма за деца

CIGNA – СИГНА

CLASS - Закон за обществена застраховка за дългосрочни грижи

COBRA – Consolidated Omnibus Budjet Reconciliation Act / Закон за консолидираното обединяване на бюджета

ERISA – Employee Retirement Income Security Act / Закон за сигурността на отчисленията за пенсиониране на служителите

FSA – Flexible Spending Account / Мобилна разходна сметка

GDP – Gross Domestic Product / Брутен вътрешен продукт

HHS – Department of Health and Human Services / Департамент по здравеопазване и социални дейности

HIPAA – Health Insurance Portability and Accountability Act / Закон за преносимост и отчетност на здравното осигуряване

HITECH – High Information Technilogy for Economic and Clinical Health / Закон за здравна информационна технология за икономическо и клинично здраве

HMO – Health Management Organization / Закон за организация на здравеопазването

HMOs – Health Maintenance Organizations / Организации за поддържане на здравето

HRA's – Health Reimbursement Accounts / Здравни сметки за реимбурсиране

HSA's – Health Savings Accounts / Здравни спестовни сметки

HSA – Health Security Act / Акт за Здравно Осигуряване

IPA – Independent Practice Association / Асоциация на независимите практики

Kaiser Permanente – Кайзер Перманенте

MACRA – Medicare Access and CHIP Reauthorization Act / Закон за достъп до Medicare и здравно осигуряване на децата

MediCal – Специфична за щата Калифорния здравноосигурителна програма за семейства с деца, възрастни над 65г. и инвалиди с много ниски доходи

MMA – Medicare Modernization Act / Закон за лекарствените средства за усъвършенстване и модернизация на Medicare

NHE – National Health Expenditures / Национални Здравни Разходи

OECD – Organization for Economic Cooperation and Development / Организация за икономическо сътрудничество и развитие

PCP – Primary Care Physician / Лекар за първични грижи

POS – Point of Service / План за точка на обслужване (съчетава елементи от HMO и PPO)

PPACA – Patient Protection and Affordable Care Act / Закон за защита и достъпни грижи за пациентите

PPO – Prefered Provider Organization / Организация на предпочитаните предоставящи здравно обслужване

SCHIP – State Children Health Insurance Program / Щатска програма за здравно осигуряване на децата

БВП – Брутен Вътрешен Продукт

ДЗЗ – Допълнително здравно застраховане

ЕТ – Едноличен търговец

ЗЗО – Задължително здравно осигуряване

НЗОК – Национална здравно-осигурителна каса

НРД – Национален рамков договор

ОПЛ – Общопрактикуващ лекар

СИМП – Специализирана извънболнична медицинска помощ

Въведение

Здравните системи в целия свят са в процес на глобални стратегически и организационни промени.

Сравнителният стратегически анализ на различните национални здравни системи е колкото необходим, толкова и труден, защото всяка една страна има своите социални, икономически и културни особености, а също и уникални традиции.

В този смисъл сравнителният анализ на здравеопазването в САЩ и в България е едно предизвикателство за всеки изследовател.

Към здравната система на всяка водеща световна нация има подчертан научен и практически интерес винаги, но особено в сегашния момент. Здравеопазването в САЩ през последните десетилетия е обект на широки дискусии и критики.

В България информираността и представата за здравеопазването в САЩ и процесите на нейната организационна промяна са крайно ограничени и нерядко погрешни.

Същевременно България започна през 2000 г. кардинална реформа, в чиято здравно-политическа визия националната здравна система в САЩ и нейните **стратегически управленски подходи** изобщо не бяха обсъждани.

Очевидна е необходимостта да се установи в каква степен и в кои аспекти здравните системи на САЩ и България имат сходство и различия в стратегическия си мениджмънт в процеса на техните организационни промени. Подобен анализ би осигурил възможност да направим някои стратегически изводи и препоръки, полезни главно за бъдещите здравни реформи в България.

Актуалност и значимост на темата

В условията на фрагментирана нормативна база продължават да се провеждат спонтанни и частични, изолирани една от друга организационни промени, без добре обосновани стратегически концепции за предстоящото развитие и дългосрочни перспективи на здравната система в България.

В учебните програми по здравна политика и стратегически здравен мениджмънт липсва обстойна и достоверна информация и анализ на националната здравна система в САЩ.

Независимо от различните критични анализи на здравната система на САЩ, в замисъла на добре проектирана здравна реформа, в която и да е страна на света, е необходим ясен, компетентен поглед към процесите, тенденциите и трудностите на реформите в здравеопазването.

В този контекст темата за здравните система на САЩ и България и техните реформи (реализирани и потенциални) има висока степен на актуалност и значимост в три насоки:

- за здравните политици и стратегически здравни мениджъри;
- за здравните законодатели;
- за учебния процес във факултетите по обществено здраве.

ГЛАВА ПЪРВА:

ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Ретроспекция на националната здравна система в САЩ – възникване и развитие (исторически анализ)

Американската история на здравеопазването е малко по-различна от тази на водещите държави в света. Вярата на американците в капитализма им е попречила да развият такова национално здравеопазване, което Обединеното кралство , Франция и Канада използват от десетилетия. В резултат на това са създали собствена система, която се е развила драстично през миналия век и е обичана и мразена.

Най-ранните официални данни в американската история на здравеопазването датират от края на XIX век. Според **Jeff Griffin** промишлената революция осигурява работни места в стоманодобивната промишленост в много американски градове, но опасния характер на работата довежда до много наранявания на работното място [108].

Още с влизането в новия век се дава тласък на организираната медицина, водена от Американската медицинска асоциация - American Medical Association (AMA). Тя се разраства и наброява 62 000 лекари през следващото десетилетие. Работническата класа не подкрепя идеята за задължително здравеопазване и САЩ не постигат онова, което водещите европейски държави постигат скоро след това.

Президентът Теодор Рузвелт (1901-1909) вярва, че здравното осигуряване е важно, защото "никоя държава чийто народ е болен и беден не може да бъде силна." Въпреки това, той не поема инициативата за по-стабилно здравеопазване в Америка. По-голямата част от начинанието в началото на 20-те години се ръководи от организации извън правителството.

Американската асоциация за трудово законодателство (American Association of Labor Law - AALL) е една от организациите, ангажирани с напредъка в здравеопазването. Тя изготвя законодателство, насочено към работническата класа и гражданите с ниски доходи (включително деца). Съгласно предложения законопроект, хората, които се квалифицират за обезщетение получават такова при болест, за

майчинство и в случай на смърт сумата от $ 50,00 за покриване на разходите за погребение. Сумата на тези обезщетения се разпределя между щата, работодатели и служители.

Първоначално АМА подкрепя законопроекта, но някои медицински дружества изразяват възражения, като се позовават на начина за компенсиране на лекарите. Ожесточената опозиция кара Американската медицинска асоциация да отстъпи и в крайна сметка да даде подкрепата си за законопроекта AALL. Както **J.Griffin** посочва, синдикалните лидери изпитват страх от задължителното здравно осигуряване, тъй като тяхната власт зависи от възможността да договарят осигурителни обезщетения за членовете на синдикатите [108].

Частната застрахователна индустрия също се противопоставя на законопроекта AALL, тъй като се страхува, че това ще подкопае бизнеса. Ако американците получават задължително застраховане чрез правителството, те може би няма да видят необходимостта от закупуване на допълнителни частни застрахователни полици (особено застраховка живот). Това би могло да ги изведе от бизнеса или най-малкото да намали печалбата им. Законопроектът AALL не успява да събере достатъчно подкрепа и да стане закон, тъй като глобалните събития насочват вниманието на САЩ към войната.

След началото на Първата световна война Конгресът приема Закона за застраховане срещу военни рискове ,който обхваща военнослужещи в случай на смърт или нараняване. Законът по-късно претърпява изменения, за да разшири финансовата подкрепа за членовете на семействата на военнослужещите. Програмата за застраховане на риска от войни завършва с приключването на войната през 1918 г., въпреки че обещетения продължават да се изплащат на оцелелите и техните семейства.

След Първата световна война разходите за здравни грижи стават по-неотложни, тъй като на болниците и лекарите започва да се плаща повече, отколкото средният гражданин би могъл да си позволи. Тъй като това става проблем, група преподаватели създават програма чрез университетската болница "Бейлър", където се съгласяват да плащат предварително за бъдещи медицински услуги (до 21 дни предварително). Тази организация е с нестопанска цел и покрива само болнични услуги. Всъщност това е предшественикът на "Синия кръст".

По време на Голямата депресия през 30-те години, дебатът за здравеопазването става по-разгорещен. Може да се смята, че подобни условия биха създали перфектния

климат за задължително универсално здравеопазване, но всъщност не става така. По-скоро на челно място в дебата се оказват обезщетенията за безработица и за старост.

Докато "Сините" (Blue Cross и Blue Shield) започват да се разпространяват в цялата страна, Президентът Рузвелт (1933-1945) разбира, че здравеопазването ще стане сериозен проблем. Той организира работата върху Законопроект за здравно осигуряване, който включва обезщетения за старост, необходими по това време.

Въпреки това, Американската медицинска асоциация отново твърдо се противопоставя на всеки план за национална здравна система, което кара Президента да отмени частта за здравно осигуряване от законопроекта. Закона за социалното осигуряване от 1935 г. създава система от обезщетения за старост и позволява на щатите да създат условия за хора, които са или безработни, или с увреждания (или и двете).

След нападението над Пърл Харбър, САЩ влизат във Втората световна война и вниманието върху здравното осигуряване отпада от разискването. По същество целият правителствен фокус е поставен върху военните усилия, включително Закона за стабилизиране от 1942 г., създаден за борба с инфлацията чрез ограничаване увеличението на заплатите.

Законът "Вагнер-Мъри-Дингел" е въведен през 1943г. и, както **D.Smith** казва, предлага универсална здравна помощ, финансирана чрез данък върху заплатите. Ако историята на здравеопазването досега би могла да бъде урок за всеки, законопроектът е изправен пред силна опозиция и в крайна сметка пропада в комисията [183].

Хари Труман (1945-1953) става 33-ият Президент на Съединените щати. Той поема старата национална платформа за здравно осигуряване на Президента Рузвелт, но с някои ключови промени. Планът на Президента Труман включва всички американци, а не само работническата класа и бедните граждани, които трудно си осигуряват здравни грижи. Посрещнат е със смесени реакции в Конгреса. Някои членове на Конгреса наричат плана "социалистически" и че той идва направо от Съветския съюз. Американската медицинска асоциация (American Medical Association - AMA застава срещу законопроекта, като твърди, че администрацията на Президента Труман прокарва "московската партийна линия". Те дори внасят собствен план, който предлага частни застрахователни опции.

През 1952 г. екипът на Jonas Salk от Университета в Питсбърг създава ефективна ваксина срещу полиомиелит , която е тествана на национално ниво две години по-късно и е одобрена през 1955 г. През същия период от време е извършена

първата трансплантация на органи , когато д-р Джоузеф Мъри и д-р Дейвид Хюм взимат бъбрек от един мъж и успешно го трансплантират на брат му близнак.

Разбира се такива скокове в напредъка на медицината предизвикват допълнителни разходи - история, която се повтаря и днес. През това десетилетие цената на болничната помощ се удвоява, което отново доказва на Америка необходимостта от достъпни здравни грижи. Междувременно здравната застраховка не се променя много.

През 1960 г. правителството започва да проследява Националните здравни разходи – National Health Expenditures (NHE) и ги изчислява като процент от брутния вътрешен продукт (БВП). В началото на десетилетието NHE представлява 5% от БВП.

Джон Кенеди (1961-1963) полага клетва като Президент и веднага пристъпва към работа по здравния план за възрастните граждани. Тъй като NHE ще продължи да расте и знаейки, че пенсионерите ще бъдат най-засегнати, той призовава американците да се включат в законодателния процес и стимулира Конгреса да приеме законопроекта.

След убийството на Кенеди на 22 ноември 1963 г. вицепрезидентът Линдън Б. Джонсън (1963-1969) поема ролята на 36-и резидент на Съединените щати и продължава работа по здравния план за възрастните граждани. Предлага удължаване и разширяване на Закона за социално осигуряване от 1935 г., както и програмата " Хил-Бъртън" (която отпуска държавни субсидии на медицински заведения, нуждаещи се от модернизация, в замяна на предоставяне на "разумен" размер на медицинските услуги на тези, които не могат да платят).

Законът е приет в Камарата на представителите и Сената с голямо мнозинство. С право **T.R.Marmor** твърди, че този законопроект поставя основите на това, което сега познаваме като Medicare и Medicaid[150].

До 1970 г. Националните здравни разходи - National Health Expenditures (NHE) представляват 6.9% от БВП, което се дължи отчасти на "неочаквано високите" разходи за Medicare. Поради липса на здравноосигурителна система в САЩ, въпросът за осигуряването на хора, които е по-вероятно да имат здравословни проблеми се задълбочава и усложнява.

Ричард Никсън (1969-1974) е избран за Президент през 1968 г. Влизайки в Белия дом като републиканец, мнозина са изненадани, когато предлага ново законодателство, което се отклонява от партийните линии в дебата за здравеопазването.

През 1971 г. сенатор Едуард Кенеди предлага план за един платец (модерна версия на универсална или задължителна система), който да се финансира чрез данъци. Президентът Никсън предлага свой план, който изисква от работодателите да предлагат здравно осигуряване на служителите и дори предоставя субсидии на онези, които имат трудности. Това би позволило на повечето американци да имат някаква форма на здравно осигуряване. Хората в трудоспособна възраст и членовете на семейства им получават застраховка чрез своите работодатели и след пенсиониране преминават към програмата Medicare.

Сенаторът Кенеди и Президентът Никсън прекратяват работа заедно по Плана и в крайна сметка Кенеди се оттегля от сделката под натиска на синдикатите - решение, което по-късно казва, че е "една от най-големите грешки в живота му". След Уотъргейт цялата здравна схема на Никсън напълно изчезва. Законопроектът не издържа на оставката.

Президентът Никсън успява да изпълни две задачи, свързани със здравеопазването - разширяването на Medicare в социално-осигурителната промяна от 1972 г., както и Закон за организацията за здравеопазване от 1973 г. До края на десетилетието обаче, американската медицина е в "криза", подпомагана от икономическа рецесия и тежка инфлация [108].

До 1980 г. Националните здравни разходи представляват 8.9% от Брутния Вътрешен Продукт (БВП), което е още по-голям скок от предходното десетилетие. В рамките на администрацията на Президента Рейгън (1981-1989г.) регламентите стават по-свободни и приватизацията на здравеопазването става все по-често срещана.

През 1986 г. Президентът Рейгън подписва Консолидирания Закон за Одобряване на бюджета Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act-(COBRA), който според **M.Burnette** позволява на бившите служители да продължат да фигурират в предишния работодателски групов здравен план – при условие да платят цялата премия [88].

До 1990 г. NHE представляват 12,1% от БВП - най-голямото увеличение дотогава в историята на здравеопазването. Президентът Бил Клинтън (1993-2001 г.) вижда, че това бързо нарастване на разходите за здравеопазване е вредно за средния американец и се опитва да предприеме действия, като предложи Закона за здравна сигурност. Физическите лица могат да закупят застраховки чрез "държавни кооперации". Компаниите нямат право да откажат застраховка на никого въз основа на

вече съществуващо здравно състояние. От работодателите се изисква да предлагат здравно осигуряване на служителите на пълно работно време.

След период на дебати към края на 1993 г. Конгресът не дава заключения или решения, което води до прекратяване съществуването на законопроекта.

През 1996 г. Президентът Клинтън подписва Закона за преносимост и отчетност на здравното осигуряване – Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), който установява стандарти за личните данни. Окончателния принос за здравеопазването на администрацията на Клинтън е част от Закона за балансирания бюджет от 1997 г.

Програмата за здравно осигуряване на децата - Children's Health Insurance Program (CHIP) разширява помощта на Medicaid за "неосигурени деца до 19-годишна възраст в семейства с твърде високи доходи за Medicaid". CHIP се управлява от всяки отделен щат и все още се използва днес.

Междувременно работодателите се опитват да намерят начини да намалят разходите за здравеопазване. Това включва мерки за намаляване на разходите като: ограничаване на мрежата от лекари в организацията и изискващи застрахования да направи посещение при общопрактикуващ лекар преди преглед при специалист. Застрахователните компании се опитват да придобият по-голям контрол върху това как хората получават здравни грижи. Тази стратегия работи като цяло - 90-те години отбелязват по-бавно нарастване на разходите за здравеопазване в сравнение с предходните десетилетия.

До 2000 г. NHE представляват 13,3 % от БВП. Когато Джордж У. Буш (2001-2009 г.) е избран за Президент на Съединените щати, той иска да актуализира Medicare, за да включи обхвата на лекарствата по предписание. Тази идея се превръща в част D на програмата Medicare. Включването е доброволно и милиони американци използват програмата.

Когато Барак Обама (2009-2017 г.) е избран за Президент , той се заема с реформата в здравеопазването, работейки в тясно сътрудничество със сенатора Тед Кенеди, за да създаде нов закон за здравеопазването, който да отразява работата на Президентите Кенеди и Никсън през 70-те.

Законопроектът ще създаде отворен пазар, на който застрахователните компании не биха могли да откажат покритие въз основа на вече съществуващи здравни състояния. Американските граждани, които печелят по-малко от 400% от нивото на бедност, ще се ползват от субсидии, за да покрият разходите. Това не е

универсално покритие или покритие на един платец, а вместо това използва съществуващия модел на частната застрахователна индустрия, за да разшири обхвата си за милиони американци. Законопроектът се обсъжда от Парламента и Сената в продължение на месеци, преминавайки през редица корекции, но в крайна сметка е приет.

До 2010 г. NHE представляват 17,4% от БВП.Този период от време води до нова глава в историята на здравеопазването в Америка.

На 23 март 2010 г. Президентът Обама подписва Закона за защита и достъпни грижи за пациентите - Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), наричан Закон за достъпни грижи Affordable Care Act (ACA). Както **G. Wallace** правилно отбелязва законът е сложен и първи по рода си. Неговите разпоредби се въвеждат в продължение на много години [184]. На теория това би трябвало да помогне за облекчаването на застрахователните компании. 8 милиона души сключват застраховка през ACA Marketplace през октомври 2013 г. Броят им се увеличава на 11,7 милиона през 2015 г. и е изчислено, че средно ACA покрива 11,4 милиона годишно.

ACA е посрещната с противоречиви мнения по различни причини. Индивидуалният мандат и мандатът на работодателя са най - оспорвани. Някои разпоредби са отнесени до Върховния съд въз основа на конституционността. Освен това, критиците отчитат проблемите със здравните грижи като знак, че този "социалистически" план е бил предназначен да се провали.

Независимо от споровете, би могло да се твърди, че най-полезната част от ACA е нейната клауза за вече съществуващо здравно състояние.

Преди приемането на ACA се оценява, че на всеки седем от американците е отказано здравно осигуряване поради вече съществуващи здравни състояния. Обикновено жените трябва да заплатят допълнителна такса за покриване на майчинството най-малко 12 месеца, преди да бъдат обхванати пренаталните грижи.

Бъдещето на здравеопазването: историята ще се повтори

Има много въпроси, на които трябва да се даде отговор и не изглежда, че скоро ще бъде взето решение, но едно нещо е сигурно: ще се направят промени. Какви ще са тези промени, зависи от Конгреса, Президента Тръмп, новия министър на здравеопазването Том Прайс , както и от избирателят.

Историята на здравеопазването в Америка ще продължи да се развива и ще бъде интересно да се види как ще се отрази върху американците. Независимо от това, ще

трябва да се следи с особено внимание размера на разходите за здравеопазване. Според последните данни, NHE са били 17,8% от БВП през 2015 г., което означава по – бавен растеж от предишното десетилетие, но само времето ще разкаже цялата история.

2. Оценки и анализи на статуквото на здравеопазването в САЩ през последните три десетилетия

Функциониране на здравната система в САЩ

Функционирането на всяка здравна система се разглежда във връзка с броя и състава на населението което тя обслужва, резултатите, които дава и размера на ресурсите, които изразходва. Има и други фактори, които се включват в микса: справедливо разпределение на здравното обслужване, финансова тежест и качество на предоставените здравни грижи в системата.

Световната здравна организация (СЗО) предлага дефиниция за термина „дейност в здравеопазването“ като „всяка група от дейности, чието първостепенно предназначение е да подобрява и поддържа здравето на населението“. Тази дефиниция поставя граници, в които се оценява функционирането на здравната система около три фундаментални цели:

- подобряване здравето на населението;
- повишаване на отговорностите до очакванията на населението;
- осигуряване на справедливост при финансовото участие.

Подобряването на здравното състояние на населението включва както подобряване на осреднения здравен статус така и намаляване на различията в здравеопазването. Дейността включва уважение към индивида (т.е. достойнство, конфиденциалност и автономност) и ориентиране към пациента. Справедливостта при финансовото участие предполага предпазване на индивида от финансов риск, свързан със здравеопазването.

Ще разгледаме трите основни цели в здравната система на САЩ от обществена гледна точка.

Резултати от дейността на здравната система в САЩ

Сравняването на данните на САЩ с тези на други страни помага за разбирането на това какво се извършва правилно и какво неправилно в здравната система на САЩ.

САЩ са единствената индустриализирана страна в света, която не осигурява универсален обхват от здравни грижи на гражданите си. За първи път, откакто се регистрират данни за това, детската смъртност в САЩ се е повишила над средното ниво за страните от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (Organization for Economic Cooperation and Development – OECD). Очакваната продължителност на живота при раждане за САЩ е с 1.3 години по-малко от средната за страните от OECD.

САЩ изразходват значително повече средства за здравеопазване от другите индустриализирани страни както като процент от Брутния Вътрешен Продукт (Gross Domestic Product – GDP), така също и на глава от населението. За съжаление тези разходи не кореспондират с резулатите, напр. с очакваната продължителност на живота.

Тези данни показват, че здравната система на САЩ е неефективна в значителна степен и стойността на услугите би могла да бъде по-ниска в сравнение с тези в другите развити страни.

В сравнение със страни с обществени здравни системи, сегашната здравна система на САЩ, която се основава на пазара и конкуренцията, има най-високите административни разходи на глава от населението ($ 486), които са два пъти по-високи от тези във Франция (на второ място сред страните от OECD с $ 243).

Достъп до здравната система в САЩ

Правителството на САЩ не предоставя универсално здравно покритие на гражданите си. В резултат на това, значителна част от населението няма здравно осигуряване и за да получат достъп до такива услуги в рамките на здравната система, гражданите трябва да плащат със собствени средства. Това е основната причина за липсата на достъп до здравни грижи. Неосигурените граждани, които не могат да си платят, често получават здравни грижи, от които се нуждаят, от спешните отделения, когато вече са много болни. Разбира се, на този етап е вече късно да се предприемат каквито и да са превантивни мерки.

Разходи в здравната система на САЩ

През 2010 г. Националните здравни разходи (National Health Expenditures – NHE) са в размер на $ 2.6 билиона, които представляват 17.9 % от БВП.

NHE като процент от брутния вътрешен продукт растат всяка година. През 1990 г. те са 12.5 %, а през 2020 г. се предвижда да бъдат 21 % от БВП, съгласно данни от Бюджетния офис на Конгреса на САЩ. Този ръст на разходите е много по-висок от ръста на инфлацията и е труден за контролиране. Друга тревожна тенденция е, че разходите на националната здравна система като дял от БВП също се увеличават и главно за сметка на липса на повишаване или на намаляване на разходите в други сектори.

Разходите за болнично обслужване и професионални грижи представляват 60 % от разходите, следвани от предписаните с рецепта медикаменти.

Реформата на Президента Клинтън и Акта за здравно осигуряване от 1994 г. включва следните предложения :

- За достъп до здравната система ;
- Относно структурата на здравната система ;
- Относно функционирането на здравната система;
- За измерване на оценката за здравната система;
- Общи разпоредби за здравеопазването на Съединените щати и размера на медицинските грижи, предоставени на населението

Въпреки че Актът за здравноосигуряване от 1994 г. не минава в Конгреса на САЩ и не става закон, някои от предложенията в сферата на структурата и функционирането, отнасящи се до качеството на здравното обслужване, са реализирани по друг начин.

За да се улесни разбирането на здравните проблеми в американското здравеопазване и разпоредбите на реформата, са въведени общи разпоредби за източниците на финансиране и структурата на американската здравна система.

Източниците на финансиране за американското здравеопазване са: държавният бюджет (програми Medicaid и Medicare) за групи от хора, деца, хора с увреждания и пенсионери с ниски доходи и системата за Доброволно здравно застраховане – Voluntary Health Insurance(VHI) за всички останали жители. "Групова" застраховка за VHI обикновено се практикува от големи работодатели за техните служители, но има и пазар за индивидуално здравно осигуряване. Държавните програми покриват 45% от

разходите за здравеопазване, а 55% - система за VHI, включително плащанията от населението с лични средства ("съпътстващи плащания").

Високите застрахователни премии в системата за доброволно здравно застраховане представляват пречка за застраховането на редица категории граждани, така че доскоро в САЩ имаше около 50 милиона незастраховани (16% от населението). При спешни случаи, съгласно американското законодателство, от болниците се изисква да предоставят медицински грижи на незастраховани граждани. Те остават завинаги длъжници на болниците.

Както в системата на държавното осигуряване, така и в доброволния обем на гарантираните медицински услуги, пакетът "покритие" варира в зависимост от застрахователната компания и застрахователния план. Застрахователният план в повечето случаи обхваща основни медицински услуги: услуги на общопрактикуващи лекари, диагностични изследвания и стационарно медицинско обслужване на общи заболявания.

Пациентът е свободен да избира лекар за първични грижи (Primary Care Physician (PCP), лекар специалист и болница за лечение. PCP е лекар, който осигурява както първия контакт с лице, което има недиагностицирано здравно оплакване, а също и непрекъснато лечение на различни хронични състояния. Напоследък този термин се използва предимно в САЩ. В миналото в САЩ и все още във Великобритания (и в много други англо – говорящи страни), еквивалентния термин е общо практикуващ лекар – General Practitioner(GP).

За да станат лекари за първична грижа, завършилите медицина в медицински университет (MD) преминават следдипломно обучение по програми за първична медицинска помощ, като семейна медицина (наричана в някои страни - семейна практика и обща практика), педиатрия или вътрешни болести. В някои организации за поддържане на здравето, лекарите за първична грижа биват приемани като първото звено, регулиращо достъпа до по-скъпи процедури и специалисти. Лекарите за първична грижа действат от името на пациентите, за да се свържат със специалисти, координират обслужването, осигурявано от различни институции като болници и рехабилитационни клиники, организират и съхраняват всички данни за пациентите и осигуряват дългосрочни грижи за хронично болните пациенти.

Повечето PCP са частни лекари, с изключение на тези, които членуват и работят в Организациите за поддържане на здравето – Health Maintenance Organizations

(HMOs). Около 40% от болниците са щатска или общинска собственост, а останалите - частни .

Държавата практически не се намесва на свободния пазар за финансиране на здравеопазването чрез системата на Доброволно здравно застраховане – Voluntary Health Insurance (VHI) и не регулира пазара за предоставяне на медицински услуги и лекарства.

Безспорно постижение на американското здравеопазване е високата иновативност на медицинските технологии и лекарства, използвани практически на всички нива на предоставянето им, включително в малките болници.

Трябва да се подчертае, че с общото високо ниво на медицинска помощ, предоставено на населението в Съединените щати, наличието на медицински грижи се различава значително за различните категории от населението.

2.1 Основни проблеми на американската здравна система

В допълнение към неефективността, в началото на 21-и век американската здравна система е изправена пред два сериозни проблема. Първият - висок процент неосигурени - 50 милиона граждани (или 16% от населението) и в резултат на това значителни разлики в достъпа до медицински грижи за неосигурени граждани.

Вторият проблем е неконтролираното увеличение на разходите за здравна система - 17.5% от БВП (или 2.6 трилиона долара годишно) , за разлика от страните от ЕС, където тези разходи са средно 8.3% от БВП. Ако ръстът на разходите за здравеопазване в САЩ продължава да се увеличава със среден темп от 0.5% от БВП годишно, както в периода от 2000 г. до 2009 г., тогава за 70 години разходите за здравеопазване в САЩ ще бъдат 40% от БВП.

Днес, държавните застрахователни програми Medicare и Medicaid, от които медицинската помощ се изплаща на пенсионери и граждани с ниски доходи, представляват най-голямата част от разходите на федералното правителство - $ 1,2 трилиона годишно.

Ако разходите за американската система за здравеопазване не се запазят, тогава през следващото десетилетие за федералния бюджет ще са необходими значителни допълнителни средства, което ще доведе до необходимостта от увеличаване на

данъците и в крайна сметка ще означава, че 1/3 от всички доходи на гражданите ще бъдат дадени само в системата на здравеопазване .

Забраната за увеличаване на разходите за медицинска помощ кара застрахователните компании да повишат тарифите за доброволно здравно застраховане.

Работодателите, които трябва да плащат по-високи тарифи са принудени или да намалят нивото на покритие на застрахователния план на своите работници или да намалят заплатите на служителите си, за да покрият разходите за здравно осигуряване, или просто да лишат някои служители от застраховки. По този начин, пряко или косвено, разходите за медицинска застраховка се преместват върху самите работници или намаляват равнището на възнагражденията им.

Това означава кръстосано покриване на разходите за медицински услуги за неосигурените от средствата на осигурените лица. По този начин се поддържат условия за постоянно нарастване на тарифите за медицинска помощ [131].

Към гореспоменатите здравни проблеми на САЩ е необходимо да се добави липсата на единни стандарти за лечение на всички етапи и нива на медицинска помощ. Това затруднява ефективното организиране на процеса на предоставяне на медицинско обслужване на пациентите и води до неефективно изразходване на 1/3 от средства за здравеопазване [127].

В системата на здравеопазването на САЩ, в допълнение към общата неефективност, има недостиг на медицински грижи за населението, неконтролирано нарастване на разходите за медицинска помощ и слабости в процеса на предоставяне на медицинско обслужване на пациентите.

След 70 години на пазарни отношения в областта на здравеопазването следните дейности са нерегулирани: доброволното здравно застраховане за по-голямата част от населението, цените на медицинските услуги, както и свободата на пациента за избор на лекар и медицинска организация. Здравеопазването на САЩ е изправено пред неразрешими проблеми: неефективност, неконтролиран растеж на разходите за здравеопазване и ограничен достъп до медицинска помощ за населението.

Правителството на САЩ започва прилагането на серия от реформи, които по същество се свеждат до прехода към солидарна система на задължителното здравно осигуряване на населението и установяване на държавно регулиране на частните застрахователни компании и здравни услуги. Изпълнението на реформата в пилотните

региони доведе до положителни резултати при решаването на съществуващите проблеми.

По този начин може да се направи основното заключение, че пазарните отношения във финансирането и управлението на здравеопазването на САЩ, показват своята неефективност [132].

---

3. Сравнителни международни анализи на здравеопазването в САЩ

Всяка национална здравна система е уникална. В света съществуват толкова здравни системи, колкото и държави. За групи страни могат да се установят сходни характеристики на здравеопазването им, т.е. можем да говорим за обособени типове здравни системи [3].

Традиционно се описват **три типа здравни системи**:

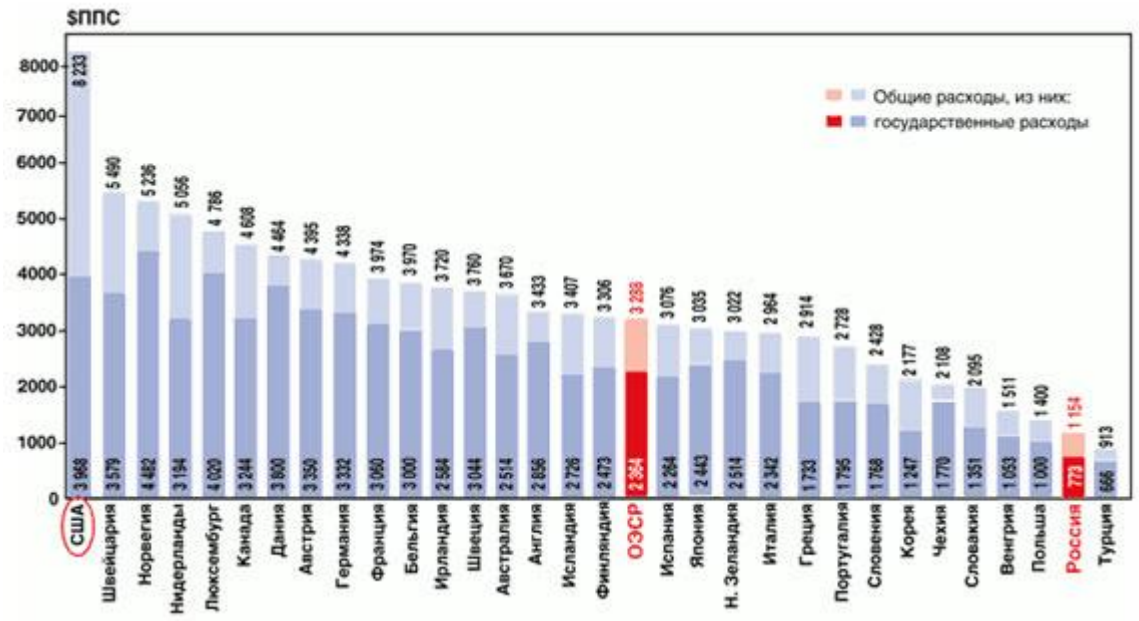
1. **Държавно – обществено здравеопазване** (публична или егалитарна система) – достъпът до здравни услуги се определя от здравните потребности и хуманни мотиви чрез социално одобрена система от правила. Източник на финансиране е здравния бюджет. Например: Великобритания, Швеция, Финландия, Дания, Канада, Испания и др.
2. **Здравеопазване с преобладаващ частен сектор** (либерална система) – достъпът до здравни услуги се определя от възможността и желанието да се плати, отговорността за качеството на услугите се поддържа от мотиви за печалба, нещата се балансират от ценовите лостове и конкурентните пазари. Финансирането става от частни фондове или чрез директно заплащане от самите потребители на медицинска помощ. Пример за този тип е здравеопазването в САЩ.
3. **Здравно – осигурителна система наричана още социално здравно осигуряване** (неправителствено финансиране) – източник на финансиране са осигурителни фондове (осигурителни каси). Този тип е развит главно във Франция, Германия, Италия, Австрия. Исторически този тип е известен като модел Бисмарк. Той е основан на социалната солидарност и затова нерядко се нарича модел на социално осигуряване [83].

Анализ на здравното финансиране в САЩ и ефективността на инвестициите в здравеопазването

Въз основа на анализ на здравните показатели и разходите за здравеопазване в развитите страни, може да се заключи, че американската здравна система постига по-лоши резултати в здравеопазването в сравнение с повечето "стари" страни от ЕС [55].

Общите разходи за здравеопазване в САЩ през 2010 г. възлизат на 17,6% от БВП или $ 8233 на глава от населението (за сравнение, Русия изразходва 5,5% от БВП за здравеопазването, или $ 1154). Тези разходи в САЩ са 2.5 пъти по-високи от средната стойност за страните от Организацията за Икономическо Сътрудничество и Развитие (ОИСР), които включват повечето страни от ЕС (фиг. 1).

Ако сравняваме държавните разходи за здравеопазване, те са 1.4 пъти по-високи на глава от населението годишно в Съединените щати, отколкото в "старите" страни от ЕС , 1.7 пъти по-високи от тези в "старите" страни от ЕС средно в страните от ОИСР , 4 пъти по-високи от тези в "новите" страни от ЕС и 5 пъти по-високи от тези в Руската федерация [55].



Фиг. 1. Общи и публични разходи за здравеопазване в $ на година в различни страни (Руската федерация - 2011 г., страните от ОИСР - 2010 г.)

Данните за неефективността на американската система за здравеопазване, цитирани от **Г. Улумбекова** [55], са в съответствие с проучванията, проведени от Фонда на фондацията през 2005 г. Когато сравнява 18 страни с повече от 30 показателя

(предотвратима смъртност, детска смъртност, продължителност на живота, помощ и т.н.) се установява, че Съединените щати далеч не са на първо място. Крайният рейтинг на САЩ (разликата между индикаторите в САЩ от най-добрите страни) е 66% .

Основни разпоредби на здравната реформа на САЩ през 2010 г.

За да отговори на горепосочените проблеми, през 2010 г. правителството на демократите, ръководено от Президента Барак Обама, подготви програма за реформа в здравеопазването и съответния **Закон за защита и достъпни грижи за пациентите (Patient Protection and Affordable Care Act) PPACA**. Този закон е приет от демократите в Конгреса на САЩ и подписан от Президента. Приемането му обаче е посрещнато със сериозна опозиция от страна на републиканската партия. Основният аргумент на противниците: САЩ са държава на свободно предприемачество и не трябва да има никаква държавна регулация на цените в нея, тъй като това може да доведе до национализация на здравеопазването [55].

В резултат на тези дебати, които са политически по своя характер, едно от най-важните правила на този закон е задължението на всеки гражданин да се застрахова. Това е обявено за противоконституционно. Въвеждането на нормата за задължително здравно осигуряване се разглежда във Върховния съд на Съединените щати през 2012 г . Тази норма влиза в сила през 2013 г. Други разпоредби на реформата са въведени от 2011 г. насам, а някои от тях влизат в сила от 2014 г.

Според Г.Улумбекова е възможно да се очертаят ***четири основни направления на реформата*** **:**

- задължително осигуряване за всички граждани,
- държавна регулация на тарифите за застрахователни премии и застрахователно покритие,
- опростяване на избора на застрахователен план от гражданите, регулиране на цените на медицинските услуги,
- подобряване качеството на медицинската помощ.

В Съединените щати разискването относно реформата в здравеопазването включва въпроси за правото на здравеопазване , достъп, справедливост, устойчивост, качество и субсидии изразходвани от правителството. Смесената публично-частна система за здравеопазване в САЩ е **най-скъпа в света**. Разходите за здравеопазване са по-високи, отколкото в която и да е друга страна. За здравеопазване се изразходва по-

голяма част от брутния вътрешен продукт (БВП), отколкото във всяка друга държава-членка на ООН.

Независимо от сумата, изразходвана за здравеопазване в САЩ, според доклад на Фонда за 2008 г., Съединените щати се нареждат **последни по качество на здравеопазването** сред развитите страни . През 2000г. Световната здравна организация (СЗО) класира американската система за здравеопазване на 37-о място в цялостното представяне и на 72-о място по отношение на общото здравословно състояние (сред 191 страни-членки включени в проучването).

САЩ плащат два пъти повече, но **изостават** и от други богати държави в такива показатели като детската смъртност и продължителността на живота , които са сред най-широко изследваните, следователно лесно сравнявани, международни статистически данни. Около 10,7 милиона осигурени американци отделят повече от една четвърт от годишните си възнаграждения за здравни грижи.

Законът за защита и достъпна грижа за пациентите (Public Law 111-148) бе подписан от Президента Барак Обама на 23 март 2010 г. Заедно със Закона за здравното осигуряване и съвместяването на образованието от 2010 г. , законът е продукт на усилията за реформи в здравеопазването на Демократичния 111-и Конгрес и администрацията на Президента Обама . Законът включва разпоредби, свързани със здравето, които да влязат в сила през следващите четири години, включително разширяване на допустимостта до Medicaid [70].

През 2009 г. Законът за здравната информационна технология за икономическо и клинично здраве (HITECH) предложи парични стимули от 2011 до 2015 г. за приемане на технологията , за да се съкрати срока за преминаване на болниците и другите здравни заведения от хартиени досиета към електронна здравна система.

Разходите за здравеопазване според **Kaiser Family Foundation** са съсредоточени само върху някои потребители. През 2006 г. почти половината от всички разходи за здравеопазване са били използвани за лечение едва на 5% от населението [129].

Високите разходи за здравеопазване в Съединените щати са резултат от комбинация от различни фактори: заплатите на практикуващите медицина, скъпи медицински процедури с високо технологично оборудване, болнични разходи и най-вече фармацевтичните продукти.

Производителите на лекарства в САЩ определят свои собствени цени, като същевременно разрешават "монополи, защитени от правителството" за някои

производители на лекарства, като предоставят патентите на един единствен производител на лекарства 20 или повече години [74].

Приблизително **52 милиона души** - повече от 15 % от хората в САЩ - са без здравно осигуряване или достъп до правителствена здравна програма. На национално равнище 77% от хората, които не са осигурени, са работници или са на издръжка на някой, който работи. Около 59% от служителите с доходи под нивото на бедност (18 310 долара за семейство от трима души) нямат здравно осигуряване. При ниво на доходите два до три пъти нивото на бедност, около 34% нямат застраховка [71].

Международна перспектива

Американската здравна система е уникална сред напредналите индустриализирани страни. САЩ нямат унифицирана здравна система, нямат универсално здравеопазване и едва наскоро влезе в сила законодателство, изискващо здравно покритие за почти всички. Вместо да функционира национална здравна служба, национална система за здравно осигуряване с един платец или универсален здравноосигурителен фонд с множество платци, американската система за здравеопазване най-добре може да бъде описана като **хибридна система**.

През 2014 г. сред застрахованите 115,4 милиона души (36,5% от населението) са получили покритие чрез американското правителство чрез Medicare (50,5 милиона), Medicaid (61,65 милиона) и / или администрация на ветераните (14,14 милиона) и могат да бъдат обхванати от повече от един правителствен план [184].

Когато се сравнява американската система за здравеопазване с други развити индустриални държави, фокусът е върху два фактора - високите разходи за здравеопазване и различията в застрахователното покритие в САЩ. Очертават се някои общи методи, използвани в други страни за намаляване на здравните разходи и се поставя качеството на американското здравеопазване в международен контекст.

Сравнение с другите страни от ОИСР

Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) е международен форум, посветен на глобалното развитие, който обединява 34 страни-членки за сравнение и обсъждане на правителствената политика с цел "насърчаване на политика, която ще подобри икономическото и социалното благополучие на хората по света". Страните на ОИСР обикновено са с развити или развиващи се икономики. От държавите-членки правителствата на САЩ и Мексико играят най-малка роля в общото

финансиране на здравеопазването.Въпреки това публичните (т.е. правителствените) разходи за здравеопазване на глава от населението в САЩ са по-големи от всички други страни от ОИСР, с изключение на Норвегия и Холандия [187].

Тази привидна аномалия се дължи отчасти на високите разходи за здравеопазване в САЩ. В действителност САЩ изразходват значително повече за здравеопазване, отколкото която и да е друга държава от ОИСР. Установено е, че през 2013 г. САЩ изразходват 8,713 щатски долара на човек или 16,4% от своя БВП за здравеопазване - много по-висока от средната стойност на ОИСР от 8,9% на човек. След САЩ са Холандия, която отпуска 11,1% от своя БВП, след това и Швейцария - 11,1%, а Швеция отпуска 11% от своя БВП за здравеопазването през 2013г.

Американската система често се сравнява с тази на северната й съседка, Канада. Канадската система до голяма степен е обществено финансирана. През 2006 г. американците изразходват около 6,714 щатски долара на глава от населението за здравеопазване, докато канадците са изразходвали 3 678 долара. Това представлява 15% от БВП на САЩ през тази година, докато Канада е изразходвала 10%. Проучване от Харвардското медицинско училище и Канадския институт за здравна информация установи, че около 31% от американските долари за здравеопазване (над 1000 долара на човек на година) отиват за административни разходи за здравеопазване.

Качество на здравните грижи в САЩ в международен контекст

Американските специалисти по здравеопазване са сред най-добрите в света. Въпреки това, лечението в САЩ е несправедливо, свръхспециализирано и пренебрегва първичната и превантивна грижа. Според **J.Cox** крайният резултат от подхода на САЩ към здравеопазването е по-лошо здраве в сравнение с други развити индустриализирани държави [91]. Според Комисията на Фонда на Британската общност, в сравнение с Австралия, Канада, Франция, Германия, Холандия, Нова Зеландия, Норвегия, Швеция, Швейцария и Великобритания през 2014 г., САЩ са на последно място. По отношение на качеството на грижите, САЩ се нареждат на пето място, но заемат последно място в ефективността, равнопоставеността и здравното състояние на гражданите. Сравняването на други показатели за здравеопазване в международен контекст подчертава дисфункцията на американската здравна система [155].

- Въпреки относително високото ниво на разходите за здравеопазване, в САЩ има по-малко лекари на глава от населението, отколкото в повечето други страни от ОИСР. През 2013 г. САЩ са имали 2.6 практикуващи лекари на 1000 души - под средната стойност от 3.3 на ОИСР.
- В САЩ има само около 1.2 лекари за първична грижа на 1000 души. Прогнозите показват, че до 2025 г. САЩ ще се нуждаят от 52 000 повече лекари за първична помощ, за да задоволят търсенето. В законодателството има разпоредби за увеличаване на броя на лекарите за първична медицинска помощ в САЩ [170].
- Съществува значително несъответствие в разпределението на лекарите в отделните щати . В САЩ средно 225.6 лекари са активни в грижата за пациентите на 100 000 души през 2014 г., като има различия между отделните щати; Масачузетс се нарежда на върха с 349,5 активни лекари на 100 000 души, докато Мисисипи има само 170,3.
- През 2013 г. детската смъртност в САЩ е 5.96 на 1000 живородени деца , докато средната стойност на ОИСР е 3.8.
- Нивото на затлъстяване сред възрастните в САЩ е било 35,3% през 2013 г., което е малко по-слабо от 36,5 през 2011 г. Това е най-високата ставка сред страните от ОИСР. Средната стойност за страните от ОИСР е 19,0% през 2013г.

3.1.Общи методи за намаляване на разходите за здравеопазване

В международна перспектива може да се научи много и от други развити индустриализирани страни. Методите се различават значително в други държави от ОИСР с по-ефективни и справедливи системи за здравеопазване, които контролират разходите за здравеопазване и защитават уязвимите сегменти от населението. Сред страните от ОИСР и други развити индустриализирани страни съществуват три основни вида програми за здравно осигуряване:

1.Национална здравна служба , където медицинските услуги се предоставят чрез държавни служители, в болници и клиники, които са публична собственост и се финансират от правителството чрез плащания на данъци. Срещат се частни лекари, които имат специални правила за медицинската си практика и събират такси от правителството. Великобритания, Испания и Нова Зеландия използват такава система.

2.Национална система за здравно осигуряване или система на ***единствен платец*** , в която една правителствена структура действа като администратор за

събиране на всички такси за здравни грижи и изплаща всички разходи за здравеопазване. Медицинските услуги се финансират публично, но не се предоставят публично. Канада, Дания, Тайван и Швеция имат системи с един платец.

3.Системата за здравно осигуряване с множество платци или системата на ***всички платци*** , която предоставя универсално здравно осигуряване чрез "болнични фондове", плащащи на лекарите и болниците с унифицирани ставки, като по този начин се елиминират административните разходи за фактуриране. Този метод се използва в Германия, Япония и Франция [155].

Методи за намаляване на разходите могат да включват:

- Финансиране на разходите за здравеопазване във връзка с доходите, а не с риска или с медицинската история на пациентите;
- Преговорите за цената на лекарствата, отпускани с рецепта, както и закупуване на медикаменти, които се отпускат по лекарско предписание, и трайно медицинско оборудване, е метод, използван в други страни за намаляване на разходите. Това е ефективно използвано от американското министерство на ветераните, Medicaid и организациите за управление на здравето в САЩ. Пълното приемане на тези практики може да доведе до спестяване на 5 % от общите разходи за здравеопазване [156].

3.2. Глобална перспектива

Анализът на **D. Squires** и **C. Anderson** се основава на данни от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие и други международни анализи за сравняване на разходите за здравеопазване, предлагането, оползотворяването, цените и здравните резултати в 13 страни с високи доходи: Австралия, Канада, Дания, Франция, Германия , Япония, Холандия, Нова Зеландия, Норвегия, Швеция, Швейцария, Обединеното кралство и Съединените щати. Тези данни представят основните осигурителни разпоредби на Закона за достъпни грижи [188].

По-високите разходи изглежда се дължат предимно на по-широко използване на медицински технологии и по-високи цени на здравните грижи, отколкото на по-чести посещения при лекар или приемане в болница. От друга страна, американските разходи за социални услуги съставляват относително малък дял от икономиката в сравнение с други страни. Въпреки че изразходват повече за здравеопазване, американците имат по-лоши здравни резултати , включително по-ниска очаквана продължителност на живота и по-голяма заболеваемост от хронични болести.

Международнаните сравнения позволяват на авторите да проследят ефективността на американската система за здравеопазване, да подчертаят силните й и слаби страни и да определят факторите, които могат да възпрепятстват или да ускорят развитието й. Целта е да се оценят разходите на САЩ за здравеопазване, доставки, поддръжка и цени в сравнение с други страни, както и ограничен набор от резултати в областта на здравеопазването [187]. Данните от анализа са широко достъпни и се посочва осреднената стойност за държавите от ОИСР.

САЩ е единствената страна без обществено финансирана универсална здравна система, но тя все още изразходва повече публични средства за здравеопазване, отколкото всички останали страни .

Американците имат относително малко посещения в болница и посещения при лекар, но са **по-големи потребители на скъпи технологии** като апаратура за ядрено - магнитен резонанс (ЯМР). **E.H.Bradley** твърди, че САЩ отделят относително малък дял от своята икономика за социални услуги като помощ за жилищно настаняване, програми за заетост, обезщетения за инвалидност и продоволствена сигурност [85]. Ръстът на разходите за здравеопазване се забавя през последните години, както в САЩ, така и в международен план; без промяна е фактът, че американците продължават да изпреварват други богати нации по отношение на разходите, но не и в резултатите от лечебната дейност.

D.Squires и **C.Andersen** правят следните ключови констатации от проучването си [188]

- Съединените щати изразходват най – много средства за здравеопазване (фиг 2.)

Фиг. 2. Разходи за здравеопазване като процент от БВП, 1980 – 2013

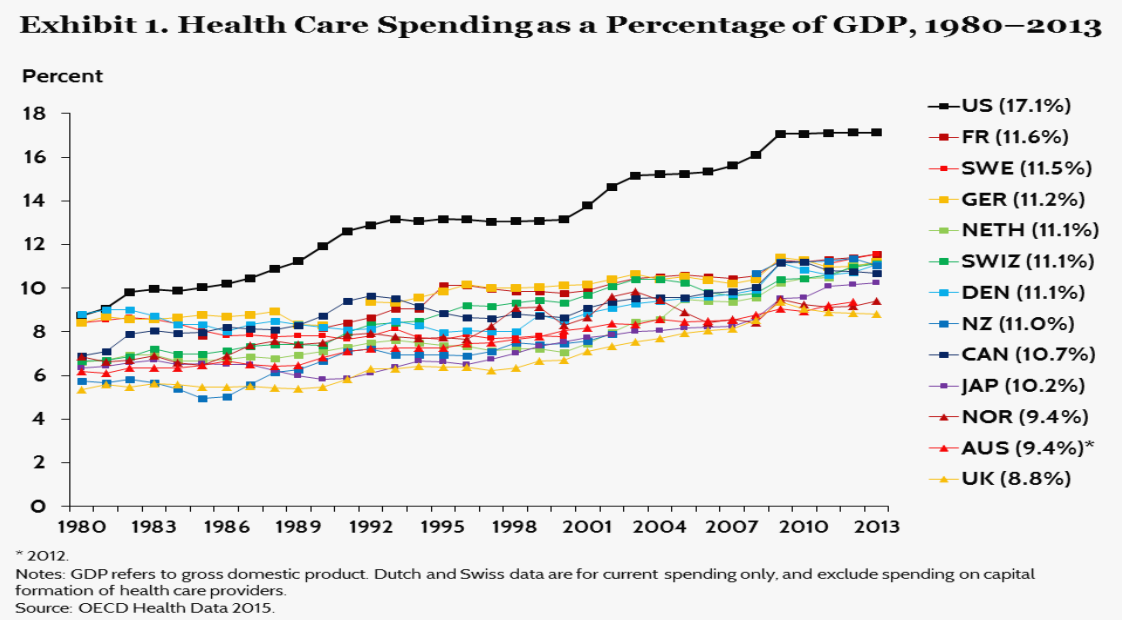


Таблица 1. Разходи за здравеопазване, 2013

	Общи разходи за здравеопазване на глава от населението	Реален среден годишен ръст на глава от населението		Текущ разход за здравеопазване според източник на финансиране		
		2003 - 2009	2009 - 2013	Обществени	Частни	
					лични	други
Австралия	$ 4,115	2.70%	2.42%	$2,614	$771	$480
Канада	$ 4,569	3.15%	0.22%	$3,074	$623	$654
Дания	$ 4,847	3.32%	-0.17%	$3,841	$625	$88
Франция	$ 4,361	1.72%	1.35%	$3,247	$277	$600
Германия	$ 4,920	2.01%	1.95%	$3,677	$649	$492
Япония	$ 3,713	3.08%	3.83%	$2,965	$503	$124
Холандия	$ 5,131	4.75%	1.73%	$4,495	$270	$366
Нова Зеландия	$ 3,855	6.11%	0,82%	$2,656	$420	$251
Норвегия	$ 6,170	1,59%	1,40%	$4,981	$855	$26
Швеция	$ 5,153	1,82%	6,95%	$4,126	$726	$53
Швейцария	$ 6,325	1,42%	2,54%	$4,178	$1,630	$454
Обединено кралство	$ 3,364	4,00%	-0,88%	$2,802	$321	$240
Съединени щати	$ 9,086	2,47%	1,50%	$4,197	$1,074	$ 3,442

- Личните разходи за здравеопазване са най-високи в САЩ (табл.1)
- Обществените разходи на САЩ за здравеопазване са високи, въпреки че обхващат по-малко граждани (табл.1)
- Въпреки че изразходват повече за здравеопазване, американците имат по-малко посещения в болници и при лекари (вж. Приложение фиг. 12 и 13)
- Американците са по-големи потребители на медицински технологии, включително диагностични изображения и фармацевтични продукти (вж. Приложение табл. 7 и фиг.14)

- Цените на здравните грижи са по-високи в САЩ в сравнение с други страни (вж. Приложение табл. 7)
- САЩ инвестират най-малък дял от своята икономика в социалните услуги, въпреки високите разходи за здравеопазване (вж. Приложение фиг. 15)
- Независимо от високите разходи за здравеопазване, населението на САЩ е с лошо здравословно състояние (вж. Приложение табл. 8)

Как можем да обясним по-високите разходи на САЩ?

Високите разходи за здравеопазване според **D.I Auerbach** и **A.L.Kellerman имат далечни последици** за американската икономика, допринасяйки за стагнация в заплащането, личен фалит и бюджетен дефицит [71].

Една от потенциалните последици от високите разходи за здравеопазване е, че то може да измести други форми на социални разходи, които поддържат здравето. В САЩ разходите за здравеопазване значително надвишават разходите за социални услуги. Този дисбаланс може да допринесе за лошите здравни резултати на страната. Както **M. Avendano** и **I. Kawachi** сочат има все повече доказателства, че социалните услуги играят важна роля при оформянето на **здравните траектории и смекчаването на здравните неравенства** [72].

Необходими са допълнителни изследвания, за да се разбере по-добре връзката между социалните услуги и здравето, както и други здравни детерминанти като начин на живот и околна среда.

Интересни разработки представляват новите модели за грижа според **D. Bachrach et al.** Те биха могли да създадат бизнес случай, в който доставчиците на здравни услуги да инвестират в определени социални услуги или други неклинични интервенции, ако това стане икономически ефективен начин за подобряване на здравето на пациентите [73]. В дългосрочен план подобна стратегия би могла да промени сегашния баланс между разходите за здравеопазване и социалните услуги.

4. Обществено мнение за здравеопазването в САЩ

Проучванията на общественото мнение показват, че мнозинството от обществото подкрепя различни нива на участие на правителството в здравеопазването в Съединените щати [115] с декларирани преференции в зависимост от това как е зададен въпроса [153].

Анкети от Харвардския университет , Лос Анджелис Таймс и Wall Street Journal показват силна подкрепа за системата на здравеопазването в сравнение със системата в Канада.

Проучване на **AP / Yahoo** от 2007 г.показва, че болшинството от отговорилите се считат за поддръжници на „ здравеопазване с един платец”[69].

Изследване на "*Лос Анджелис Таймс*", "*Блумбърг*" и в **анкета** за Time Magazine от 2009 се посочва, че мнозинството от респондентите се смятат за поддръжници на „ национален план с един платец подобен на Medicare за всички” .

Анкетата на докладите Rasmussen през 2011 и 2012 показва, че болшинството от респондентите не одобряват здравна система с един платец.

Много други анкети показват подкрепа за различни нива на участие на правителството в здравеопазването, включително проучвания на *Ню Йорк Таймс* / CBS News и *Washington Post* / ABC News, които показват одобрение за форма на национална здравно осигуряване.

Фондацията на семейство **Кайзер** показа,че мнозинството подкрепя форма на национално здравно застраховане, която често се сравнява с Medicare [129] .

Проучването на Quinnipiac сред вероятните избиратели на Демократическата партия на първични избори в три щата през 2008 г. установи мажоритарна подкрепа за правителството, което гарантира, "че всички в САЩ имат адекватно здравеопазване" .

Статия от 2001 г. в **списанието за здравеопазване " Health Affairs",** изучава петдесет години американско обществено мнение за различни планове за здравеопазване. В заключение се твърди,че съществува обща подкрепа за "националния план за здравеопазване". Респондентите в анкетата „остават доволни от текущото състояние на медицинските договорености, не вярват на федералното правителство, че функционира правилно и не подкрепят вида национален здравен план за единствен платец”[115].

Politifact оценява изявлението на **Майкъл Мур** като „фалшиво”, когато заявява, че мнозинството всъщност поддържа „здравеопазване с един платец”. Според

Politifact, отговорите на тези проучвания до голяма степен зависят от формулировката. Например, хората реагират по-благосклонно, когато биват питани дали искат система "като Medicare"[153].

През 2009 г. 50% вярват, че системата за здравеопазване се нуждае от фундаментална промяна и 59% от гражданите смятат, че намаляването на разходите за здравеопазване трябва да бъде приоритет за Президента Обама и Конгреса.

4.1. Експертна визия за здравната политика, базирана на общественото мнение за здравната реформа в САЩ

Визията за здравната политика хвърля светлина върху общественото мнение в САЩ от 2017 г. Според **A. Kinzinger и кол**. голяма част от демократите и републиканците дават приоритет за намаляване на личните разходи на пациентите за здравни грижи. Другите приоритети варират сред политическите партии: 63 % от републиканците и 21 % от демократите смятат **отмяната** на ACA (Obamacare) за най-голям приоритет. От друга страна, 67 % от демократите и 55 % от републиканците смятат намаляването на разходите за предписаните лекарства за най-голям приоритет. Въпреки че мнението за ACA варира през годините, през м. март 2017 г., 49 % от обществото подкрепят ACA, а 44 % не го подкрепят [133].

Напълно прави са **A.Kinsinger и кол**. в твърдението си, че обществото е **разделено** за това какво ще се случи с Obamacare: малко повече от половината казват, че те не желаят законодателите да отменят закона. Около една четвърт искат отмяна на закона само след като се обявят подробностите от плана, който ще го замени. И само 19 % подкрепят незабавната отмяна на закона. Мнозинството в обществото (64 %) подкрепят гарантирането на някакво здравно осигуряване за възрастните граждани и гражданите с ниски доходи, дори и ако разходите и ролята на федералното правителство в сферата на здравеопазването се увеличат [133].

В съвременните условия все по-голямо внимание се отделя на изследване мнението и отношението на пациентите към осъществяващите се здравни реформи. Според **В.Борисов**, ориентацията на здравеопазването към пазарни механизми на управление и приоритетът на качеството на здравните услуги очертава в нова светлина ролята на пациента в цялостния процес на здравната реформа [2].

Според редица експерти трябва да се преодолее установеното подценяване на удовлетвореността на пациентите, като критерий за оценка качеството на здравното обслужване и на ефекта от провежданите промени в здравната система.

5. Здравната реформа в България – синтетичен литературен обзор

Здравните реформи в България стартират с приемането на Национална здравна стратегия през 1998г., която касае Нормативната уредба на социалното здравно осигуряване. В нея се дефинират шест основни приоритета на здравната система в условията на пазарна икономика.

1. Създаване на условия за подобряване здравето на нацията.
2. Развитие на структурно – институционалните промени на здравната система с оглед повишаване на нейната ефективност.
3. Стабилизиране и развитие на функциите и структурите на общественото здравеопазване в съответствие с новите предизвикателства.
4. Развитие на създадените нови икономически отношения в здравеопазването и на стимулите за високо качество на здравните продукти.
5. Децентрализация и подобряване на управлението и развитие на международното сътрудничество, обществените комуникации и евроинтеграцията.
6. Адаптиране на човешките ресурси в здравеопазването към новите икономически условия и професионални изисквания.

Съгласно стратегията тогава се създава и Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), като финансирането се разпределя мужду нея и републиканския бюджет. Бюджетът на НЗОК се формира на базата на лична здравноосигурителна вноска, заплащана от всеки български гражданин.

Законът за здравното осигуряване (ЗЗО) през 1998г. въвежда задължителното и доброволното здравно осигуряване. Този модел на социално задължително здравно осигурявне у нас е съвременна система, която гарантира определен пакет здравни услуги. Известен е като модела на Бисмарк и основните принципи върху които се изгражда са: солидарност, справедливост, равнопоставеност при ползване на медицинска помощ, както и задължително участие във финансирането и отговорност при опазване на собственото здраве [10].

Здравната реформа в България произлиза от определена здравнополитическа концепция и нейните приоритети. Новите закони в здравеопазването променят механизма на управление, организация и финансиране на здравеопазването. Здравната ни система се реформира от модел на държавен монополизъм към европейския модел на здравно осигуряване.

Вече второ десетилетие протича здравната реформа в нашата страна и при наличие на конкретни резултати и ефекти от реализиране на дадена промяна , може да се даде оценка на хода и резултатите от осъществяването на здравната реформа у нас.

Относно ефективността на здравната реформа в България правим обзор на становищата на видни наши учени, здравни политици, експерти и здравни мениджъри.

Ситуационен анализ, който показва неефективността на здравната реформа в страната, изразяващ се с дестабилизация на здравната система, криза в достъпа до здравно обслужване и системни слабости в здравното осигуряване прави **Ц.Воденичаров**. Той обосновава социално-либералния модел за развитие на здравеопазването и формулира следните бъдещи стратегически приоритети:

- Гарантиране на социално справедлив достъп до различните нива на медицинска помощ;
- Извеждане на профилактиката и здравната промоция като водещ национален приоритет;
- Гарантиране на здравна сигурност и здравна солидарност чрез баланс на обществените и индивидуалните права, отговорности и финансово стабилизиране на системата [15].

Критичен анализ в концептуален аспект прави **В.Борисов** като дава оценка на готовността за старт на здравната реформа, дефицитите в процеса на реализация и първоначалните резултати. Авторът счита, че е имало неадекватни очаквания и традиционни нагласи на общественото мнение към максимализъм. Заключението е, че реформата започва без адекватна стратегическа подготвеност (концепция и нормативна база) и без достатъчна функционална готовност (информационна база, контролни механизми, организационна култура, професионална мотивация, обществено мнение). В.Борисов отбелязва следните слабости в процеса на здравната реформа :

- дефицит на политическа воля;
- дисхармония на здравното законодателство;
- ниско ниво на управленски професионализъм ;
-дефицит на стратегически мониторинг и контрол.

Авторът анализира също така възможностите и рисковете на здравната реформа:

- подмяна на целите със средствата – проява на бюрократично администриране и превръщане на личните лекари в еднолични търговци;
- дестабилизация на здравната система – нарушава връзката, координацията и комуникацията на системата и населението, което води до снижено доверие на пациентите в здравеопазването;
- недостатъчни гаранции за ефективността на частния сектор и липса на ефективен контрол;
- неефективно използване на ресурсите в здравеопазването – финансови, материални, човешки и времеви.

Общия извод от анализа на автора е наличието на ниска ефективност на здравната реформа в нашата страна [3].

Обществената оценка на качеството на здравеопазването в сравнение с професионалната оценка се интерпретира от **З.Петрова**. Според авторът в здравеопазването се сблъскваме с особени трудности, при определяне на качеството, поради многообразието на пациентите, здравните професионалисти, осигурените лица, държавата и др. Както З.Петрова обобщава, оценката на качеството трябва да бъде свързана със следните критерии – достъпност, своевременност, ефективност, продуктивност, непрекъснатост, приемственост, приемливост, уместност, безопасност, техническа осигуреност, междуличностни взаимоотношения, удобство и удовлетвореност [48].

А.Щерев твърди, че от здравеопазването у нас никой не е доволен – нито населението, нито медицинските професионалисти. Има изявена обществена неудовлетвореност от хода на здравната реформа. А.Щерев анализира стратегическите цели и етапите на реализация на здравната реформа. Авторът прави критична оценка на здравноосигурителния модел у нас, свързан с монопола на НЗОК [66].

Анализ на здравната реформа правят и други автори : **С.Кулаксъзов** и колектив [36] , **А.Димова** и колектив [27]. Характерно за тези анализи и оценки е,че въпросът за общественото мнение за здравната реформа остава незасегнат.

Според някои изследвания на водещи учени главна роля за стартирането на здравната реформа има въвеждането на социално здравно осигуряване.

Най-характерно за здравните реформи е това, че представляват глобален процес който протича с редица противоречиви и рискови тенденции. В обобщение може да се каже, че няма съвършени здравни системи,а според **V.Borisov и T.Rathwell** : « Все още

има много неща от опита на Източните и Западните здравни системи, които те могат да научат едни от други» [83].

Здравните реформи като израз на организационна промяна имат редица общи проблеми и тенденции и немалко различия и специфични черти. Сравнителните анализи на различни аспекти на здравните реформи са актуални и наложителни за ефективното управление на сложните и противоречиви процеси на организационната промяна в здравеопазването.

Според водещи експерти оценката и възприемането на здравната реформа в нашата страна изискват да се отчете тенденцията към глобализация на здравеопазните проблеми. В тази насока все по-ясна става необходимостта от сравнителни международни анализи на здравните системи в съвременния свят.

Като обобщение на обзора на част от водещите ни здравни политици и експерти може да подчертаем, че преобладаващото мнение за хода на здравната реформа е крайно негативно.

Изследванията на мнението на здравните мениджъри водят до по-пряко професионални изводи относно липсата на контрол на качеството в извънболничната помощ, ниската квалификация на общопрактикуващите лекари и ограничената достъпност до високоспециализирани дейности.

КОНЦЕПЦИЯТА НА СЗО „ ЗДРАВЕ 2020 „

През 2012 г. всички 53 държави членки на Европейския регион на СЗО приеха нова обща рамка за политики – **“Здраве 2020**”.

С това държавите в Европейския регион потвърждават своята отговорност за гарантиране на правото на здраве и поемат ангажимент за въвеждане на всеобхватност, солидарност и равен достъп като основни ценности в организирането и финансирането на своите здравните системи. Те се обединяват около стремежа към възможно най-доброто здраве, независимо от етническа принадлежност, пол, възраст, социално положение или платежоспособност.

Споделените от тях цели включват **„*значително подобряване на здравето и благосъстоянието на населението, намаляване на здравното неравенство, укрепване на общественото здраве и осигуряване на здравна система, която е всеобхватна, справедлива, устойчива и с високо качество*”** [35]**.**

Здравето като „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само липсата на болест или недъг" включва само по себе си твърде много фактори и взаимовръзки, което не позволява да бъде разглеждано само като обект на въздействие на системата на здравеопазване.

Здравето се определя от факторите на семейно-битовата, професионалната, обществената среда и се влияе силно от обкръжаващата го социално-икономическа среда (политически, технологични, икономически, законодателни и други фактори).

Трябва да се отбележи, че и самата здравна система изпитва допълнително външни въздействия, които оказват влияние върху нейната ефективност като социално-икономическото развитие на страната, ресурсната осигуреност, нормативната база, която отразява обществено-политическите отношения и много други.

Здравните политици и обществото трябва да имат предвид силата на факторите, които оказват влияние върху здравето на гражданите и да коригират своите очаквания за това, че здравната система може сама да реши всички проблеми, свързани с опазване и възстановяване на здравето.

Здравната система носи отговорност за определяне на здравните цели и планове за подобряване на здравето, за оценяване на въздействието на политиките от други сектори върху здравето, за изпълнението на висококачествени и ефикасни медицински дейности, за осигуряване на основните функции на общественото здраве. Тя също така трябва да проследява как решенията за здравната политика се отразяват върху другите сектори и заинтересовани институции. Това включва акцентиране както на икономическите, социални и политически ползи от доброто здраве, така и на негативните ефекти от лошото здраве и неравенство върху всеки сектор, цялата държава и цялото общество.

Формираният широк консенсус, че здравето на населението е от решаващо значение за социалното сближаване и икономическия растеж и е жизнено важен ресурс за човешко и социално развитие, налага здравеопазването да се трансформира от възприемано само като медицински подвластен, поглъщаш пари сектор в голямо обществено благо, което носи ползи на икономиката и сигурността и преследва ключови социални цели.

Израз на тази основополагаща роля на здравеопазването е настоящата Концепция **„Цели за Здраве 2020"**, която формулира визията и националните цели на България в областта на опазване на здравето на гражданите като основен фактор за устойчив растеж [35].

Тя е основана на схващането, че подобряването на здравето през всички етапи от живота е основно право на всеки, а не привилегия на малцина. Доброто здраве представлява актив и е източник на икономическа и социална стабилност. То има решаващо значение за намаляване на бедността, като едновременно допринася за устойчивото развитие и се възползва от него. Най-важното – доброто здраве, вече не може да се разглежда като резултат от дейността на един-единствен сектор - здравеопазването: устойчивите и еднакво достъпни подобрения на здравето са продукт от успешната политика на цялата държава, както и на координираните действия на всички в обществото.

Концепцията съдържа политики и конкретни действия за преодоляване на днешните сложни предизвикателства пред здравето на българските граждани. Представени са начините за обвързване на интервенциите по отношение на основните предпоставки за функциониране на системата и целите, свързани с решаване на основните проблеми, свързани със здравето на населението. Набелязани са целеви интервенции, насочени към най-уязвимите групи. Представени са възможностите за усъвършенстване на управлението и инициирането на междусекторни подходи към здравето.

„Цели за Здраве 2020” осигурява платформа за партньорство и сътрудничество. Тя изисква ангажираност от цялото общество като отправна точка при планирането, разработването, осъществяването и наблюдението на здравната политика на всички равнища.

В издадения през 2013г. документ на СЗО **"Здраве 2020": Европейска политическа рамка и стратегия за 21-ви век** се дискутират разнообразни проблеми на здравните системи [35].

Визията за "Здраве 2020" се отнася за Европейския регион на СЗО, в който всички хора имат възможност и подкрепа за постигане на пълния си здравен потенциал и благосъстояние и в който страните, поотделно или съвместно, работят за намаляване на неравенствата в здравето в рамките на региона и извън него.

Общи цели на "Здраве 2020"

Да се подобри значително здравето и благосъстоянието на населението, да се намали неравнопоставеността в здравеопазването, да се засили общественото здраве и да се гарантират устойчиви здравни системи, насочени към хората, които са универсални, справедливи, стабилни и с високо качество.

Четирите приоритетни области на действие на "Здраве 2020"

• Инвестиране в здравето през целия живот и упълномощаване на хората

• Справяне с основните здравни предизвикателства пред Европа при незаразните и заразните болести

• Укрепване на здравните системи насочени към хората, на капацитета на общественото здравеопазване и готовност при спешни случаи, наблюдение и реакция

• Създаване на приспособими общности и подкрепящи среди

В духа на съгласуваност и последователност на политиките са набелязани четири приоритетни области, които се основават на „категориите за определяне на приоритетите и програмите на СЗО".

Тези категории са съгласувани от държавите членки на глобално равнище, като са съобразени със специалните изисквания и опит на Европейския регион. Те също почиват на приложимите стратегии и планове за действие на СЗО на регионално и глобално ниво.

Четирите приоритетни области са взаимосвързани, взаимозависими и взаимоподпомагащи се.

Например действията за различните етапи от живота и за овластяване на хората ще допринесат за ограничаване на епидемията от незаразни болести. За това ще спомогне и засиленият капацитет на общественото здраве. Те от своя страна ще повлияят за ограничаване на взривовете от заразни болести.Управляващите органи ще постигнат по-добро въздействие върху здравето, когато обвържат политика, инвестиции и услуги, за да намалят неравенството. Регионалното бюро на СЗО за Европа ще се активизира в качеството си на ресурс за разработване на политика, основаваща се на доказателства и примери за интегрирани подходи. Планираните цели за Региона ще способстват да бъде проследен напредъкът по осъществяване на рамката за политики „Здраве 2020".

Изпълнението на тези четири приоритета изисква комбинация от управленски подходи, които насърчават здравето, равнопоставеността и благосъстоянието.

Интелигентното управление ще предвиди промените, ще стимулира иновациите и ще се насочи към инвестиране в промоция на здравето и профилактика на заболяванията. Подходите на управлението включват използване на публичната политика и регулация, както и нови форми на взаимодействие с организациите на гражданското общество, независимите институции и експертни органи. Установена е все по-голяма необходимост от базиране на политиката и практиката върху

доказателства, спазване на етичните норми, увеличаване на прозрачността и подобряване на от-четността в области като конфиденциалност, оценка на риска и на въздействието върху здравето.

„Здраве 2020” приема и утвърждава богатото многообразие от здравни системи и подходи в страните от Европейския регион. Целта не е националните и местни здравни системи да станат еднакви, а по-скоро всички да станат еднакво по-добри. С въвеждането на рамката „Здраве 2020” всички държави се ангажират с две общи задачи: подобряване на здравето на всички и намаляване на здравното неравенство, както и укрепване на лидерството и гражданското участие в управлението, насочено към по-добро здраве.

В документа не само е очертан пътят за постигане на тези цели, а и са предложени нови форми за управление, в които здравето и благосъстоянието се разглеждат като отговорност на цялото общество, както и на цялата държава, и се насърчава активното гражданско участие при формиране на политиката.

Разгледано е социално-икономическото измерение на подобряването на здравето и е направена солидна обосновка, подкрепена с доказателства, за инвестиране и действия чрез интегрирани подходи за промоция на здравето, профилактика на заболяванията и постигане на благосъстояние. Описани са мерките по отношение на социалните детерминанти, с цел разработване на подходи, които да осигурят място на здравето във всички политики, така че всички да се радват на по-добро здраве и с това да се намали абсолютният ефект на социалните детерминанти върху цялото население. Набелязани са и целевите интервенции, насочени към най-засегнатите групи.

„Здраве 2020” представя нови системи за колаборативно лидерство, което да насърчава новаторски подходи за мобилизиране на обществото с цел справедливо, устойчиво и проследимо развитие на здравето.

Рамката съдържа пространен анализ на широк набор от новаторски и ефикасни методи за преодоляване на днешните сложни предизвикателства пред общественото здраве. В нея са очертани редица стратегии и мерки за преодоляване на основните изпитания за здравето на индивида през целия му живот, свързани с незаразните и с инфекциозните болести. Описани са също така начини за обвързване на клиничните интервенции с мерките, осигуряващи равнопоставеност, както и със социалните детерминанти на здравето и основните предпоставки за функциониране на здравната система като човешки ресурси и лекарства с по-добро качество, за да се подсилят

финансовите механизми в здравеопазването и да се усъвършенства управлението с цел по-добро здраве.

Чрез формулиране на един общ набор от ценности, доказателства и опит, „Здраве 2020” осигурява платформа за партньорство и сътрудничество. Тя изисква ангажираност от цялото общество като отправна точка при планирането, разработването, осъществяването и наблюдението на здравната политика на всички равнища. Тя съдържа обосновка за овластяването на населението, гражданите, потребителите и пациентите като решаващ фактор за подобряване на здравето. В нея категорично е изразен аргументът за ангажиране на здравните специалисти.

Различни характеристики на хората вероятно ще се използват в съчетание за управление на риска, управление на справяне с болестта и ръководене на случаите при незаразните болести и за промоция на здравето и подобря ване на качеството на живот. Тези характеристики включват геномно базирана информация (покриваща не само генетичното ниво, но и епигенетичното, изразяването и информацията на ниво на протеините); фактори на начина на живот, включително диета, физическа активност, спортуване и тютюнопушене; умствени, икономически и социални фактори, които обхващат дома, работа и социалния живот; лична медицинска история и история на семейното здраве; и взаимодействието на тези фактори. Друга област на приложение, където вече е започнала работа, е използването на молекулярни маркери за стратифициране на заболяванията на подгрупи, за да бъдат третирани с различни лекарства или интервенции. Ракът е една от водещите области тук, с няколко настоящи примера.

Осигуряване на реална промяна на парадигмата в използването на технологиите зависи от желанието да се преструктурират политиките и от способността да се осигури необходимото обучение на специалисти по обществено здраве. Здравните системи и политиците спешно трябва да бъдат подготвени отговорно и ефективно да преведат знанията и технологиите на геномна основа в общественото здраве: това е една от основните задачи на геномиката на общественото здраве и важна област на потенциално новаторство в Европа. Здравните политики трябва да се подготвят да отговорят за тази бъдеща визия на медицината и здравето. Това означава, че вместо да се насочва единствено върху биологичните детерминанти на здравето или да набляга главно на социалните детерминанти на здравето, здравето ще трябва да се разглежда от гледна точка на всички фактори, включителнобиологични, начин на живот, екологични и социални фактори, както и взаимодействието между тях.

В бъдеще геномиката на общественото здраве вероятно ще осигури виждане и инструменти, за да се интегрира геномно базираната информация (като част от биологичните фактори за здравето) в системите и политиките на здравеопазване.

НАЦИОНАЛНИ ИЗМЕРЕНИЯ

Здравната стратегия е в съзвучие с „Националната програма за развитие: България 2020", в която се определят основните приоритети в здравеопазването:

1. Оптимизиране на разходите за здравеопазване и рационализация на инвестициите;
2. Промоция на здравословен начин на живот и профилактиката на болестите чрез икономически ефективни мерки за намаляване на основни рискови за здравето фактори;
3. Стабилизиране на здравноосигурителния модел и повишаване финансовата самостоятелност на здравния сектор, промяна в начина на финансиране на лечебните заведения;
4. Развитие на електронното здравеопазване и телемедицинските услуги;
5. Оптимизиране и подобряване на качествените характеристики на човешките ресурси в здравеопазването и особено в спешната помощ;
6. Подобряване на достъпа до здравно обслужване за всички граждани и повишаване качеството на здравните услуги чрез непрекъснат контрол и мониторинг;
7. Осъществяване на единен контрол по цялата хранителна верига, основан на оценка на риска и защитата на правата и здравето на потребителите [37].

В „Националната програма за развитие: България 2020" са определени и областите на въздействие, свързани с реализацията на приоритетите:

1. Дейности по повишаване качеството и ефективността на здравните услуги;
2. Иновации за устойчива и ефективна здравна система;
3. Подобряване качеството на здравното обслужване и осигуряване достъп на всеки граждани до здравна помощ и услуги;
4. Икономически ефективни мерки за намаляване на основни рискови за здравето фактори и подобряване профилактиката на болестите;
5. Подобряване качеството на живот на децата и насърчаване на социалното включване;
6. Разработване и въвеждане на специфични дейности за рискови групи;

7. Разработване и въвеждане на мерки за осигуряване на условия за промоция на здраве и профилактика на болестите сред уязвимите групи;

8. Премахване на институционалния модел на грижа за възрастните хора и хората с увреждания чрез развитие на услуги за дългосрочна грижа и междусекторни услуги;

9. Подобряване на капацитета и взаимодействието при реализирането на комплексни услуги в сферата на образованието, здравеопазването, спорта, заетостта и социалните услуги при постигане на общи цели за социално включване;

10. Осъществяване на интегриран контрол по безопасността и качеството на храните.

Приетите досега стратегически документи за реформи в здравеопазването се характеризират с **липса на взаимна обвързаност**, недостатъчна прозрачност и отсъствие на консенсусно начало при разработката им, което доведе и до неуспешното им внедряване.

Достигането на възможно най-високия стандарт здраве е едно от фундаменталните права на всяко човешко същество.

ГЛАВА ВТОРА:

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Цел на изследването :

Да се направи стратегически сравнителен анализ и оценка на инициативите за здравна реформа и тенденциите на организационна промяна в здравеопазването на САЩ и критичен сравнителен анализ с аналогичните проблеми на здравната реформа в България – позитивен опит и бариери - с оглед обосноваване на стратегически изводи и препоръки относно бъдещото развитие на националните здравни системи в двете страни.

Основни задачи:

1. Да се направи обстоен литературен обзор върху функционирането и процесите на организационна промяна в здравните системи на САЩ и България.
2. Да се осъществи ситуационен анализ на нормативната база, структурата, механизмите на управление и финансиране на здравеопазването в САЩ и България и сравнителен международен анализ на различията в здравната система на САЩ и здравните системи на други високо развити страни.
3. Да се дискутират увеличаващите се разходи и основните им фактори и компоненти в контекста на достъпа до медицинска помощ и липсата на всеобщ обхват на здравни грижи в САЩ и България и да се анализират и оценят основните бариери в противоречивия процес на организационна промяна в двете здравни системи.
4. Да се направи SWOT анализ на здравните системи в двете страни, който да послужи за база за извършване на сравнителен стратегически анализ между двете здравни системи.
5. Да се извърши експертна оценка и анализ на някои стратегически проблеми на здравната система в България и нейните реформи въз основа на емпирично социологическо проучване сред водещи експерти (директори и зам. директори на болници).

6. Да се направи обобщен критичен стратегически анализ на процесите на здравната реформа в САЩ и България и тенденциите за бъдеща промяна.

Научна хипотеза

В процеса на анализ на реформиращите се здравни системи на САЩ и България и предизвикателствата в процеса на организационна промяна в здравните системи изградихме следната *научна хипотеза*.

Многократните инициативи за здравна реформа в САЩ и кардиналната здравна реформа в България, стартирала през 2000 година, породиха определени организационни проблеми в своите национални здравни системи. Решаването на тези проблеми изисква обстоен стратегически анализ. Може да се предполага, че подобен анализ и в частност SWOT-анализ, установява както общи, така и различни проблеми в здравеопазването на двете страни.

Сравнителният стратегически анализ може да допринесе за обмяна на ценна информация и изводи, които да бъдат полезни за бъдещите организационни промени на здравните системи в двете страни.

Предполагаме, че в резултат на инициативите за здравна реформа в САЩ и България, всички ангажирани институции в областта на здравеопазването **ще насочат усилията си** в следните насоки:

1. Намаляване на разходите за здравеопазване;
2. Подобряване качеството на здравното обслужване на населението и ефективността на здравеопазването;
3. Повишаване дела на здравноосигурените граждани;
4. Повишаване дела на профилактиката в дейността на здравните заведения и на всеки отделен лекар;
5. Повишаване на удовлетвореността на пациентите и на населението като цяло от здравеопазването на страната.

Въпреки тези позитивни усилия, те ще бъдат **без очаквания медико-социален ефект**, поради две наследени от последните десетилетия основни причини:

а/ продължаващата липса на единна трайна държавна здравно-политическа концепция за реална здравна реформа в двете страни и липса на стратегически интегритет в здравните системи;

б/ противоречиви интереси, тенденции, недостатъчна политическа воля и усложнен фрагментиран пазарен механизъм в лечебния сектор.

Основен методологичен подход

Проучването е комплексно двукомпонентно – то обхваща проблематиката на организационна промяна в две страни САЩ и България. Конкретните задачи и признаците на наблюдението са свързани със спецификата на настоящето изследване като сравнителен стратегически анализ, който задължително включва необходимост от критичен анализ на процесите на промяна в националните здравни системи съобразно техните сходства и специфични различия.

Признаци на наблюдението:

Те отразяват спецификата на стратегическия характер на анализа в настоящия труд и са следните:

- Хронология и исторически анализ на инициативите за организационна промяна в националната здравна система на САЩ;
- Нормативна база и управленска структура на здравната система;
- Принципи, органи и механизми на финансиране;
- Роля на здравно-осигурителните компании;
- Роля на публичните дебати в процеса на реформиране на здравната система;
- Етични проблеми в здравеопазването;
- Бариери на организационната промяна в здравната система;
- Сравнителен анализ на здравните системи в САЩ и България чрез стратегическия SWOT анализ;
- Експертна оценка на концепцията и реализацията на здравна реформа чрез емпирични данни;
- Обобщен критичен анализ на процесите на здравна реформа.

Обект на наблюдението са здравните системи в САЩ и в България.

Предмет на наблюдението са процесите на реформиране на здравните системи в двете държави и техните стратегически подходи.

Единици на наблюдение са отделните нормативни актове за реформите в здравните системи в САЩ и в България, а също и публикуваните критични анализи и оценки за тези реформи.

Чрез експертния метод, който приложихме са анкетирани експерти в областта на стратегическия зравен мениджмънт. За целите на нашето проучване бяха поканени по - голям брой експерти, но се отзоваха 20, мнозинството от които са стратегически здравни мениджжъри в София.

За експертната оценка подготвихме анкетна карта с отворени и затворени въпроси. Проучването беше проведено по анкетен метод „face to face " в периода 10 - 22 януари 2020 година в работните кабинети на анкетираните експерти.

В проучването използвахме следната ***методология***:

- **Анализ на литературни източници**;
- **Исторически метод** – включва разкриване на тенденции, насоки и традиции по темата;
- **Документален анализ** – това е метод, който обхваща анализи предимно на нормативната база на здравеопазването в САЩ, на законодателни, нормативни, официални документи, анкетни данни и други източници по темата на научното изследване;
- **Сравнителен международен анализ** – методът обхваща съпоставки на данни, материали и научни разработки, свързани с проучването;
- **Системно-стратегически и теоретико-критичен анализ** – включва критичен анализ на съществуващите постановки по темата;
- **Ситуационен системно-структурен анализ;**
- **Метод на наблюдението**;
- **Стратегически SWOT анализ –** цели да послужи за оценка на силните и слаби страни, възможностите и заплахите и е полезен и изпитан във времето инструмент за лидерство в процеса на реформиране на здравните системи

- **Емпиричен социологически метод – Анкетен метод - експертна оценка (експертна визия) на националните здравни системи в САЩ и България** - цели се да се използват събраните данни за извършване на експертна оценка и анализ на някои стратегически проблеми на здравните системи в България и САЩ.
- **Статистически методи** – използване на статистически похвати за обработка, анализ и интерпретиране на използваната информация чрез аналитични сравнителни таблици и графически изображения (диаграми).

Анализирана е и **емпирична информация** за експертна оценка на българската здравна реформа чрез анонимна анкета на 20 здравни мениджъри, избрани на случаен принцип. Тази информация дава възможност за по-конкретен сравнителен анализ на проблемите на организационната промяна в двете страни и обосноваване на съответни изводи и препоръки.

Изследването започнахме през 2009-2010 година в САЩ при осигурени добри възможности за ползване на литературни и документални източници, които са трудно достъпни в библиотеките на други страни. Обстойният анализ на събрания материал продължихме в България през последните две години.

ГЛАВА ТРЕТА:

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ. СТРАТЕГИЧЕСКИ АНАЛИЗ НА НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СИСТЕМИ В САЩ И БЪЛГАРИЯ

1. Стратегическият здравен мениджмънт – като философия, концепция и технология на организационната промяна.

Обективният анализ на здравните системи и техните реформи в САЩ и България изискват правилна съвременна визия за същността и липсата на стратегически здравен мениджмънт.

Всяка нова стратегия довежда до съществени промени в организациите, които често са драматични, трудни за реализация и обикновено изискват продължителен период от време.

Промените на корпоративно (системно) стратегическо ниво обикновено са коренна преориентация на организацията и се определят като радикални или **„ революционни “.**

Промените в стратегията на оперативно ниво са усъвършенстване на съществуващата по-обща стратегия и се определят като **„ еволюционни “** промени. Те не водят до радикална стратегическа преориентация на цялостната организация и не изискват болезнени структурни и персонални промени.

В стратегически аспект революционната и еволюционната промени са взаимодопълващи се. Революционният тип промяна може да бъде дестабилизиращо – разрушителна, ако няма механизми за еволюционна реализация. Заедно с това еволюционният тип в определени моменти се нуждае от революционна промяна.

Проблемът не е в това, кой от двата типа промяна е по-ефективен, а как умело да се съчетаят чертите на революционната и еволюционната промени в един стратегически план [3].

Революционната промяна е **по-драматична, по-рискова и по-трудна,** поради което тя изисква изключително внимателен аналитичен подход, всестранна обосновка и осигуряване на подкрепа.

Дилемата „ революционна – еволюционна промяна” е свързана с механизма на постигане на мисията и целта. Трудностите на реализацията на стратегическите промени могат да се намалят, ако се отдели достатъчно време за подготвителен период

– внимателно планиране етапите на промяната, повишаване на организационната култура, преквалификация на персонала, въздействие върху професионалното и общественото мнение относно необходимостта от промените и т.н.

Стратегическата промяна възниква и се осъществява под натиска на определени сили във външната и вътрешна среда, както и от самия изпълнителски процес. Тя може да бъде стимулирана и ускорявана или подтискана и забавяна. Ходът на промяната зависи от баланса на стимулите (позитивните сили) и бариерите (противодействащите сили).

„Стратегическият мениджър е катализатор на промяната като осигурява положителен баланс на стимулите и бариерите”.

Стимулите и бариерите на стратегическата промяна могат да изхождат от околната среда, организацията, системното или от изпълнителското ниво на мениджмънта.

Как практическото изпълнение влияе върху характера и реализирането на промяната? Изпълнителският процес може да бъде не само позитивна сила, но и бариера на промяната.

Ниското ресурсно осигуряване на дадена стратегия създава **финансов натиск** върху мениджърите и ги принуждава да реализират една революционна стратегия непълно или в удължени срокове, както и една еволюционна стратегия – в кратки срокове, шокообразно или непълно. В случая изпълнителското ниво видоизменя стратегическата промяна, отклонява нейната посока или опорочава нейната реализация.

Съществуват различни типове натиск, които могат да бъдат определени общо като оперативен натиск. Именно поради оперативния натиск, някои добре формулирани стратегии могат да бъдат неуспешни. Изкуството на стратегическия мениджър се крие в съобразяването и преодоляването на различните типове натиск чрез едно проактивно поведение.

В този аспект е въведено понятието **„ точка на стратегически натиск ” – това е моментът на започващо стратегическо противодействие срещу неефективността на оперативния мениджмънт.**

Стратегическият натиск трябва да има перманентен приоритет.В здравните реформи се демонстрира постоянен дисбаланс между стратегическия и оперативния натиск. Това е едно категорично доказателство за необходимостта от **интегрален реалистичен подход** в стратегическия мениджмънт – чрез взаимодействие между всички негови стадии и нива – от обосноваването и приемането на стратегическата

концепция до нейната практическа реализация, от висшия системен мениджмънт до функционалния оперативен мениджмънт [3].

Изводът който може да се направи е, че стратегическият мениджмънт е философия и практика на организационната промяна. Философията е сфера на мисленето, а практиката е сфера на технологиите. Доколко тези две сфери присъстват еднакво в процеса на стратегическия мениджмънт? Съвременното състояние на стратегическия мениджмънт в здравеопазването показва, че такъв резонанс все още не е постигнат.

Главния дефицит на съвременния стратегически мениджмънт е неговата недостатъчно развита теория (философия). Това се дължи на няколко фактора:

1.Общо пренебрегване на теорията – в стратегическия мениджмънт все още няма стабилна обща теория (философия), а доминира технологичното (емпирично-практическото) мислене. Затова има и слаба стратегическа практика.

2.Липса на обобщаващи научни публикации – няма пълен методологичен консенсус по основните категории и понятия.

3.Игнориране ключовата роля на стратегическия стил на мислене – както казва П.Дракър „ Не готови схеми, не рецепти”.

Концептуалното мислене, доколкото то съществува в стратегиите на здравеопазването, е овладяно от икономически акценти. Икономическото (пазарно) мислене установи своеобразен монопол не само в оперативния здравен мениджмънт, но преди всичко на неговото стратегическо ниво.

„ Посоката на стратегическия мениджмънт е от философията (глобалното виждане) **към технологията** (организационните модели)**, а не обратното “** [3].

Внушава се фундаменталната идея, че няма **по- витална и по-съдбоносна** дейност за просперитета на една организация от дейността на стратегическия мениджър. Без тази идея не може да се очаква адекватен усет за **уникалната отговорност** на всеки професионалист, който участва в стратегическия процес на съвременната здравеопазна система.

Без нова стратегическа култура здравният мениджър не може да изпълни цялостно своята професионална мисия за **нов стил на лидерство**, основан на проактивност в дългосрочен план и за успешно движение от сегашния към бъдещия статут на здравната организация.

Представеният концептуален модел изпълнява ролята на философия на стратегическия мениджмънт, на глобално дългосрочно виждане, необходими за

последващите конкретни стъпки към обосноваване, избор и прилагане на ефективна стратегия.

2. Ситуационен анализ:

2.1. Нормативна база - основни законови актове на здравеопазването в САЩ

Сегашното състояние на здравната реформа в историческа перспектива подчертава факта, че реформата е непрекъснат процес, в който промените са неизбежни.

До 1935 г. в САЩ не са извършвани значими реформи в здравеопазването поради факта, че американците силно ненавиждат „голямото правителство“ (“big government”).

Актът за социално осигуряване (SSA) от 1935 г.

Периодът след Голямата Депресия и липсата на икономическа сигурност изискват реакция на национално ниво, която се изразява в Акта за социално осигуряване, подписан от Президента Франклин Д. Рузвелт на 14 август 1935 г. САЩ са 35-тата нация, която приема такава мярка относно икономическата сигурност на гражданите си. Въпреки че Актът за социално осигуряване не е предвиден като реформа в здравната система, той е помогнал на населението и на щатите в областта на медицинското обслужва. През 1965 г. Президентът Линдън Джонсън подписва закона за Medicare като изменение към Акта за социално осигуряване, което дава здравни привилегии на всички американци над 65 годишна възраст. Това е първата важна реформа на здравеопазната система в САЩ чрез регулаторни промени. Центровете за Medicare и Medicaid, които са компоненти на Министерството на здравето и грижите за човека, ръководят програмите Medicare и Medicaid и Щатската програма за здравно осигуряване на децата (State Children’s Health Insurance Program – SCHIP).

Администрацията за социално осигуряване определя пациентите, които могат да се включат в програмата Medicare и също придвижва плащанията на личната вноска в програмата

1965г. Президентът Линдън Джонсън приема законодателство, което въведе **Medicare** , обхващащо както болничната (част А), така и допълнителната медицинска (част В) застраховка за възрастните граждани. Законодателството също

така въведе **Medicaid** , което позволи на федералното правителство частично да финансира програма за бедните, като програмата е управлявана и съфинансирана от отделните щати.

1985 г. Законът за консолидираното обединяване на бюджета (Omnibus Budget Reconciliation Act) от 1985 г. (COBRA) изменя Закона за осигуряване на доходи при пенсиониране на служителите от 1974 г. (ERISA), за да даде възможност на някои служители да продължат здравното осигуряване след прекратяване на трудовия си стаж.

1996 г. Законът за преносимост и отчетност на здравното осигуряване – Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) не само защитава здравноосигурителното покритие на работниците и техните семейства, когато променят или губят работата си, но и здравноосигурителните дружества покриват предварително съществуващите здравни състояния.

1997г. Законът за балансирания бюджет от 1997 г. въвежда две нови основни федерални програми за здравно осигуряване, Част С на Medicare и Държавната здравноосигурителна програма за деца , или SCHIP. Част С, формализираните дългогодишни демонстрационни проекти "Managed Medicare" (HMO и т.н.) и SCHIP е създадена, за да осигури здравно деца в семейства на или под 200% от федералната граница на бедността. В частите А и В на програмата са направени промени и допълнения: относно таксата за услуга в Medicare и Medicaid в рамките на закона, който също направи промени в програмата Food Stamps (купони за храна) и други федерални програми.

2000 г. Законът за подобряване и защита на обезщетенията (Benefits Impouvment and Protection Act - BIPA), ефективно отмени някои от съкращенията в трите посочени програми (Medicare, Medicaid и SCHIP) в Закона за балансирания бюджет от 1997 г., поради загрижеността, че предоставящите здравно обслужване биха могли да го спрат .

2003 г. Законът за лекарствени средства за усъвършенстване и модернизация на Medicare (Medicare Modernization Act или MMA) въвежда допълнителен незадължителен обхват в рамките на Medicare за самостоятелно предписвани лекарства и, както подсказва името, също така промени другите три съществуващи части на Medicare.

Законът за защита и достъпни грижи за пациентите , известен като ObamaCare, предвижда поетапно въвеждане, на всеобхватна система от задължителни реформи за здравно осигуряване. Те са предназначени да премахнат някои от най-лошите практики

на застрахователните дружества - предварителен скрининг на здравното състоянието и премиите; отменяне на полиците по технически показатели. Също така определя минималното съотношение на преките разходи за здравеопазване към премийния доход и създава ценова конкуренция, подкрепена от създаването на три стандартни нива на застрахователно покритие. Те дават възможност на подобни сравнения от страна на потребителите и уеб-базирана здравноосигурителна борса, където потребителите могат да сравняват цените и плановете за закупуване [145].

2015 г. Законът за достъп до Medicare и здравно осигуряване на децата (Medicare Access & CHIP Reauthorization Act) - MACRA направи значителни промени в процеса, чрез който много от услугите на Medicare Part B се възстановяват, а също и удължава срока на действие на SCHIP.

2017г. Доналд Тръмп се заклева като Президент, подписва заповед в очакване на отмяната на Закона за защита и достъпни грижи на пациентите, като изпълнение на едно от неговите предизборни обещания. Американският закон за здравеопазването е приет в Камарата на представителите.

Американската асоциация на адвокатските колегии е ангажирана с нарастващия интерес в областта на здравното законодателство.

Законът за достъпни грижи от 2010 г.гарантира по-добра здравна сигурност, като въвежда цялостни здравноосигурителни реформи. Те държат застрахователните компании отговорни по отношение на по-ниски разходи за здравеопазване и подобряват качеството на грижите за всички американци [145].

Законът за спешна медицинска помощ и труд – осигурява публичен достъп на пациентите до спешно обслужване, независимо от способността им да плащат.

Службата за граждански права налага спазването на правилото за поверителност на HIPAA - Health Insurance Portability and Accountability Act / Закон за преносимост и отчетност на здравното осигуряване. То защитава поверителността на индивидуално идентифицираната информация за здравето; правилото за сигурност на HIPAA, определящо национални стандарти за сигурността на електронно защитената здравна информация; и разпоредбите за поверителност на правилото за безопасност на пациентите. Те защитават информацията, която се използва за анализиране на събитията, свързани с безопасността на пациентите.

Законът за защита и достъпни грижи за пациентите - е федерален закон, който включва всички лица и групи работодатели и служители.

Този закон влиза в сила през 2014 г. и изисква всички да имат здравно осигуряване или да плащат глоба. Законът прави важни промени в намаляването на разходите за здравно осигуряване и предлага данъчни кредити на малките работодатели, за да компенсират разходите за здравни грижи. След приемането на ACA през някои щати са приели още няколко закона, които да съответстват на федералното законодателство [145].

Законът за консолидираното обединяване на бюджета /Consolidated Omnibus Budjet Reconciliation Act (COBRA) е федерален закон, който включва работодатели, предлагащи групово медицинско покритие (при назначени повече от 20 служители [88].

Закон за сигурността на отчисленията за пенсиониране на служителите (Employee Retirement Income Security Act - ERISA) от 1974 г. е федерален и касае всички работодатели в частния сектор.

На всички служители трябва да се предостави план, който описва по разбираем начин, как се получават обезщетения и какви са правата и отговорностите им. Когато се прави значителна промяна в плана трябва да се уведомят всички служители. Това известие се нарича **резюме на съществени модификации** [142].

Закон за преносимост и отчетност на здравното осигуряване (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA) е федерален и се отнася до работодателите с двама или повече служители.

Този закон позволява на служителите да получат здравно осигуряване, когато загубят груповата си здравна осигуровка или променят работата си, дори ако имат вече съществуващо здравно състояние.

2.2. Управленски органи и структура на здравната система Роля на правителството на САЩ

Законът за достъпни грижи - Affordable Care Act (ACA), приет през 2010 г., установява „споделена отговорност" между правителството, работодателите и гражданите, за да се гарантира, че всички американци имат *достъпно и качествено* здравно осигуряване. Независимо от това здравното осигуряване остава фрагментирано, с многобройни частни и публични източници, както и с висок процент

неосигурено население. Центровете за медицински услуги управляват Medicare (федерална програма за възрастни над 65 години и някои хора с увреждания) и работят в партньорство с щатските правителства за администриране, както на Medicaid, така и на Програмата за здравно осигуряване на децата (CHIP) - конгломерат на федерално-държавните програми за някои слоеве с ниски доходи [191].

Структура на здравната система на САЩ

Американската система за здравеопазване е продукт на десетилетия растеж и развитие, които твърде често водят до различни недостатъци и сериозни проблеми. Решенията на тези проблеми, независимо дали идват от частния сектор или правителството, често са само временни.

В резултат на това системата е комплекс от пластични корекции, съставени предимно от частични и временни поправки. Това краткосрочно мислене и непредвидените последици от законодателната политика са създали сложна здравна система, която е неефективна и трудна за разбиране.

В основата на всяка здравна система, включително американската, всеки продукт или услуга се предлага на потребителя на определена цена. Правилата, според които се уреждат тези взаимоотношения, произхождат от различни субекти, но от всички се очаква да са в съответствие със законите на страната.

- *Регулаторни органи и политически фигури в здравната система на САЩ*

Федералното правителство, което се намира на върха на пирамидата, дава тон на цялата система. В течение на годините са създадени много институции за контрол на различни области на здравната индустрия (фиг. 3). Регулаторните органи имат за цел да интерпретират, въведат и осигурят спазване на текущите закони на САЩ, които се отнасят до и управляват здравната индустрия. Обхвата на регулаторното влияние на тези институции се определя от законите, които те прилагат.

- *Платци в здравната система на САЩ*

Финансирането на здравната система на САЩ идва от няколко източника : публичен сектор (федерално правителство, щатски и местни правителства) ; частен сектор (частни застрахователи и бизнеси) и потребители (лични разходи и плащания). 47 % от разходите са от публичния сектор, а 53% – от частния сектор.

- *Предоставящи здравно обслужване в здравната система на САЩ*

Тази категория включва всички лица и организации, които предоставят здравно обслужване на потребителя. Те включват лекари, болници, социални домове ; частно практикуващи лекари, групови практики, многопрофилни болници, специализирани болници, амбулатории (хирургия, образна диагностика и т.н.) и други интегрирани здравни системи.

Фармацевтичните компании и фирмите за медицинско оборудване са значима част от здравната система и се считат за отделни индустрии. Също като частните осигурителни компании, повечето от тези организации са със стопанска цел и съществуват в различна конкурентна среда.

- *Потребители*

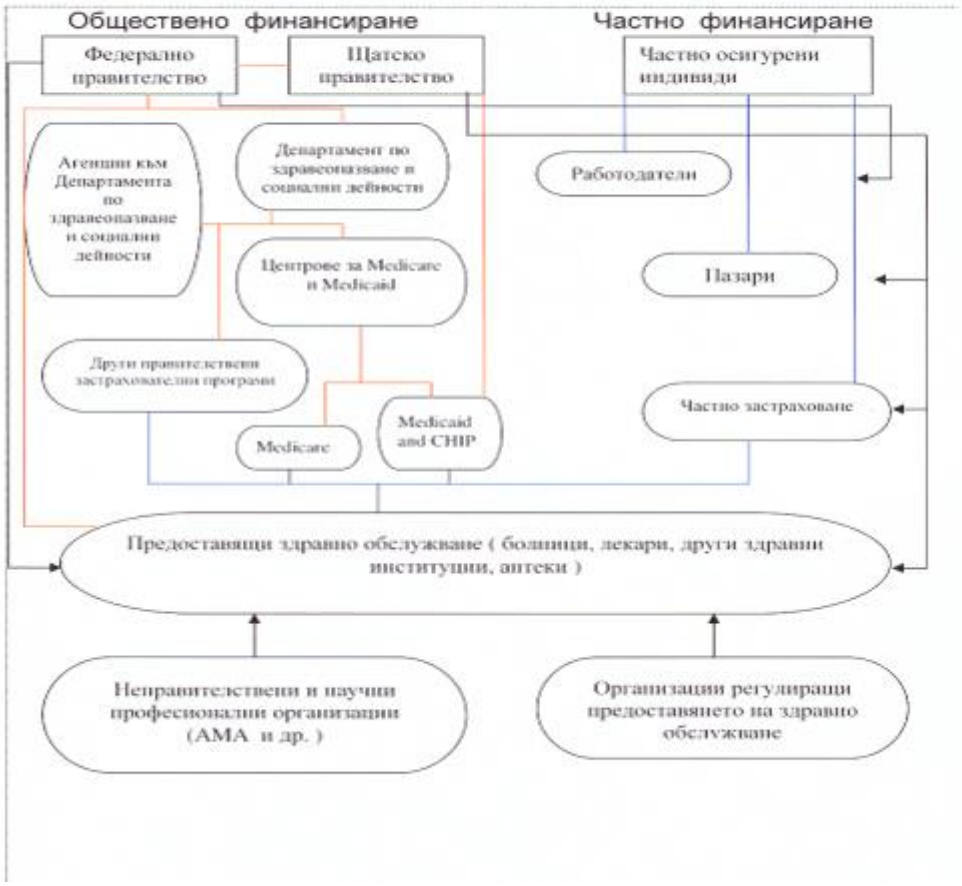
Потребителите на здравни грижи се различават от потребителите в други сектори на икономиката. Между тях има две основни различия: потребителите на здравни грижи често зависят от съвета на лекаря относно взимане на решения за лечение ; в повечето случаи потребителят не е наясно за пълните разходи за своя избор.

В САЩ съществуват **три отделни** вида здравни застраховки :

- Медицинска застраховка – Medical Insurance
- Дентална застраховка – Dental Insurance
- Офталмологична застраховка – Vision Insurance

Source: Adapted from T.Rice et al. " United States of America: Health Sistem Review", Health Sistem in Transition, vol.15,no3, 2013, p.27.

Фиг.2. Организация на здравната система на САЩ



Основни субекти на управлението на здравната система

Департаментът по здравеопазване и социални дейности на САЩ – Department of Health and Human Services (HHS) е основната институция на федералното правителство, ангажирана със здравни услуги. Организациите, които попадат в обхвата на HHS, включват:

- Центрове за медицински услуги
- Центрове за контрол и превенция на заболяванията, които провеждат изследвания и програми за защита на общественото здраве и безопасност
- Националните институти по здравеопазване, които отговарят за биомедицинските и здравните изследвания
- Администрация на здравните ресурси и услуги, която подкрепя усилията за подобряване на достъпа до здравни грижи за хора, които са несигурни, изолирани или медицински уязвими
- Агенция за изследвания и качество в областта на здравеопазването, която провежда основани на доказателства изследвания върху практиките, резултатите, ефективността, клиничните насоки, безопасността, опита на пациентите, здравните информационни технологии.
- Администрацията по храните и лекарствата, която отговаря за популяризирането на общественото здраве чрез регулиране на хранителните продукти, тютюневите изделия, фармацевтичните продукти, медицинските изделия и ваксините.
- Център за медикаменти и медицински иновации, агенция която тества и разпространява обещаващи модели за заплащане и предоставяне на услуги, предназначени да намалят разходите, като запазят или подобрят качеството
- Изследователски институт, ориентиран към пациентите, създаден също от Закона за достъпни грижи - Affordable Care Act (ACA), който има за задача да определи национални приоритети за клинична сравнителна ефективност и да управлява научни изследвания по широк спектър от теми.

Националната медицинска академия е независима неправителствена организация, която работи извън правителството, действа като **съветник на политиците** и частния сектор за подобряване здравето на нацията. Асоциациите на заинтересованите страни (напр. Американската медицинска асоциация) коментират и лобират за политиките, засягащи здравната система.

Националният форум за качество с нестопанска цел изгражда консенсус относно националните приоритети за ефективността и стандартите за измерване на резултатите и публичното им отчитане. Американският съвет по медицински специалности и Американския съвет по вътрешни болести предоставят сертификат на лекари, които отговарят на определени стандарти за качество.

2.3.Модели и механизми на финансиране

- ***Развитие на системата за задължително здравно осигуряване за цялото население***

Всички граждани трябва да имат здравно осигуряване.

Застраховката **се закупува независимо**, ако не надвишава 8% от годишния доход на гражданина, а ако той не е осигурен, тогава му се налага глоба в размер от 1 до 2.5% от дохода.

- Ако застраховката е повече от 8% от доходите на гражданите и е по-малка от 14 400 долара на човек на година или по-малко от 29 300 долара за семейство от 4 души, държавата осигурява тези граждани чрез програмата Medicaid.
- За гражданите, които имат доходи от $ 14,400 до $ 43,320 на човек на година или от $ 29,330 до $ 88,200 за четиричленно семейство, се предоставят данъчни субсидии.
- Младите хора на възраст от 19 до 26 години, които преди това са предпочели да не бъдат осигурени, могат да останат в застрахователния план на родителите.
- За малките предприятия (25 души или по-малко), ако решат да осигурят на своите служители групови планове, се предоставят и данъчни субсидии.
- За работодатели с повече от 50 служители се предлага избор - или задължителна застраховка за всички служители, или заплащане на допълнителен данък за всеки служител в размер на 2000 долара годишно .
- Служителите на средни и малки предприятия имат право да останат в груповия застрахователен план на работодателя [166].

- ***Регулиране на застрахователните ставки и застрахователното покритие:***
  - Застрахователните компании нямат право да откажат на никого застраховка и да установят по-високи осигурителни ставки за тези, които имат висок риск от развитие на болест.
  - Планът за осигуряване трябва задължително да обхваща медицински мерки за профилактика и ранна диагностика на заболяванията, стационарно лечение, лекарства в амбулаторни условия и услуги за дългосрочни грижи, т.е. държавата създава "основен пакет" здравно осигуряване.

- Държавата регулира доходите на застрахователните компании като чрез това не повече от 15-20% от средствата остават за административни разходи и печалба.

- ***Опростяване на процеса на избор на застрахователен план за населението***

Създава се **"фондова борса"** на застрахователни планове, при които гражданите и работодателите могат да избират на **конкурентна основа** застрахователния план, който е най-подходящ за тях и да получат консултации.

В САЩ действат множество здравно – осигурителни компании. Най – популярни са :

- CIGNA
- AETNA
- AARP
- Blue Cross & Blue Shield Association
- Kaiser Permanente
- UnitedHealth Group

- ***Регулиране на цените на медицинските услуги и подобряване на качеството на медицинската помощ***

За тази цел се прилагат следните инструменти:

- Днес повечето работодатели в САЩ имат данъчни облекчения за здравно осигуряване.
- Организиране на "обмена" на застрахователни планове и прозрачна конкуренция между тях.
- Създаване на "Независим консултативен съвет по финансиране".
- Създаване на комисия, която ще се занимава със "Сравнителната оценка на медицинските технологии".
- Включване на медицински организации в плана "Отговорни медицински организации" (ACO - Associated Care Organizations). Същността на тази инициатива е, че ако едно лечебно заведение или частна лекарска практика се включи в програмата, те са задължени да докладват за състоянието на качеството и резултатите от анализа на установените индикатори . Този модел мотивира предоставящите здравно обслужване да спестят пари от

правителствени програми, при условие, че качеството се поддържа на високо ниво.

Планира се да бъдат изразходвани около 940 млрд. долара за реформата за 10 години. Въпреки огромните разходи според оценките на експертите, това е единствената реформа, която ще намали федералния бюджетен дефицит на САЩ с 1 трилион долара за 10 години поради по-ниски разходи за медицинска помощ [166].

- ***Очаквани ефекти от реформата***

32 милиона американци са допълнително застраховани след 2019 г. Застрахователните компании ще получат увеличение на броя на осигурените най-малко с 25 милиона души. Държавата ще избегне нарастването на федералния бюджетен дефицит.

Тази реформа вече е одобрена в някои щати. В други е разширено държавното финансиране на застрахователната програма за бедни Medicaid.

В резултат на това се увеличава броя на осигурените лица и обема на безплатна медицинска помощ за всички осигурени по тази програма. Това води до намаляване на смъртността, подобряване на достъпа до здравни грижи и общо подобряване на здравето.

2.4. Здравноосигурителните компании като регулатор на поведението на пациентите

Здравноосигурителните компании в САЩ се явяват своего рода „помощници" в дейността на лекарите за първични грижи – (Primary Care Physicians), чрез т.нар. **„Годишен тест за здравното състояние на пациента"**. Извършва се ежегодно във втората половина на м.декември – on line.

Представлява въпросник от две страници, който пациентът трябва да попълни и изпрати:

- Пол
- Възраст
- Ръст
- Тегло
- Тютюнопушене – вид, честота, брой цигари (пури)
- Употреба на алкохол – колко, какъв, честота

- Употреба на наркотици – какви и колко често
- Физическа активност – каква и колко често
- Хранене – колко пъти дневно, къде, колко порции плодове и зеленчуци, колко често месо
- Вода – количество на ден
- Колко време пътувате до работното място – вид превоз, км.
- Годишен отпуск – колко дни и как го прекарвате
- Сън - колко часа
- Почивка – колко часа
- Резултати от клинични изследвания - хемоглобин, СУЕ, кръвна захар, холестерол – LDL, HDL, кръвно налягане, урина
- Последна колоноскопия
- Последна мамография
- Хронични заболявания

Веднага след като пациентът изпрати попълнения тест, получава отговор със заключение за здравното си състояние. Това е скала от 1 до 100 в % като 100% (между 90 и 100%) е отлично здраве, а до 20% „застрашително" или „лошо". Пациентът също получава съответни съвети с оглед подобряване на здравното състояние. Например, да намали броя на изпушените през деня цигари или да спре въобще тютюнопушенето; да увеличи физическата си активност и др.

Ежегодните профилактични прегледи при лекаря за първични грижи са задължителни. Застрахователните компании имат информация за това и при повече от два **пропуснати ежегодни профилактични прегледа налагат „наказание" на пациента** – ежемесечната застрахователна вноска, плащана от пациента, бива увеличавана с известен процент.

Този тест действа **мобилизиращо**, прави пациента по-отговорен за собственото му здраве с всички произтичащи от това положителни резултати.

Безспорно това е един позитивен управленски подход в практиката на американското здравеопазване, който заслужава по-широко международно внимание и приложение.

От своя страна, всеки лекар за първични грижи се обажда по телефона на своите пациенти, когато приближава датата за годишен профилактичен преглед и му записва час. Същото прави и личния дентален лекар.

2.5. Маркетингови подходи: системен конкурентен анализ и удовлетвореност на пациентите

В рамките на сектора на здравеопазването в САЩ конкуренцията влияе върху няколко взаимозависими перспективи с многобройни проучвания, които отчитат въздействието на **засилената конкуренция**. Например, в няколко изследвания на **Kassirer J.P** и **Chassin M.R** са отразени отношенията между конкуренцията и качеството на здравеопазването; **Robinson J.C** разглежда отношенията между конкуренцията и разходите за здравни грижи ; а **Miller R.H.** между конкуренцията и удовлетвореността на пациентите [130, 89, 177, 154] . Тези проучвания показват, че конкуренцията може да увеличи ползата за потребителите в течение на времето.

Подобренията в качеството и процесите водят до намаляване на разходите, което от своя страна води до повишено удовлетворение на потребителите.

P.Rivers и **S.Glouver** разработват модел за анализиране на редица сложни проблеми и взаимоотношения, свързани с конкуренцията в здравната индустрия [176].

Специално внимание се обръща на **въздействието на конкуренцията** в контекста на:

1. Нестабилна външна среда върху стратегическата мисия и цели на организацията на здравеопазването
2. Вътрешната й среда по отношение на качеството и разходите в системата на здравеопазването и как те са свързани с удовлетворението на пациентите.

Насоките, които експертите посочват се определят от: възможността да се осигури разбиране за конкуренцията в здравеопазването по отношение на удовлетвореността на пациентите; идентифицирането и разбирането на механизма на конкуренцията в сектора на здравеопазването, ако се предлагат на пациентите допълнителни услуги и продукти; прилагането на теории, концепции и принципи от други дисциплини, за да се получи представа за конкуренцията в здравеопазването; необходимостта от детайлно разбиране на влиянието на засилената конкуренция чрез по-точна дефиниция, както и чрез знания от други дисциплини.

Теоретичната основа на този модел прилага **системен подход към разбирането на връзката между конкуренцията и удовлетворението на пациентите,** което

разпознава външната среда като **катализатор за повишена конкуренция в сектора на здравеопазването** [176].

Правителствените разпоредби, политическата динамика, променящите се социални и демографски характеристики и непрекъснато развиващите се технологии водят до значителна промяна в сектора на здравеопазването. Логично следва разпадането на здравните мрежи и засилване на конкуренцията и влиянието върху разходите.

Традиционната конкуренция в здравеопазването включва един или повече елементи (например цена, качество, удобство и продукти или услуги от първостепенно значение); конкуренцията обаче може да се основава и на нови технологии и иновации. **Ключова роля** на конкуренцията в здравеопазването е възможността да се осигури **механизъм за намаляване на разходите за здравни грижи.** Конкуренцията като цяло **елиминира неефективността**, която би довела до високи производствени разходи, и в крайна сметка да се прехвърлят на пациентите. Отбелязва се, че през 80-те години правителството на САЩ се опитва да промени здравните грижи в Америка чрез използването на пазарни принципи.

U.E. Reinhardt твърди, че конкуренцията не би могла да повиши ефективността в здравната индустрия, защото публичните и частните застрахователни компании плащат три четвърти от сметките за здравеопазване. Експерти идентифицират няколко елемента на конкуренция в областта на здравеопазването, свързани с **неблагоприятни стратегически решения:** неправилно ниво на конкуренция, фокусиране върху намаляване на разходите, неправилен географски пазар, фокусиране върху проучвания за удовлетвореност [174].

Авторите **M.E.Porter** и **E.O.Teisberg** се застъпват за печеливша конкуренция в здравеопазването, характеризираща се със следните особенсти: профилактика, диагностика и лечение на специфични заболявания; увеличаване на ползата; подходящо ниво на конкуренция; подходящ пазар; и правилна информация за доставчиците, лечението и алтернативите за специфични състояния [172].

Въпреки че конкуренцията, базирана на печалба, има много потенциал, това не е сигурен успех, тъй като са **необходими съществени реформи**. Конкуренцията е жизненоважна дейност в сектора на здравеопазването и се състои от три компонента, които включват всички основни заинтересовани страни – предоставящи здравни грижи, платци, работодатели и пациенти.

Първият компонент се състои от лица, които предоставят здравни грижи (напр. лекари и други практикуващи). Според **W. Greenberg,** лекарите могат да се конкурират за пациенти, които са в състояние да плащат за обслужване и нямат здравно осигуряване, или за пациенти, чиито разходи са платени от застрахователи. Лекарите могат също така да се състезават за принадлежност към Организация на предпочитаните предоставящи здравно обслужване (Prefered Provider Organization PPO) или да създадат Асоциация от независими практики - Independent Practice Association (IPA), за да осигурят потока на пациентите си. Накрая, лекарите могат да се конкурират на медицинския пазар, като намаляват конкуренцията от не-лекари като психолози и др [107].

Вторият компонент се състои от организации, които предоставят здравни услуги (напр. болници, болнични системи или други организации за здравни услуги). Болниците се конкурират за лекари, платци на трети страни и пациенти едновременно според **I.C.Harris** и **R.R.McDaniel** . В света на здравеопазването организациите трябва да обмислят миграцията и недостига на лекари. Това винаги е било предизвикателство и особено в специалностите за първична грижа в районите с недостатъчно обслужване [112].

Третият компонент се състои от организации, които предоставят здравно финансиране и осигуряване и здравни планове (напр. организации за здравно управление, предпочитани организации на доставчици и различни застрахователни компании). Купувачите на застрахователни планове трябва да са запознати с различните цени и трябва да могат да направят информиран избор, когато решават какви планове да купят. При тези предположения конкуренцията между плановете за здравно осигуряване може лесно да се идентифицира с фактори като достъп, премии, ползи и качество. **I.C.Baker** обсъжда пет важни концептуални въпроса за **измерване на конкуренцията на пазарите на здравеопазване**, включително идентифициране на предлаганите продукти, пазарни зони, избор на основна мярка, отчитане на сили, които променят динамиката на конкуренцията и отчитане на управляваната грижа [75].

Характерен подход на медицинските заведения в САЩ е системното провеждане на анонимни анкети на пациентите – средно 1 до 3 пъти годишно. Това е особено позитивен фактор, има отношение към маркетинга и същевременно приобщава пациентите към дадено лечебно заведение, прави ги **съпричастни** към решаването на техните здравни проблеми и създава позитивна нагласа към диагнодстично-лечебните процедури.

R.H. Palmer *et al* . дефинира качеството на здравеопазването като "подобряване на здравето и удовлетвореността на населението в рамките на ограниченията на съществуващите технологии, ресурси и потребителски обстоятелства". За лекарите качеството на здравето обикновено включва техническо взаимодействие и взаимодействие между лекар и пациент [165].

Уменията, с които се предоставят подходящи грижи, изискват подготовка, преценка и навременност на изпълнението. Качеството на взаимодействието между лекарите и пациентите зависи от няколко фактора, като качество на комуникацията, способност на лекаря да поддържа доверието на пациента и способност на лекаря да се грижи за пациента със **загриженост, съпричастност, честност, такт и чувствителност.**

S. Linder-Pelz предлага още следните елементи-критерии, които трябва да се използват за определяне на удовлетворението [144]:

- достъпност или удобство,
- наличност на ресурси,
- приемственост на грижите,
- ефикасност или резултати от грижи,
- финанси,
- човечност (етика),
- събиране на информация,
- качество или компетентност.

В днешния високо конкурентен пазар на здравеопазване **удовлетворението** служи не само като **монитор за качество** и подобрение, но и за привличане на пациенти и застрахователи. Информацията за удовлетворението на пациентите е важен **маркетингов подход.**

Измерването на удовлетвореността служи и като важен инструмент за **одит** и подобряване на качеството във всички видове здравни организации.

Резултатите от проучването за удовлетворението на пациентите могат да се използват за по-нататъшно подобряване на управлението на грижите и подобряване на качеството на резултатите за пациентите.

Също така трябва да има обща философия, която да оценява качеството.

Основната грижа по отношение на използването на мерки за удовлетвореност на пациентите за представяне на качеството на грижите или оценка на резултатите от тях е, че здравните специалисти често считат, че оценката на пациентите е неправилна или

предубедена, затова те нерядко **подценяват** този критерий. Тази теория може да помогне да се обясни защо повечето пациенти са доволни от медицинските грижи или от персонала, докато по отношение на други аспекти на услугите по време на предоставяне на здравни грижи (напр. храна, паркинг и удобства) обикновено съществуват повече мнения [144].

Конкуренция и удовлетвореност на пациентите: модел на изследване и предложения

Моделът изобразява удовлетворението на пациентите като изходна мярка, пряко зависима от конкуренцията, и непряко чрез разходите за грижи и системи за здравеопазване. Те са пряко зависими от стратегическата мисия и цели на организацията. Според **P.A.Rivers и S.H.Glover** стратегическата мисия на организацията се възприема като посредничество за връзката между конкуренцията и удовлетвореността на пациента. Възприеманите от него резултати и очаквания се разглеждат като умереност на връзката между качеството на грижите и разходите за здравни системи и удовлетворението на пациентите **[** 176].

Важен елемент от модела е **стратегическата мисия и цели на организацията**. Мисията или целта на дадена организация осигурява обща посока по отношение на качеството на здравето и разходите, и отразява цялостната вътрешна организационна среда.

Външната среда на организацията, на която конкуренцията е основен двигател, оказва влияние върху стратегическото ръководство на организациите в бранша. Мисията определя какво може да направи организацията по отношение на качеството и разходите и формулира основните ценности и принципи, които ръководят начина на предоставяне на услугите. Някои болници изграждат репутацията си на принципите на **качество, сътрудничество, състрадание и иновации** като основни двигатели и не задължително скъпи (напр. Болница Кливланд).

Мисията, целите и институциите за финансова подкрепа имат възможност да привлекат най-добрите лекари, медицински сестри, помощен персонал, да придобият най-актуалното и най-новото оборудване и технологии и да привлекат пациенти.

Стратегическата мисия, целите на организацията и **удовлетвореността** на пациента изисква модел, който определя значимата роля на конкуренцията. Очакванията на пациента по отношение на нуждите и желанията се вземат предвид в

проектирането, комуникацията, ценообразуването и предоставянето на здравни грижи и услуги.

Според експерти конкуренцията между здравните планове, болниците и лекарите се основава главно на **цената**. Не е ясно обаче дали икономиите на разходи от ценовата конкуренция са резултат от по-добра ефективност или за сметка на качеството на грижите .

Brook и Kosecoff предполагат, че при засилване на конкуренцията, много вероятно е да се използва термина "удовлетворение на пациента" вместо "качество на грижата". В процеса на анализ на ефективността на конкуренцията в здравните системи, интересът от печелене на пари води до използване на маркетингов подход и измерване на удовлетвореността на пациента. Целта е привличане на повече пациенти [87].

Качеството на грижите е трудно да се определи в количествено отношение и да се сравни. Въпреки това, **P.Jacobs** съобщава, че **качеството на продукта е основен елемент на здравните грижи** [127].

Обичайна практика е здравно-застрахователните компании да предлагат различни видове политика по отношение на покритието.Това може да се разглежда като различие в качеството на политиката, което води до разлики в качеството на услугите.

Трябва да се признае, че пазарът е несъвършено конкурентен според **V. Fuch** поради фактори като **бариери за навлизане**, асиметрия на информацията, монополна власт, нееднородност в качеството или характера на здравните услуги, преобладаващи външни фактори, общи мотиви, различни от чистата печалба, и значителна степен на несигурност [100].

Поради несъвършенства в конкуренцията съществуват и пазарни неуспехи в сектора на здравеопазването.

Разликите в качеството подобряват конкурентноспособността и могат да доведат до "лоялност към марката", която е силно свързана с удовлетворението на пациента от продукта или услугата**.**

В сектора на здравеопазването **високотехнологичните услуги** са склонни да привличат потребители. Конкуренцията не е по-добра от регулирането по отношение на контрола на разходите при прилагане на нови технологии. Тъй като равнището на конкуренцията в рамките на пазара на здравеопазване се увеличава, нивото на удовлетвореност на пациентите се повишава.

Един от **ключовите въпроси**, когато се дискутира темата за конкуренцията и удовлетвореността на пациентите, е "Какво влияние оказва повишената конкуренция върху качеството на здравеопазването и в крайна сметка удовлетвореността на пациентите?"

Има малко доказателства за връзката между конкуренцията и качеството на здравните грижи, предоставяни на пациентите.Тъй като болниците активно участват в конкуренцията, качеството на грижите се увеличава. Може да се направят следните **изводи**:

- Тъй като нивото на конкуренция в рамките на пазара на здравеопазване се увеличава, качеството на здравните грижи, предоставяни на пациентите се повишава.
- Тъй като качеството на здравните грижи, предоставяни на пациентите се повишава, нивото на удовлетвореност на пациентите се увеличава.

Въвеждането на фиксирано плащане и конкурентно оферирание е много по-скъпо и по-малко привлекателно за болниците, които се конкурират повече въз основа на цената. Повишената конкуренция е свързана с намаляването на разходите и, за да се намалят цените, болниците трябва да станат по-рентабилни.

Организации за поддържане на здравето (Health Maintenance Organizations – **HMOs)** намаляват разходите чрез фиксирано бюджетно финансиране, намаляват хоспитализацията на пациентите и болниците използват по-малко ресурси. Ако те контролират обема на пациенти, конкурентното въздействие ще се съсредоточи върху разходите на системата за здравеопазване. В резултат на ниските разходи за здравната система, пациентите ще заплащат по-ниски такси за услуги и ще бъдат по-удовлетворени. Може да се направят следните **изводи:**

- Тъй като равнището на конкуренция в рамките на пазара на здравеопазване се увеличава, нивото на разходите за здравната система намалява.
- Тъй като нивото на разходите за здравната система намалява, нивото на удовлетвореност на пациентите се увеличава.
- С увеличаването на разходите на системата за здравеопазване се увеличава качеството на здравните грижи, предоставяни на пациентите.

Моделът може да бъде използван за изследване на различни видове системи за здравеопазване. Той се фокусира специално върху **факторите за ефективност** [176].

Ако тези фактори са високи, пациентите ще бъдат удовлетворени, когато са ниски, пациентите няма да бъдат доволни.

Здравеопазването е изправено пред много предизвикателства. Въздействието на засилената конкуренция върху качеството на здравните грижи и системните разходи не е ясно. В допълнение, доказателствата относно връзката между качеството на здравните грижи, предоставяни на пациентите, и системните разходи за предоставяне на здравни грижи, не са много. Взаимоотношенията на конкуренцията и качеството, разходите и удовлетвореността на пациентите налага те да бъдат разглеждани едновременно. За тази цел се използва един **изследователски модел**, който включва предложения за проучване на сложните проблеми на конкуренцията в сектора на здравеопазването.

Регулаторните усилия са насочени към намаляване на разходите за системата на здравеопазването, без да се намалява качеството на грижите. Целта е идентифициране на области със значително въздействие върху удовлетворението на пациентите, като в същото време поддържат високо качество на здравно обслужване при по-ниски разходи в конкурентна среда.

3. Реформиране на здравеопазването в САЩ - тенденции и процеси на организационна промяна

3.1. Здравно-политически аспекти на опитите за реформиране от президентите Клинтън и Обама

Системата на здравеопазване в САЩ е подложена на непрекъсната критика. Американците плащат за здравни грижи средно с една трета повече от британците, наполовина повече от японците и италианците и три пъти повече от канадците. По-скъпото лечение носи и по-големи печалби. В случай на неуспех, обаче, лекарят го грози съдебен процес и високи обезщетения.

Една от причините за високите стойности на лечението са увеличените юридически услуги. Излизащият от болницата пациент често получава оферта да обвини болницата или лекаря за лошото лечение. Адвокатските бюра не гарантират спечелването на делото, но и не взимат за него никакви такси. В случай на успех взимат 30-50 %. Застрахователните фирми, осигуряващи лекарите, трябва да плащат все повече обезщетения. Така се увеличават вноските на лекарите при застраховките за

гражданска отговорност. В резултат на това поскъпват лекарските услуги, в които е калкулирано застраховането. Така системата приема формата на спирала, като предизвиква постоянно оскъпяване на медицинските услуги.

Пациентите плащат обикновено една четвърт от стойността на лечението. Останалите три четвърти се покриват от частното здравно осигуряване и федерални програми (финансирани от данъците): Medicare, Medicaid и др.

Опит за промяна на това състояние на здравеопазването предприе Президентът Клинтън.

Kaiser Permanente Institute for Health Policy установява в свое проучване, че разходите за фармацевтични продукти в САЩ на глава от населението са достигнали $ 1,010 през 2012 г. Всяка втора развита държава в света, освен САЩ, има разработен някакъв механизъм за контрол на цените на лекарствата [129].

Анализът на проучването на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие – Organization for Economic Cooperation and Divelopment (OECD), проведено през 2013 г. посочва, че американците изразходват за лекарства 40 % повече от канадците.

По време на дебата за здравната реформа, здравно осигурителните компании са на мнение, че политиците трябва да се фокусират върху „истинските двигатели на разходите в здравеопазването“ – болниците, лекарите и фармацевтичните компании. Производителят на лекарства Gilead постави цена от $ 1000 за една таблетка от новия си медикамент против хепатит С. Фармацевтичните компании могат да си позволят такива волности, защото нито частните здравно осигурителни компании, нито дори правителството на САЩ, не могат да ги спрат.

Реформата в здравеопазването се оказва неизбежна. Предложената от Президента Барак Обама реформа предизвиква дълги дебати. Кой ще плати реформата със стойност $ 940 млрд.? Президентът обясни тогава, че реформата сама ще се изплаща и дори ще доведе до спестяване на средства.

Въпреки голямата съпротива здравният закон, който официално се нарича Закон за защита и достъпни грижи за пациента - Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) или Закон за достъпни грижи - Affordable Care Act (ACA) на кратко, или ObamaCare, беше подписан от Президента като закон на 23 март 2010 г.

ACA има за цел „ да осигури достъпни, качествени здравни грижи за всички американци и да спре увеличаването на разходите за здравеопазване и други“.

Основните мерки в този закон са насочени към:

- Здравните застраховки - задължителни за всички, при неплащане следват глоби.
- Чрез субсидии и данъчни облекчения държавата облекчава здравните вноски на социално слаби граждани и на малки фирми.
- Здравно застрахователните компании нямат право да отказват да обслужват клиенти/пациенти на базата на здравословното им състояние.
- Организират се „борси“ в отделните щати, на които физически лица и работодатели да избират здравни осигуровки.
- Младите могат да остават в застрахователните планове на родителите си до 26-годишна възраст.

Така още 32 млн. американци добиват здравна застраховка. Реформата ще намали федералния дефицит по перо „здравеопазване“ през следващите десет години със $ 143 млрд. [166].

Като цяло реформата цели не само подобряване на системата на здравеопазване, но и здравословното състояние на отделните пациенти. Ето и шестте основни приоритетни области:

- **Качество**: Подобряване на медицинското обслужване чрез разработване и прилагане на по-ефикасни начини за измерване на качеството, цената и стойността.
- **Финансиране**: Реформира плащанията в здравеопазването и обезщетенията за насърчаване на качеството и стойността.
- **Технологичен напредък**: Използване на актуални инструменти, вкл. електронни медицински досиета, електронни рецепти и други технологии за по-бързо и по-ефективно подобряване на грижата за пациента.
- **Доказателство**: Представяне на по-добри доказателства с оглед осигуряващите медицински грижи и пациентите да взимат по-добри решения в процеса на лечение.
- **Достъп**: Разширяване на достъпа до евтино и качествено по отношение на здравно осигурително покритие здравно осигуряване.
- **Иновации**: Насърчаване на бързи и ефективни медицински иновации, които да подобряват здравето на пациента [39].

Реформата на здравната система ACA представлява неспиращо усилие за подобряване на националната здравна система. Усилия за подобряване на здравеопазването са правени в продължение на десетилетия.

Ето някои от причините, поради които здравната реформа ObamaCare е приета като закон:

- Здравната реформа на Президента Барак Обама осигурява достъпа на неосигурените граждани до здравно обслужване.
- ACA коригира „пропуски“ в частта от програмата Medicaid, лекарства за възрастни пациенти.
- ObamaCare преустановява отказа за осигуряване на пациенти поради предхождащи здравни състояния.
- Здравноосигурителните компании могат да спрат осигуряването на пациент, поради болест или да спрат плащането на лечението при изчерпване на годишния лимит или лимита за цял живот, защото не покриват скъпо струващо лечение. С ACA това се преустановява.
- Здравноосигурителните компании могат да увеличават премиите без ограничение. Реформата решава и този проблем.
- Реформата ObamaCare разширява достъпа до Medicaid и повече от 15 млн. души са се включили.
- Преди ACA превантивните мерки и тези за промоция на здравето не са били покривани адекватно от здравно осигурителните компании. ACA покрива тези грижи без допълнително заплащане от пациента.
- Реформата осигурява намаляване на данъците на работодатели, които осигуряват работниците си и от малкия бизнес.
- Новият закон задължава големите работодатели да осигуряват работниците си [39].

Въведената с ACA реформа прокара промени, водещи до **повече солидарност и по-малко пазар** в системата на здравното осигуряване. Промените предвиждаха преразпределение на ресурси от осигурени към неосигурени, така че и последните да получат достъп до медицинска помощ [117].

ObamaCare е едно от **знаковите постижения** на администрацията на Президента Барак Обама.

Противниците на реформата считат, че тя е довела до увеличаване на разходите за здравеопазване и до отрицателни промени в застрахователната сфера.

Часове след като встъпва в длъжност, новият Президент на САЩ Доналд Тръмп подписва указ срещу закона за здравната реформа ObamaCare. Още по време на президентската си кампания той се обявява **против реформата** и обещава да я отмени.

Още на 22 януари 2016 г е представен план за постепенната отмяна на The Patient Protection and Affordable Care Act. По-късно Президентът Доналд Тръмп посочва, че може да отмени част от него и да запази друга, но за сега не са ясни конкретните му планове за промяната му.

Какво би могло да бъде премахнато от ACA от администрацията на Президента Тръмп [33].

Приетият през 2010 г. ACA представлява най-сериозната реформа в здравеопазването от 1960 г. насам. Тя си поставя амбициозната цел да реши проблеми като високите и непрекъснато увеличаващи се разходи за здравеопазване, неравния достъп до медицинска помощ и неефективността при предоставянето й, а също и проблеми на общественото здраве.

През 1960 г. осигурените пациенти на възраст над 65 г. са били под 50 %. Преди приемането на ObamaCare те са 12 % - 18 %, сега те са 17.5 млн. души. Премахването на ACA може да доведе до ограничения, които да обърнат тази тенденция. От 2010 г. насам всеки родител можеше да осигурява здравно децата си до 26 г. възраст. С промените, които се предвиждат в реформата на Президента Тръмп American Health Care Act, ще бъде премахната тази възможност и над 3 млн. млади американци ще останат без застраховка.

Сега влияние върху цената на застраховката имат само факторите възраст, тютюнопушене и местоживеене. С промените могат да бъдат включени фактори като индивидуални характеристики на пациента, здравословно състояние и предишни плащания.

Въведената с ObamaCare забрана на застрахователните компании да отказват застраховки на пациенти с „предхождащи състояния“ може да бъде отменена. Случвало се е пациент, вече диагностициран с хронично заболяване да не може да промени застрахователния си план, защото лечението му няма да бъде реимбурсирано занапред. Тъй като не може да бъде отказана медицинска помощ на спешни неосигурени пациенти, а няма кой да възстанови направените разходи за лечението им, те остават за сметка на болницата. Този проблем ще се задълбочи, ако ACA бъде отменен. Възможно е също така разширяването на програмата за бедни Medicaid да бъде спряно, което би затруднило още повече лечението им [118].

САЩ изразходват по $ 8915 на глава от населението за здравеопазване и по този показател е на първо място сред страните от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (OECD). Същевременно много държави, които изразходват с около 30 % по-малко средства, осигуряват по-качествена медицинска помощ [84]. След 2010 г. е създаден Център за иновации към Федералния център за Medicare и Medicaid с функции да създава и наблюдава нови по-ефективни методи за плащане и модели на клинична грижа. Създадените Accountable Care Organizations (ACO), представляващи групи от лекари, болници и други изпълнители на медицинска помощ, имат за цел да предоставят координирани и комплексни медицински услуги, като така се осигурява своевременна медицинска помощ, без дублиране на дейности. Организирани са програми за „преходна грижа“, които предотвратяват връщането в болница на пациентите и се възприемат методи за изчисляване на коефициент на рехоспитализациите [39].

Съдбата на тези програми и организации остава неясна при администрацията на Президента Тръмп.

Някои специалисти наричат американската система „болна“, защото е насочена към лечение, а не към превенция. С ObamaCare е създаден **Национален съвет по превенция, здравна промоция и обществено здраве**, който отговаря за прилагането на Национална програма по превенцията. Има програми, насочени към общественото здраве, като програмата „Милион сърца“ с цел да предотврати един милион инфаркта и инсулта до 2017 г.; Национална програма за превенция на диабета с цел идентифициране на хора в преддиабетно състояние и чрез осигуряване на подходяща диета и физическа активност да намали с 58 % броя на пациентите, които развиват това заболяване.

Промените, планирани от републиканците, говорят за стремеж към премахване на тези програми. Това, обаче, според Доналд Бъруик, директор на Института за развитие на здравеопазването в САЩ, няма да бъде лесно, тъй като близо 20 млн. души биха останали извън здравноосигурителните програми.

Американските конгресмени от Републиканската партия се отказаха от предложението си за отмяна на здравната реформа ObamaCare. Те търсят подкрепа, за да я заменят с предложената от Президента Тръмп American Health Care Act. Освен всички конгресмени демократи, още над 30 републиканци подкрепят старата система. „Ще живеем с ObamaCare в обозримото бъдеще“ е заявява на пресконференция лидерът на Камарата на представителите Пол Райън и добавя „Преминаването от опозиционна

към управляваща партия е болезнено и се учим. Правенето на големи неща е трудно“ [26].

А през м. февруари 2017 г. Президентът Тръмп твърди, че здравеопазването е невероятно сложна тема и според него след неговия крах ще бъде необходимо да се сътвори велик план за здравеопазването на хората [26].

САЩ отново се връщат към пазарния модел на здравеопазване. Дебатът ще продължи заради поляризацията на мнения и разделението, както в обществото, така и сред конгресмените.

Прилагане на Закона за достъпни грижи: Състоянието на щатите

Законът за достъпни грижи има потенциала да увеличи достъпа до покритие за милиони американци главно чрез три механизма: 1) осъществяване на пазарни реформи; 2) създаване на нови здравно-осигурителни пазари, известни също като борси; и 3) разширяване на допустимостта за Medicaid за възрастни с ниски доходи.

Разбиране за прилагане Закона за достъпни грижи на щатско ниво

Щатите варират значително в своя подход към прилагането на трите основни компонента на Закона за достъпни грижи. Щатите са склонни да предприемат нови действия за осъществяване на пазарните реформи.

Тези реформи включват достъп до покритие за млади възрастни (18г. – 26г.), забрана за изключване на вече съществуващи здравни състояния, покриване на минимален набор от съществени здравни привилегии и забрана за лимитиране на покритието за здравеопазване до живот. В началото на 2014г. 32 щата и окръг Колумбия предприемат нови законодателни или регулаторни действия по отношение на поне една от пазарните реформи. Останалите щати не предприемат нови действия за осъществяване на всяка от реформите, техните регулатори в по-голямата част от щатите ще използват своя авторитет или ще си сътрудничат с федералните регулатори, за да изискват или да насърчават спазването на новите предпазни мерки. В петте щата, които отказват да приложат тези реформи, федералните регулатори ще направят това, за да гарантират, че потребителите ще получат обезщетенията, съгласно Закона за достъпни грижи. Седем щата- Кънектикът, Хавай, Мериленд, Масачузетс, Минесота, Орегон и Върмонт – напълно възприемат трите основни компонента, като осъществяват пазарните реформи, създават щатски базиран пазар и разширяват своята програма Medicaid. Други щати, които активно са приложили Закона за достъпни грижи - като

Калифорния, Колорадо и Ню Йорк - почти отговарят на този стандарт. В другия край на спектъра пет щата - Алабама, Мисури, Оклахома, Тексас и Уайоминг - напълно отказват да играят роля в прилагането на тези компоненти [170].

Единадесет щата разширяват своите програми за Medicaid, като още четири продължават да обмислят разширяване. Този вариант предполага наличие на гъвкавост при прилагането на Закона за достъпни грижи.

Разбиране на пазарната динамика

Щатите също така изменят осигурителните закони в отговор на динамиката на възникващите пазари. Активно се отменят предпазните мерки, действащи преди Закона за достъпни грижи, засилват се или се намаляват правомощията им да преразгледат ставките или приемането на нови изисквания за определени продукти, като освобождават други от държавното застрахователно право [130].

Тези промени, съчетани с реформите на Закона за достъпни грижи, представляват значителна промяна за много щати и ефектът от тези промени остава неясен. Допълнителен анализ ще бъде от решаващо значение, за да се разбере дали тези действия насърчават или подкопават реформите на Закона за достъпни грижи и оказват влияние върху стабилността на щатските застрахователни пазари.

С поглед в бъдещето

Повечето щати са активни в подготовката за значимите промени, наложени от Закона за достъпни грижи. Повече от половината щати предприеха действия за прилагане или налагане на поне една пазарна реформа, а щатските регулатори в 32 щата и окръг Колумбия организират свои собствени борси или играят активна регулаторна роля, като ръководят управлението на плановете [132].

Когато щатите не са в състояние или не желаят да приложат Закона за достъпни грижи, федералните регулатори пристъпват към директното налагане на пазарните реформи и ръководят пазарите. В резултат на това почти всички щати изискват или насърчават спазването на пазарните реформи, всеки щат има пазар, а повече от половината от щатите разширяват своите програми Medicaid.

3.2. Сегашни и бъдещи теденции за реформиране

Всяка реформа в здравеопазването в САЩ обикновено се опитва да постигне следните цели:

- Увеличаване броя на осигуреното население, чрез програми за застраховане в публичния сектор или застрахователни компании от частния сектор
- Разширяване на кръга от доставчици на здравни услуги
- Подобряване на достъпа до здравни специалисти
- Подобряване на качеството на здравеопазването
- Осигуряване повече грижи на гражданите
- Намаляване на разходите за здравеопазване

Крайната цел на реформата е **гарантиране** на медицинско осигуряване на огромна част от американците и ограничаване на разходите за опазване на здравето. Тези две цели са много важни, но въпросът е доколко са съвместими.

Повече от 2 трилиона долара (16 % от БВП) се изразходват годишно за здравеопазване. Грижата за здравето струва изключително скъпо и за частните лица. Половината от тях банкрутират, поради необходимост от дългосрочно лечение.

Осигурителните компании не покриват всички разходи за лечение. Заболелият американец може да се окаже разорен от сметките на медицинските институции. По този начин, той става зависим от доброволните асоциации, ако още не е достатъчно беден, за да попадне в програмата Medicaid. Смъртността сред такива хора е над 25 % по-висока от средната за страната.Конкуренцията на пазара ще позволи на всеки американец да намери здравна осигуровка според наличните си средства. Предприятията ще бъдат поощрявани да подпомагат своя персонал в медицинското осигуряване.Реформата предполага увеличение на социалните плащания от най-богатите американци в пенсионна програма.

Основни иновации и реформи

Законът за достъпни грижи предлага сериозни реформи в областта на застраховането и здравната система, насочени към постигане на почти универсално покритие, по-голяма достъпност за покритие и грижи, по-високо качество и ефикасност, по-ниски разходи, по-голяма начална и превантивна грижа и по-широк спектър от ресурси на общността. Бъдещето на ACA е неизвестно, въпреки че най-вероятно ще бъде отменен или променен от новия Конгрес. Точният характер на всяка предстояща заместваща програма не е известен.

3.3 Система на единствен платец

В американската платежна система правителството, или правителствено регулирана агенция с нестопанска цел, канализира плащанията за здравни грижи, за да събира премии и да урежда сметките на предоставящите медицинско обслужване, вместо застрахователните дружества с нестопанска цел. Много щати използват системи с един платец, за да обхванат всички свои граждани.

Повече от 1300 американски здравноосигурителни дружества имат различни форми и процеси за таксуване и възстановяване на разходи. Това налага високи разходи на предоставящите медицинско обслужване (предимно лекари и болници) за обработка на плащанията. Икономистът **Paul Krugman** изчислява през 2005 г., че превръщането на сегашната частна застрахователна система в система на единствен платец **ще спести 200 милиарда долара** годишно, главно чрез режийни на застрахователната компания [139].

Една група за застъпничество е изчислила спестявания до 400 млрд. долара годишно за 2009 г. и след това.

Застъпниците твърдят, че пренасочването на САЩ към система за здравно обслужване с един платец би осигурило универсално покритие, даващо на пациентите свободен избор на доставчици и болници и **гарантиращо всеобхватно покритие** и равен достъп за всички необходими медицински процедури, без да се увеличават общите разходи [153].

Прехвърлянето към системата на един платец би премахнало и потенциалната пречка за отношенията между лекар и пациент.

Макар че проучванията показват, че демократите са по-склонни да подкрепят системата на един платец от републиканците, никоя от реформите, обсъждани в Конгреса на САЩ, не включва предложения за прилагане на единна система за здравно обслужване на платеца. Адвокатите твърдят, че най-голямата пречка пред универсалната система в САЩ е **липсата на политическа воля.**

Конгресменът Пол Райън предложи Пътна карта за бъдещето на Америка , която е поредица от бюджетни реформи. Неговата версия от януари 2010 г. включва прехода на Medicare към система за ваучери. Лицата ще получават ваучер, който би могъл да бъде използван за закупуване на здравно осигуряване на частния пазар. Това не би засегнало тези, които са близо до пенсиониране или понастоящем вече са включени.

3.4. Роля на политическите и обществените дебати за реформирането

Дебатът за реформата в здравеопазването в Съединените щати е политически въпрос, насочен към увеличаване на медицинското покритие, намаляване на разходите, реформа на застраховането и философията на предоставяне на здравно обслужване, финансирането и участието на правителството.

В целия свят проблемът за общественото мнение, публичната оценка и гражданският контрол в здравеопазването стават все по – актуални в здравно-политически и организационен аспект. Някои анализи на обществената оценка за здравната реформа установяват ниска информираност на пациентите относно целите и средствата на здравната реформа. Както посочва **В.Борисов**, това обосновава необходимостта от мониторинг на общественото мнение за хода на здравната реформа с приоритет - мнението на пациентите. За тази цел е нужно стимулиране на обществения дебат относно цялостната организационна промяна в здравеопазването [3].

Редица автори считат, че гражданското участие трябва да бъде задължителен компонент на либерализиращата се здравна система и основен фактор за нейното организационно и морално стабилизиране. Необходимо е гражданите не само да изказват мнения, но и да участват в решаването на здравните проблеми и съдействат за развитието на здравната система. В този аспект нови, по-широки и мащабни измерения и насоки придобива дейността на неправителствените и пациентските организации в САЩ [133].

В хода на здравната реформа неоправдано се подценява ролята на обществения дебат, мнението и препоръките на пациентите. Необходимо е създаване на система за постоянно събиране и анализ на информация за мнението, очакванията и удовлетвореността на пациентите от медицинската дейност с оглед подобряване на нейното качество в интерес на общественото здраве.

Продължава дебата дали Законът за достъпни грижи (ObamaCare) и републиканската му алтернатива (Закон за американското здравеопазване – American Health Care Act - AHCA) са достатъчни, за да се справят с предизвикателството за разходите.

През 2009 г. САЩ са имали най-високи разходи за здравеопазване в сравнение с размера на икономиката (БВП) в света, като приблизително 50,2 милиона граждани (приблизително 16% от населението през септември 2011 г.) са без застрахователно покритие. Поддържането на дългосрочното фискално здраве на американското федерално правителство според **P.Orszag** зависи в значителна степен от контрола на разходите за здравеопазване [164].

Има сериозен дебат относно **качеството на американската система за здравеопазване** в сравнение с тези на други страни. Лекарите от Програма за Национално здравеопазване , политическа група за застъпничество, твърдят, че решението на свободния пазар за здравеопазване осигурява по-ниско качество на грижите, с по-висок процент на смъртност, отколкото публично финансираните системи. Качеството на организациите за поддържане на здравето и управляваните грижи също са критикувани от същата тази група.

Според проучване на Световната здравна организация (СЗО) от 2000 г. публично финансираните системи на индустриализирани държави изразходват по-малко за здравеопазване, като процент от техния БВП и на глава от населението, и се радват на по-добри резултати, свързани със здравето на населението. Консервативният коментатор **D.Gratzer** и неговият институт , либертариански мозъчен тръст, обаче, критикуват сравнителния метод на СЗО, че е предубеден. Проучването на СЗО отбелязва, че са имали лично или платено медицинско лечение и са подредили страните в сравнение с очакваното здравно обслужване, вместо да сравняват обективно качеството на обслужване [106].

Някои медицински изследователи казват, че проучванията за удовлетвореността на пациентите са лош начин за оценка на медицинските грижи. Изследователи в RAND Corporation и Министерството на ветераните - Department of Veterans Affairs (VA) са поискали от 236 възрастни пациенти в два различни плана за управление на грижите да оценят обслужването си, а след това проучват обслужването в медицинските досиета, както се съобщава в Annals of Internal Medicine .

Не е установена корелация. "Оценките на пациентите за здравното обслужване са лесни за получаване и докладване, но не точно измерват техническото качество на медицинската помощ", се твърди в проучване на Университета Калифорния в Лос Анджелис.

Peter Orszag описва аспектите на стратегията на администрацията на Обама по време на интервю през ноември 2009 г.: "За да помогнем за забавяне нарастването на разходите за Medicare и Medicaid в дългосрочен план, се нуждаем от нова система за здравеопазване, която има цифровизирана информация ... като тази информация се използва, за да се прецени какво работи и какво не и в която плащаме за качество, а не за количество, като същевременно насърчаваме превенцията и благополучието ". Той също така дискутира групирането на плащанията и организациите, осигуряващи здравно обслужване, които възнаграждават лекарите за работа в екип и резултатите от лечението на пациентите [164].

Президентът и главният изпълнителен директор на клиниката "Mayo" Denis Cortece се застъпва за цялостна стратегия за насочване на усилията за реформи. Той твърди, че САЩ имат възможност да реорганизират своята система на здравеопазване и че има широк консенсус, че реформата е необходима. Критиците твърдят, че системата на здравеопазването има няколко стимула, които водят до оскъпяване на здравеопазването.

На лекарите обикновено се заплаща за предоставено обслужване, а не като заплата. Тази платежна система (която често се нарича " такса за услуга ") предоставя финансов стимул за увеличаване на разходите за предоставено лечение. Пациентите, които са напълно осигурени, нямат финансов стимул да сведат до минимум разходите, когато избират измежду алтернативите. Общият ефект е увеличаването на застрахователните премии за всички.

Здравните грижи са оскъден ресурс и всички оскъдни ресурси се разпределят по един или друг начин. В Съединените щати здравното обслужване, което се финансира частно се разпределя по цена: пациентите получават това, което те или работодателите им могат да си позволят като застраховка.

Рационализиране на здравеопазването означава получаване на ефект от безлимитно похарчените средства за лечение, които трябва да се финансират от държавния бюджет. Когато публичните средства субсидират здравното обслужване или биват предоставяни пряко, трябва да се търси покритие за направените разходи.

Сегашната здравна реформа в САЩ е **по-късна реализация на проекта на Президента Бил Клинтън.**

Бившият републикански държавен секретар Питър Г. Питърсън препоръчва да бъде определен **бюджет** за държавните разходи за здравеопазване, като се установят **тавани за разходи** и правила, които изискват увеличаване на данъците за всякакви допълнителни разходи. Ще бъде необходима **комбинация от увеличаване на данъците и намаляване на разходите**. Всички тези въпроси ще бъдат разгледани под егидата на комисия за фискална реформа.

Преодоляване на недостига на лекари, медицински сестри и болничен капацитет

САЩ се сблъскват с **недостиг на лекари и медицински сестри**, който ще се задълбочи със застаряването на Америка, а това може да повиши цената на здравното обслужване. Кардиологът Arthur Feldman цитира различни изследвания, които показват, че САЩ са изправени пред "критичен" недостиг на лекари, включително общо 1300 хирурзи до 2010 г.[96].

Американската академия на семейните лекари прогнозира до 2020 г. **недостиг на 40 000 лекари за първична медицинска помощ** (включително семейна практика, вътрешна медицина, педиатрия и акушерство/гинекология) [170]. От 1997 г. броят на студентите по медицина, избиращи специалността първична медицинска помощ намалява с 52%, само 2% от завършилите медицинските училища избират първично медицинско обслужване като кариера [102]. **Dr. M. Siegel** се застъпва във "Форбс" за пълното изплащане на заемите за обучение и гарантираните позиции при дипломиране [182].

През 2002 г. САЩ са имали 2,4 лекари на 1000 души, класирани на 52-то място в света. Германия и Франция са приблизително с 3,4 лекари на 1000 души и се нареждат в топ 25. Средната стойност за държавите от ОИСР през 2008 г. е била 3,1 лекари на 1000 души, а за САЩ - 2,4 лекари [76].

Американската асоциация на колежите на медицинските сестри съобщава, че **недостигът на регистрирани медицински сестри ще достигне 230 000 до 2025 г.** Едно проучване на Price Waterhouse предложи няколко стратегии за справяне с недостига на медицински сестри, включително разработване на повече публично-частни партньорства, федерални и държавни стипендии за студентите и преподавателите, създаване на здравословна работна среда, използване на технологии като инструмент за обучение и разработване на по-гъвкави роли на медицинските

сестри с напреднала практика, предвид засиленото им използване като доставчици на първична медицинска помощ.

Предложения на Конгреса за реформа в здравеопазването

Прилики и разлики между Законопроектите на Камарата на представителите и на Сената

Двата законопроекта са **подобни** по няколко признака. По-специално, и двата законопроекта:

- Осигуряват минимални здравни осигуровки за повечето американци
- **A.Mundy** твърди, че налагат нов акцизен данък върху медицинските изделия и лекарствата, включително ваксините [156].
- Създават здравноосигурителни борси, които улесняват сравняването на цените и покритието за здравеопазване
- Предотвратяват продажбата на застрахователни полици, които не отговарят на минималните стандарти за покритие
- Предотвратяват отказа за застраховане на лица с вече съществуващи здравни състояния
- Изискват застрахователите да покриват лица до 26 години, като част от семейното покритие
- Разширяват допустимостта за Medicaid (до 133% от линията на бедността)
- Налагат санкция на работодатели, които не предлагат здравно осигуряване на своите работници
- Налагат санкция на лицата, които нямат здравно осигуряване (с изключение на Native Americans) и други [180].

Най-голямата **разлика** между Законопроектите е в това как се финансират. В допълнение към елементите, изброени в горната точка, Камарата разчита основно на данък върху дохода над 500 000 долара (1 милион долара за семействата). Сенатът междувременно разчита до голяма степен на "акцизен данък" за застрахователни планове с високи разходи, както и увеличаване на данъка върху заплатите на Medicare за най-високоплатените.

За разлика от проектозакона, законопроектът на Сената би включил и комисия за медикаменти, която би могла да промени плащанията на Medicare, за да се спре растежа на разходите [196].

Законопроектите на Сената и Камарата на представителите съдържат разнообразни пилотни програми, които могат да окажат значително влияние върху цената и качеството на здравното обслужване в дългосрочен план.

Голяма част от обхвата на разискванията включва как различните страни се конкурират в изразяването на своите **виждания**, а не в конкретните **предложения за реформи**. Някои се опитват да настояват за правителствени действия, като например принуждаване на частни компании да купуват здравно осигуряване за своите служители.

3.5. Аргументи относно реформата в здравеопазването

Либерални аргументи

Твърди се, че здравното обслужване е основно човешко право. Член 25 от Всеобщата декларация за правата на човека гласи: "Всеки има право на жизнено равнище, което е адекватно за личното здраве и благополучие и това на семейството му, включително храна, облекло, жилища и медицински грижи и необходимите социални услуги. " [70].

През 90-те години говорителят на Конгреса Нют Гингрич се опитва да наложи драстични съкращения във финансирането на Medicare. И през последните години републиканците неколкократно опровергаха правото за повишаване на разходите - ръст, който зависи до голяма степен от повишаването на разходите за здравни грижи .

Президентът Обама заявява по време на съвместната сесия на Конгреса през септември 2009 г., че правителството има морална отговорност да гарантира качествено здравеопазване за всички граждани [143].

Консерваторите и ***либертарианците*** в исторически план се аргументират за необходимостта от по-малка роля на правителството в здравеопазването.

Някои консерватори твърдят, че принуждаването на хората да купуват частни застраховки е противоконституционно [98].

Консервативният журналист на Републиканската партия **William Kristol** се застъпва за няколко реформи на свободния пазар, вместо за плана на Клинтън през периода 1993-1994 г. [138].

Здравната система в Швейцария трябва да служи като модел за реформа в САЩ. Тази реформа трябва да включва пазарен метод за прехвърляне на данъчни

облекчения за здравно обслужване на физически лица, а не на работодатели, както и на предоставяне на отделни данъчни кредити на физическите лица, за да се осигури по-голямо покритие.

За разлика от традиционната практика, при която повечето лекари се грижат за пациентите в малки, частни клиники, до 2008 г. повечето лекари са станали служители в болници, почти всички от които са собственост на корпорации или правителство[102].

Сенаторът **Judd Greg** казва в интервю за приемането на здравната реформа: *"Според мен, ние се движим по пътя към ... европеизацията на нашата нация. Нашата голяма уникалност и изключителност карат предприемаческия индивидуалистичен дух да рискува, когато никой друг не е готов да го направи"* [166].

Дебатът за здравеопазването в Съединените щати е текущ дебат от десетилетия и периодично се появява на преден план, когато администрацията се стреми да предприеме реформи. Усилията за реформа в началото на 90-те години на миналия век предизвикаха яростна политическа активност.

Зад голяма част от дебата стои въпроса дали Съединените щати са изключение. Никоя друга високо развита страна в света няма система за здравеопазване, подобна на тази в Съединените щати. Въпросите за това колко голяма е отговорността на правителството за здравната грижа на гражданите му са в центъра на текущия дебат за ролята на правителството и отговорността на гражданите за собственото им благосъстояние.

През 2008 г. WorldPublicOpinion.org провеждат *анкета* сред 21 нации от цял свят за това дали вярват, че техните правителства отговарят за осигуряването на достъп до здравни грижи. По признака отговорност на правителството САЩ са на предпоследно място. Седем от всеки 10 американци също заявят, че правителството им не върши добра работа в осигуряването на достъп до здравни грижи.

Настоящата среда за провеждане на проучвания е необичайна, дори уникална. Дебатът в здравеопазването се задълбочава, но голяма част от него се фокусира върху политическата динамика. Подкрепата за реформите ерозира. Многобройни проучвания показват, че когато страните се борят за евентуални промени, обществеността се стреми да "изключи" и да загуби доверието си в някоя от идеите.

Основен фактор, засягащ реакциите на която и да е правителствена инициатива, е общата липса на доверие в правителството.

Основна цел на цитираното изследване е да излезе отвъд отговорите на политиката и правителството като институция и да разбере повече за това какво мислят хората за действителните предложения.

Съществуващите анкети, базирани на разнообразни описания на предложенията за реформи, предизвикват различни отговори.

Реформата при правонарушения е дългогодишна републиканска кауза, която все още рядко влиза в основния дебат.

По отношение на идеята за **мандата** на работодателя - 2009 г. е най-лошата година в икономическо отношение от десетилетия и много работодатели са принудени да задържат съкращенията и минимално да увеличават привилегиите.

Индивидуалният мандат е проблематичен за обществеността и изисква всеки да има здравно осигуряване. Това се осъществява с финансова помощ, при необходимост и със съответните санкции при неспазване на закона.

Президентът Обама пое ангажимент, че пакетът от реформи в здравеопазването, който той подписа, няма да има дългосрочен ефект на добавяне към бюджетния дефицит.

Проведени анкетни проучвания показват, че мнозинството вярва, че реформата в здравеопазването ще увеличи дефицита, а също и данъците им .

Един от основните въпроси по време на проведените дебати за здравеопазването е този за отношението на американците към системата за здравни грижи. WorldPublicOpinion.org и Брукингс институт провеждат анкета сред 1400 американци дали това е най- добрата здравна система в света.

Изследването е проведено в периода септември - октомври 2009 г. от **Knowledge Networks** - фирма за социологически проучвания и проучване на пазара в Menlo Park, Калифорния. След завършването на изследването данните са претеглени по пол, възраст, образование и етническа принадлежност [69].

Преди въвеждането на Закона за достъпни грижи - Affordable Care Act (ACA) основните констатации от проучването са:

По отношение на **ролята на правителството в здравеопазването,** трима от петима американци считат, че правителството има отговорността да гарантира, че гражданите могат да посрещнат основната си нужда от здравни грижи. Те също считат здравното обслужване за **право**, а не **привилегия**. Становищата са поляризирани по отношение на това дали правителството трябва да предоставя здравни услуги директно.

Двама от трима американци считат, че правителството на САЩ **не осигуряват основните потребности от здравеопазване на гражданите си.**

Като реакция на дебатите за здравеопазването, много повече хора изразяват безпокойство по отношение на въпроса за здравеопазването като цяло.

Съществува разделение по въпроса за това дали правителството може да си позволи да реформира здравеопазването в такава икономическа ситуация. Почти всички конкретни предложения за реформа в здравеопазването се подкрепят с мнозинство.

Огромното мнозинство смята, че е възможно да се намалят разхищенията, измамите и злоупотребите в системата на здравеопазването, без да се лишават хората от необходимото лечение. По този начин се **намаляват разходите за здравеопазване**.

Противно на честите твърдения в дебата за здравеопазването, че американската система за здравеопазване е най-добрата в света, повечето американци имат по-скромни и реалистични възприятия за това как американската система за здравеопазване се сравнява с други силно развити страни.

Повечето американци разбират кои здравни програми са финансирани от правителството и кои са частни.

По-възрастните американци обикновено вярват по-малко отколкото по-младите хора, че правителството е в състояние да поеме нови задължения (задължения, които биха могли да се конкурират с Medicare). Въпреки това мнозинството, макар и сравнително по-малко, подкрепя идеята, че правителството е отговорно за осигуряването на достъп до здравни грижи. По-възрастните американци съобщават, че следят дебата за здравеопазването по-отблизо, отколкото хората от други възрасти; те също така изразяват повече притеснения относно проблемите на здравеопазването.

3.6. Етични проблеми в здравеопазването на САЩ

Усилията за подобряване на системите за предоставяне на здравни грижи и за подобряване на здравето на населението неизбежно повдигат етични въпроси. Тъй като разходите за здравеопазване се увеличават в световен мащаб, правителствата обсъждат дали и как могат да направят здравната грижа по-достъпна, като в същото време подобряват нейното качество и безопасност. Известно е, че здравните грижи представляват само малка част от здравните резултати. Социалните и икономически фактори, както и личният избор, който правим - са също много съществени.

Етичните проблеми в здравеопазването са обичайни. Почти всяко взето решение има етични измерения – за пациентите, за предоставящите здравно обслужване и за лидерите в здравеопазването [141].

Проучване на **The Hastings Center, Garrison, N.Y.** установява че, поради социалните и икономически фактори, съществува все по-голяма разлика между здравето на най-привилегированите и най-неравнопоставените членове на американското общество [116]. Въпреки това, различията между здравето на населението в богатите държави и населението на по-бедните страни са още по-големи. Хората живеят много по-дълго в развитите страни, докато населението на развиващия се свят се стреми да постигне дори най-основните цели, свързани със здравето - чиста вода, адекватно хранене и спешна медицинска помощ.

Как живеем живота си влияе и върху нашето здраве. Затлъстяването е проблем, както в богатите, така и в бедните страни. Как можем да променим нездравословното поведение на голяма част от населението, особено когато самото образование не се е променило много? Къде са линиите между овластяване, убеждаване и принуда? Каква роля трябва да играят регламентите, реконструкцията на околната среда и стимулите?

Високите етични стандарти са от съществено значение за здравеопазването. Четири основни принципа полагат основите на етиката в здравеопазването:

1. **Автономността –** зачита правото на пациентите да вземат свои собствени решения.
2. **Благотворителността –** помага на пациентите да повишат и издигнат своето благополучие.
3. **Primum non nocere - липсата на вреда не вреди на пациентите**
4. **Правосъдието –** гарантира, че пациентите се третират еднакво, справедливо и безпристрастно.

Здравните специалисти според **Brian Neese** трябва да се насочат към следните **пет етични проблема** в здравеопазването през 2017г. [160]:

1. **Подобряване на достъпа до здравни грижи** – Департаментът по здравеопазване и социални грижи определи достъпа до здравеопазване като цел на инициативите си „ Здрави хора 2010” и „ Здрави хора 2020”. През 2008г. само 83,2% от гражданите са имали медицинска застраховка. Последните данни от Национално проучване за здравето показват, че 10,5% от хората под 65г. не са застраховани. Подобряването на достъпа до здравни грижи е основен проблем в здравеопазването в продължение на много години. Това включва не само частни

застраховки, но и Medicare, Medicaid, военни и други федерални планове за здравно осигуряване в САЩ.

2. **Защита на поверителността и конфиденциалността на пациентите** – нарушаването на неприкосновеността на личния живот и поверителността на пациента може да има правни и етични последици за предоставящите здравно обслужване и професионалистите в областта на здравеопазването. Медицинската информация на пациентите е защитена от Закона за здравно осигуряване, преносимост и отчетност.
3. **Изграждане и поддържане на стабилна здравна работна сила** – дефицитът на медицинско обслужване в продължение на десетилетия е предмет на обсъждане в САЩ. Този недостиг може да се превърне в криза с тежки последици, както за пациентите, така и за предоставящите здравно обслужване. Увеличаването на населението, нарастващото разпространение на хронични заболявания и застаряващите кадри допринасят за недостига. Стратегиите за задържане на медицинските сестри трябва да са във фокуса на всички болници и здравни заведения.
4. **Маркетингови стратегии и практики** – американските болници изразходват повече от $1,5 милиарда всяка година за реклама. Някои поставят под въпрос етиката на болницата, която изразходва толкова много средства за популяризиране на своята марка или на определена технология.
5. **Качество на здравните грижи и ефективността в здравеопазването** – балансирането на качеството и безопасността с ефективност е голямо предизвикателство. То се засилва особено предвид нарастващото напрежение в болниците, при намаляване разходите за здравеопазване и подобряване качеството на здравното обслужване [160].

До същите изводи стига и **J.Larson** в своя статия, публикувана в Healthcare News през 2013 г. [141]. Healthcare Briefings разговаря с група експерти с цел да проучи проблемите, които влияят върху дейността на болничните администратори и клинични мениджъри, като по този начин, получава становищата им относно основните етични предизвикателства пред съвременните лидери в здравеопазването, които потвърждават позицията на цитирания по-горе автор **Brian Neese** [160].

Етичен анализ и оценка на здравеопазването в САЩ

Според проучване на Initiative for Bioinformatics & Evolutionary Studies (IBEST) по отношение на анализирането на етичните проблеми се задават „ нормативни" въпроси като:

- Здравната система на САЩ (преди ObamaCare) приемлива ли е в етично отношение?
- Предлаганата здравна система на САЩ (ACA Obamacare) приемлива ли е в етично отношение?

Освен това се определят основните участващи страни, прави се оценка на въпросите за всяка от страните по отношение на основните етични категории:

- Благополучие и щастие
- Свобода, автономност, независимост
- Справедливост и честност

На финала на проучването се правят изводи на база получените резултати.Ако в детайли разгледаме анализа на автора **James Foster** [99] трябва да се обърне внимание на основните участващи страни. Те са:

1. Индивиди (американци с адекватно здравно осигуряване; американци без адекватно здравно осигуряване; лица предоставящи здравно обслужване – лекари, медицински сестри, фармацевти, психолози и т.н.)
2. Институции (групи, предоставящи здраве – медицински професионалисти, болници, центрове за медицинско обслужване; икономически групи – работодатели/работници, застрахователни компании, фармацевтични компании ; щатски правителства)

По отношение на това дали настоящата здравна система на САЩ е приемлива в етично отношение може да се направи заключение, че е много неетична, освен ако не доминират правата на бизнеса. За това дали е приемлива в етично отношение предложената здравна система - тя е средно етична, освен ако не доминират корпоративните права.

На база направеното проучване, може да се направят следните изводи:

- Настоящата здравна система (преди ObamaCare) е напълно неетична
- Предлаганата система (ObamaCare) е по-добра в етично отношение
- Възражения: авторът счита, че:

- Свободата и благополучието на индивида и малкия бизнес са по-важни, отколкото другите съображения
- Свободата, благополучието и справедливостта на индивида са по-важни от корпоративната автономия
- Благополучието на здравноосигурителните компании не е най-важното съображение [99].

Американската система за здравеопазване предоставя далеч по-големи финансови възнаграждения за лечение на заболявания, отколкото за поддържане здравето на хората. Във всяка друга развита нация, около половината от всички лекари работят в първичната помощ, където фокусът е върху предотвратяването на заболявания, както и върху лечението им. В САЩ само една трета от лекарите работят в първичната медицинска помощ, главно поради това, че специалната грижа е по-високо заплатена.

В допълнение към разширяването на **фокуса си върху превенцията**, американската здравна система също трябва да подобри качеството и безопасността и да намали разходите. САЩ изразходват около два пъти повече за здравеопазване, отколкото другите развити страни, но резултатите не са по-добри и често по-лоши. Освен това, разходите за здравеопазване изтласкват други социални блага, като например способността за изграждане на по-устойчива среда или за осигуряване на ефективно образование, въвеждане на неравенства в поколенията. Колко здравни грижи са необходими, за да благоденстват хората? До каква степен трябва да плаща американското общество за не особено полезно лечение?

Напредъкът в генетиката и геномиката и в разбирането за нуждите на застаряващото население на САЩ ще повдигнат още повече въпроси за това как да се подобри здравето на населението и системите за предоставяне на здравни грижи. Нито един от тези проблеми не е лесен.

Все пак от изключително здачение са дискусиите за това как най-добре да се балансират разходите и ползите, безопасността и рисковете, конкурентните понятия за справедливост и индивидуалните права спрямо благосъстоянието на общността.

3.7. Бариери на промяната в здравната система

Всяка здравна реформа е изправена пред много рискове и бариери и преди всичко липсата на адекватен лидерско – мениджърски потенциал за управление на промяната в здравеопазването.

От стратегическа управленска гледна точка **лидерството** е неотменим ресурс за успеха на провежданите здравни реформи. Лидерът е този, който компетентно, авторитетно и отговорно дава гаранцията за движение в главната стратегическа посока при всяка промяна в здравната система. Ролята на лидера е да бъде гарант за преодоляване на хаоса, бариерите и на спонтанните промени с оглед провеждането на целенасочени, добре обосновани и подготвени промени. Затова формирането и реализацията на нов тип лидери на здравната система – лидери на промяната – е неотменима жизнена потребност. Липсата на реални лидери в здравната система на различните й нива е една от бариерите за успеха на промяната в здравната система. Дефицитът на ефективни лидери е във взаимна връзка с добрата екипност в здравната политика и в стратегическия мениджмънт на здравеопазването [3].

Стилът на мислене на лекаря - клиницист е принципно различен от този на мениджъра и лидера. Правдива е мисълта на **Ц.Воденичаров**: „Медикът е формиран да мисли индивидуално. Мениджърът – лидер е формиран да мисли глобално и системно” [16].

Недостигът на лидери и технологичното мислене на лекарите се превръщат в обективна бариера на новата организационна култура, на управленския професионализъм в здравеопазването и на промяната в здравната система. Практическото изпълнение влияе върху характера и реализирането на промяната. Изпълнителският процес може да бъде не само позитивна сила, но и бариера на промяната. Високите разходи за здравеопазване в САЩ се разглеждат като пречка за достъпно здравно осигуряване и дългосрочна заплаха за икономиката им.

В етапа на промяна на системата на здравеопазване на САЩ, трябва да се приложи реформа в здравеопазването така, че да започне намаляване на разходите.

Въведената със Закона за достъпни грижи реформа прокара промени водещи до повече солидарност и по-малко пазар в системата на здравното осигуряване. Промените

предвиждат преразпределение на ресурси от осигурени към неосигурени, така че и последните да получат достъп до медицинска помощ [39].

Визия на Американската Медицинска Асоциация за реформата в здравеопазването

Американската Медицинска Асоциация – American Medical Asossiation (AMA) подкрепя Закона за достъпни грижи , защото той представлява значително подобряване на статуквото по това време. Първотепенна цел на този закон е обхващането на всички американци с висококачествено достъпно здравно обслужване.

Американската Медицинска Асоциация отдавна пледира за здравно осигуряване за всички американци, както и за плурализъм, свобода на избор, свобода на лекарска практика и универсален достъп на пациентите. Същите основни принципи и приоритети ще ръководят бъдещите усилия за застъпничество на AMA по отношение на предложенията за реформа в здравеопазването, които са от основно значение за мисията на AMA за подобряване на общественото здраве.

Изменението на закона, което не беше прието, би довело до това милиони американци да загубят здравноосигурително покритие, дестабилизиране на пазарите на здравно осигуряване и намаляване достъпа до покритие и грижи на достъпни цени. AMA също така се опасява, че това предложение би довело до превръщането на програмата Medicaid в система, която ограничава федералната подкрепа за нуждаещите се пациенти.

През пролетта на 2017г. Американският закон за здравеопазването – American Health Care Act (AHCA) предложен от Президента Тръмп не е приет от Конгреса на САЩ поради факта, че по този начин милиони американци щяха да загубят здравноосигурителното покритие и програмата Medicaid би загубила голяма част от своите позиции.

В писмо от януари 2017г. до лидерите на Конгреса и новата администрация, AMA отново потвърди силната си подкрепа за американската здравна система и убеждението си, че пациентът остава в центъра на всички усилия за реформи. AMA се ангажира да работи с лидерите на Конгреса за подобряване на здравното осигуряване и достъпа до здравни услуги, така че пациентите да получават навременно висококачествено обслужване, превантивни грижи, медикаменти и други необходими терапии [195].

AMA разглежда дискусиите за бъдещето на здравната реформа чрез своята мисия, посветена на подобряването на общественото здраве, медицинската етика, научните доказателства и дългогодишните политики, приети от представители на над 190 лекарски организации.

Целите на AMA за реформа в здравеопазването подчертават основните елементи, които ще ръководят AMA в предстоящите дискусии с Конгреса и Администрацията на Президента Тръмп. Тези цели са:

- Гарантиране на съществуващото покритие за осигурените лица и предприемане на мерки за постигане на покритие и достъп за всички американци.
- Поддържане на ключови реформи на застрахователния пазар, като предварително съществуващи здравни състояния, гарантирано издаване на застрахователна полица,неограничени предимства до края на живота и родителско покритие за младите възрастни (до 26 год).
- Стабилизиране и укрепване на индивидуалния застрахователен пазар.
- Осигуряване на пациентите с нисък и среден доход с гарантирано достъпно и адекватно покритие.
- Осигуряване на адекватно финансиране на Medicaid, CHIP и други подобни програми.
- Намаляване на регулаторната тежест, която ощетява пациентите по отношение на здравните грижи и увеличава разходите.
- Осигуряване на по-голяма прозрачност на разходите в системата на здравеопазването.
- Включване на смислени реформи за медицинска отговорност.
- Напредък на реформите за предоставяне на здравно обслужване и на нови модели за плащане, ръководени от лекари, за постигане на по-добри резултати, по-високо качество и по-ниски разходите [195].

На базата на тези основни принципи, Асоциацията вярва, че преди да се предприемат каквито и да са действия, които потенциално биха променили покритието, политиците трябва да информират американските граждани какво ще замени сегашната политика в здравеопазването.

Пациентите трябва да могат да сравнят сегашната политика в здравеопазването с новите предложения и да вземат информирани решения.

Заедно с това, трябва да се гарантира, че пациентите могат да упражняват контрол при взимане на медицински решения и да се осигури тяхното непрекъснато здравно обслужване. Посочените аспекти се отнасят към **финансовите и етични бариери** на промяната .

Ролята на адекватното управление на промяната е в прецизния стратегически контрол, разпределение и управление на ресурсите и социалните дейности.

Освен посочените противодействащи на промяната сили съществуват и **психологически и мотивационни бариери**. Липсата на стимули и страхът от промяна, както и финансовият интерес от запазване на ситуацията, опорочават реализацията на промяната. Дискутираните видове бариери в обобщение се определят като оперативни (изпълнителски). Поради това по пътя на реализиране на здравната реформа, някои добре формулирани стратегии могат да бъдат неуспешни. Решаваща роля имат стратегическият контрол и критична оценка на стратегическата неефективност.

Според водещи експерти в здравеопазването стратегическият контрол като управленска функция стартира при определена стратегическа цел и съществуващ стратегически план [3].

Дейността по стратегическия контрол обикновено се подценява и той се свежда до елементарен оперативен контрол. Тъй като оперативният контрол е свързан с изпълнителските процедури и начини на работа и за да не се превърне в самоцел, трябва да изхожда от стратегическия контрол. Именно в това се изразява основната дилема на стратегическия мениджмънт:„ Дали вършим нещата правилно? Или вършим правилните неща ” [16].

В този аспект във фокуса и грижата на стратегическия контрол е и посоката на стратегическата промяна, т.е. проблема за „ правилните неща” [13].

Изкуството на стратегическия мениджър е в осигуряване на положителен баланс между посочените бариери и стимулите като позитивни сили на промяната в съобразяване и преодоляване на бариерите на промяната в здравеопазването чрез изпреварващо стратегическо поведение.

Основна причина за високите разходи за здравеопазване в САЩ и за много от сериозните проблеми с качеството на здравните грижи е начинът, по който се заплаща на предоставящите здравни услуги. При сегашната платежна система **"възнаграждение за услуга"** ,която се явява основна бариера на промяната в здравната система, лекарите, болниците и другите предоставящи здравни грижи получават възнаграждението си главно въз основа на това колко обслужване са

предоставили, а не за неговото качество или ефективността на подобряване здравето на пациента т.е. плащат за количество, а не за качество.

Тази бариера може да бъде преодоляна, като се ползва модела на плащане частично и общо плащане за всички пациенти, за да се елиминират нежелани стимули по модела „възнаграждение за услуга". Това ще даде възможност на предоставящите здравни грижи да намалят разходите и подобрят качеството.

Поради тези причини вече има разбиране за необходимостта от значителни промени в начина на заплащане на лекарите за първична помощ с цел намаляване на разходите и подобряване на качеството.

Промяната в системата на заплащане на лекарите, така че да съответства на стимулите в реформата, би довело до разрешаването на проблема.

Само малка част от плащанията, които се извършват, се основават на качеството или ползата от грижите, а не на обема на предоставените услуги [154].

Изследванията показват, че повече услуги и по-високи разходи може да не доведат до по-добри резултати, напротив точно обратното. Предоставящите здравни услуги може в действителност да бъдат санкционирани финансово за предоставяне на по-качествени услуги.

Намаляването на грешките и усложненията може да намали разходите за здравеопазване, но също така може да **намали печалбата и финансовата стабилност** на предоставящите здравни услуги.

В процеса на лечение на пациентите на всеки лекар, лаборатория, болница и други се заплаща отделно. Това може да доведе до заплащане на дублиращи се тестове и услуги и липса на координация на целия процес.

Необходимо е да се въведе **измерител на качеството** за всички здравни състояния и процедури, които изискват значителни разходи.

От изключително значение е използването на **измерители на резултата**, вместо измерители на процеса, с оглед на осигуряване на гъвкавост и реорганизане на здравното обслужване и подкрепа на ефективния избор на пациента [148] .

Много ценни услуги за профилактика и координация на грижите не се заплащат адекватно. По този начин ниското заплащане на лекарите за първична помощ води до **липса на кадри в много райони.**

Напредъкът е бавен, тъй като съществуват много сериозни бариери пред променящите се платежни системи. Въпреки че тези бариери изглеждат обезкуражаващи, те могат да бъдат преодолени.

В процеса на здравна реформа в САЩ осезаемо влияние и главна роля имат всички участници в здравното обслужване на пациентите. Само чрез комбиниране на силните страни и сътрудничество между участниците в този процес могат да бъдат преодолени бариерите и постигнати целите на ефективна промяна на здравеопазната система.

Практиката в американската здравна система да се фокусира вниманието основно върху лечението на заболяването, а не върху предотвратяването на заболяването на пациентите е порочна.

Увеличаването на разходите на здравната система на САЩ днес идва от управлението и лечението на хроничните заболявания.

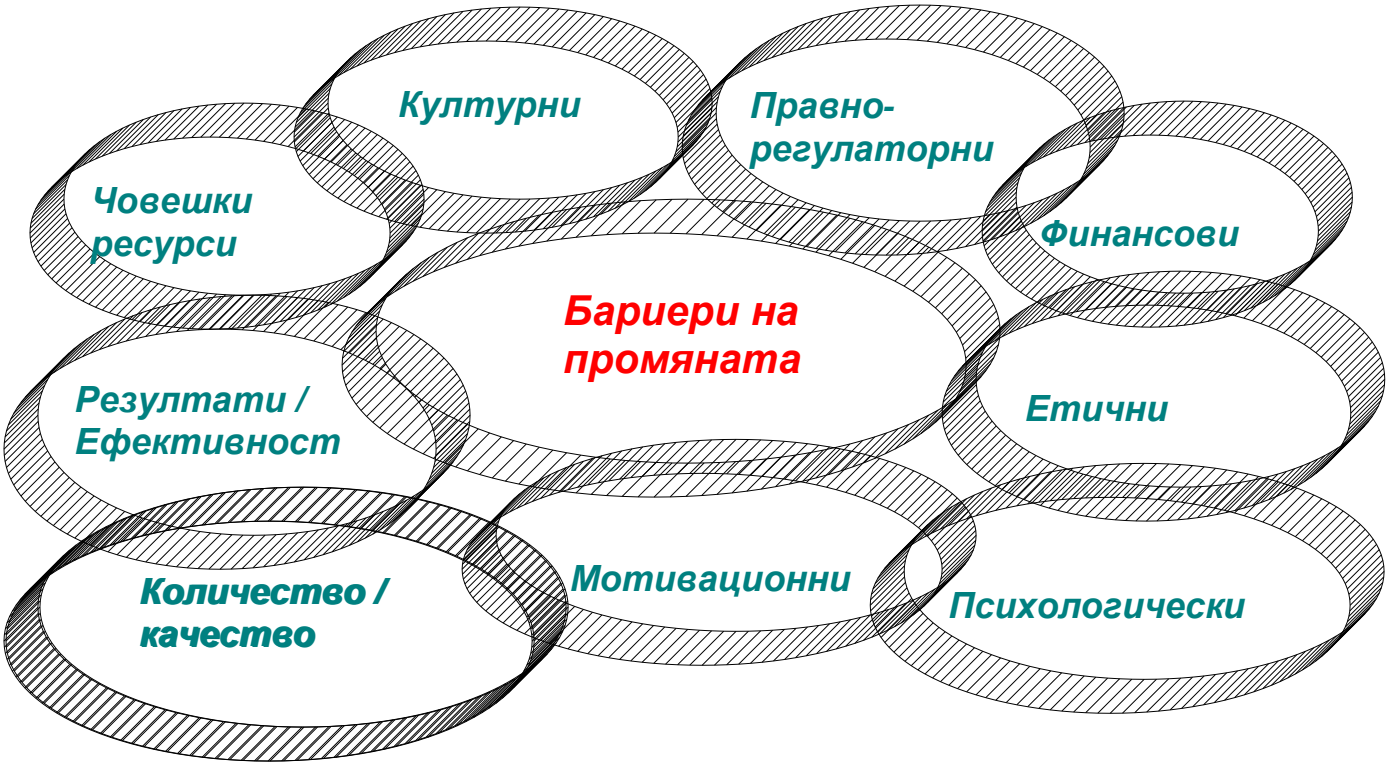
През 2008 г. 616 000 души в Съединените щати са починали от сърдечни заболявания, а ежегодно около 785 000 американци са имали първи сърдечен удар, а 470 000 са имали друг инфаркт. Сърдечните заболявания представляват прогнозна годишна тежест от около 108,9 млрд. долара за медикаменти, грижи и загуба на производителност.

Днес разходите за хронични заболявания представляват около 75% от общите разходи за здравеопазване [97].

Трябва да се насърчава координацията на грижите, по-високото качество и по-ниските разходи. Преходът към повишена клинична интеграция е необходим, но няма да бъде лесен.

Клиничната интеграция може да включва всичко от напълно интегрираната система от тип Kaiser Permanente, в която работят различни специалисти в общо здравно заведение, за да си сътрудничат в няколко направления, с цел да се подобри координацията около едно хронично състояние.

В допълнение към **културните и финансови бариери съществуват и правни регулаторни бариери**. При съществуващите закони като демотивиращи фактори, изглежда почти невъзможно предлагането на нови модели за предоставяне на медицинско обслужване.



Бариери на промяната в здравната система на САЩ

Има огромна промяна в начина, по който се мисли и финансира здравеопазването в САЩ. Философски възгледите се променят от традиционния фокус на лечението на пациентите с наистина спешни проблеми върху предотвратяване на тези състояния .

От финансова гледна точка е необходима следната трансформация **: да се заплаща за качеството на обслужването, а не за количеството на предоставените услуги.** Но колкото и важен да е този принцип следва да отбележим, че той почти в никоя национална здравна истема не е реализиран ефективно в пълнота.

За съжаление, някои съществуващи закони са пречка за тази необходима трансформация.

Регулаторите постигат известен напредък в преодоляването на тези бариери. Един пример за иновативен модел за предоставяне на грижи е Организацията за отговорно обслужване - Assossiated Care Organization (ACO). ACO е правна структура, която включва група специалисти, предоставящи здравно обслужване.

Според критериите на ACO, те са отговорни за разходите и качеството на обслужването, което предоставят на определена група пациенти.

Основната цел на реформата в здравеопазването на САЩ е повишаване качеството на обслужването и намаляване на разходите за здравеопазване. За тази цел трябва да се актуализира остарелия подход към регулиране и предоставяне на здравно обслужване, като се замени твърдостта с гъвкавост и законите от миналото - със закони от бъдещето.

4. Обобщен критичен анализ на процесите на здравна реформа в САЩ

Настоящето изследване показва колко сложен, труден и деликатен е обективният анализ на националното здравеопазване в САЩ. О*т една страна* се касае за най-високо развитата страна в света, *а от друга страна* е фактът за ниско ефективна здравна система, която е обект на постоянни неуспешни опити за радикална промяна и е подложена на непрекъсната критика.

САЩ изразходват по $ 8915 на глава от населението за здравеопазване и по този показател е на първо място сред страните от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (OECD). Същевременно много държави, които изразходват по-малко ресурси, осигуряват по-качествена медицинска помощ, т.е. **превъзхождат САЩ** по ефективност на своята здравна система.

САЩ е единствената индустриализирана страна в света, която не осигурява универсален обхват от здравни грижи за гражданите си. Като резултат от това значителна част от населението няма здравно осигуряване и, за да получат достъп до здравни услуги в рамките на здравната система, те трябва да плащат със собствени средства. Това е основната причина за липса на достъп до здравни грижи. Неосигурените лица, които не могат да си платят, често получават здравни грижи, от които се нуждаят, от спешните отделения. На този етап вече предприемането на превантивни мерки е невъзможно.

В сравнение със страни с обществени здравни системи, здравната система на САЩ, която се основава на пазара и конкуренцията, има най–високите административни разходи на глава от населението.

Повечето експертни анализи оценяват здравната система на САЩ като ниско ефективна. А според сравнителните международни анализи стойността на услугите би могла да бъде по-ниска, аналогична на тези в другите развити страни. САЩ изразходват значително повече средства за здравеопазване, както като процент от БВП,

така също и на глава от населението. Тези разходи, обаче, **не кореспондират** с резултатите, напр. ниво на заболеваемостта и очакваната продължителност на живота.

Друга тревожна тенденция касае разходите на националната здравна система като дял от БВП, които се увеличават главно за сметка на намаляване на разходите в други сектори на икономиката.

През периода на реформи в здравната система на САЩ, основният акцент е върху разширения достъп на пациентите до здравно обслужване, избора на лекар и качеството на здравното обслужване. За целта е създаден Национален съвет по мениджмънт на качеството, който разработва пакет от мерки за качествено функциониране на здравните институции, адекватността на здравните грижи за пациентите и оценка на резултатите от това обслужване и процедури. Съветът отговаря също за изследване на данните за удовлетвореността на пациентите, превенцията на болестите и промоцията на здравето. Целта е развиването и прилагането на такава здравна система, която функионира на високо ниво и предоставя висококачествено здравно обслужване.

Американските здравни специалисти са сред най–добрите в света. Въпреки това, лечението в САЩ е несправедливо, свръхспециализирано и пренебрегва първичната и превантивна грижа. От изключително значение е, че липсва използването на измерители на резултата вместо измерители на процеса с оглед на осигуряване на гъвкавост и реорганизане на здравно обслужване и подкрепа на ефективния избор на пациента [8].

Исторически наложеният и досега непроменен слаб интегритет на националната здравна система в САЩ закономерно и логически води до цялостната **дисфункция** на американската здравна система.

Американците са предимно потребители на най-скъпи технологии, което обяснява в значителна степен изключително високите разходи за здравеопазване.

Въпреки големите си инвестиции в здравеопазването, САЩ имат по–лоши резултати по някои ключови показатели в здравеопазването.

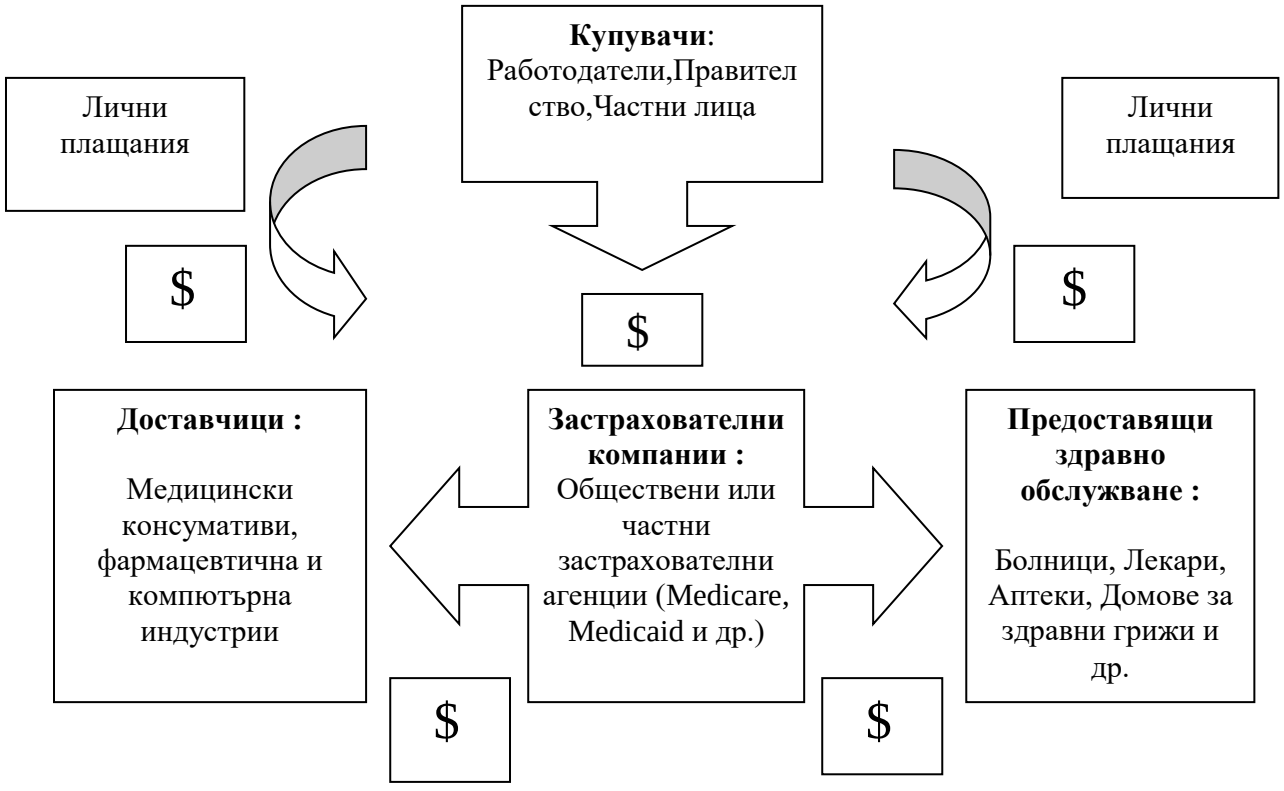
Обобщеният критичен анализ на здравната реформа в САЩ ясно показва потенциалните последици от високите разходи за здравеопазване и че това може да измести други форми на социални разходи, които поддържат здравето. Разходите за здравеопазвене надвишават значително разходите за социални услуги. Това може да има далечни последици за американската икономика, да допринесе за бюджетен дефицит и стагнация в заплащането.

За да се разбере по–добре връзката между социалните услуги и здравето, както и други здравни детерминанти като начина на живот и околна среда, са необходими допълнителни изследвания и анализи.

Общественото мнение за здравеопазването в САЩ дълги години е еднопосочно – повечето анкетирани американски граждани смятат, че намаляването на разходите за здравеопазване трябва да бъде приоритет, а в цялост системата на здравеопазване се нуждае от фундаментална промяна.

САЩ не осигуряват здравни грижи на своите граждани, както прави останалата част от индустриализирания свят.

Фигура 4 показва най-важните участници в структурата на здравната система : купувачи; доставчици; осигурителни компании; предоставящи здравно обслужване. Работодателите, правителствата и лицата съставляват групата **купувачи**, които доставят средства на публични или частни застрахователи. Първите обикновено биха предпочели да намалят разходите за здравни грижи, докато последните се стремят да увеличат максимално своите приходи. Като най-големи купувачи на здравноосигурително покритие, работодателите обикновено се интересуват от намаляването на премиите, които трябва да бъдат изплатени, докато застрахователите имат стимул да защитят печалбите си чрез поддържане на по-високи премии.



Фиг. 4 Структура на здравната система на САЩ

В същото време, обаче, застрахователите трябва да се конкурират за бизнеса като предлагат планове на конкурентни цени.

Институционалната еволюция на американската здравна система е може би най-подробно изследвана във връзка с институционалната еволюция на американския капитализъм. Ето защо е необходимо да бъдат дискутирани социалните, икономическите и политическите аспекти, които поставят основата за появата на съвременната система на здравеопазване.

Към края на 20-те години на миналия век медицината започва да играе много голяма роля в живота на хората. Острите заболявания все повече се лекуват в медицински помещения (а не в домовете), а болниците стават центрове за операции, рентгенови снимки и лаборатории [108]. Наред с тези постижения се наблюдава увеличение на разходите за лечение на заболяванията и желание за някаква форма на социална защита, която да замести традиционните отношения, вградени в икономиката.

През следващите години правителството на САЩ приема няколко допълнителни решения, които увеличават усилията на застрахователните компании да свържат здравното осигуряване с трудовата заетост и институционализират системата за здравно осигуряване, която съществува днес.

По този начин, макар че делът на общите разходи за здравеопазване започва да се увеличава рязко, голяма част от увеличените разходи се считат за оправдани предвид научния напредък и нарастващия икономически просперитет.

Провеждането на тези мерки има два непосредствени ефекта. Първо, те значително **разширяват американския здравен пазар.** Милиони американци, на които им липсва здравна осигуровка, сега се радват на покритие по една от програмите Medicare и Medicaid, финансирани с публични средства.

Второ, те **променят състава на разходите за здравеопазване.** Тъй като правителството покрива по-голяма част от сметката за здравеопазване, делът на личните разходи намалява.

Комбинираният ефект от увеличаването на федералното финансиране и намаляването дела на личните разходи **генерират рязко покачване на цените в здравеопазването.**

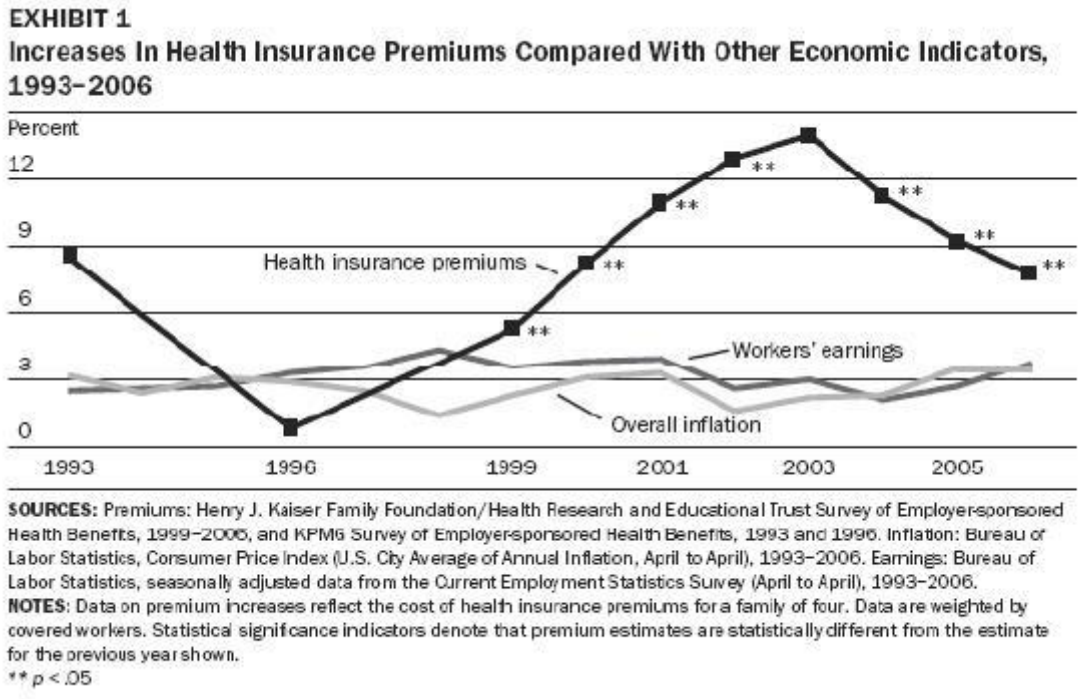
Изводът от всичко това е, че американската система за предоставяне на здравни грижи постоянно търси отговор на променящия се икономически и политически пейзаж и все още не успява реалистично да намери този отговор.

От 2001 г. насам, нарастващите разходи за здравеопазване в условията на безработица засилват вътрешните противоречия на базираната на работодателите система за осигуряване на здравни грижи. Всъщност, самата система изглежда неустойчива в условията на нарастващи противоречия, предизвикани от редица тревожни тенденции.

По-долу разглеждаме множество сили, които понастоящем работят, за да **дестабилизират** американската система за предоставяне на здравни грижи.

В резултат на ескалацията на разходите за здравеопазване, ползите за здравето имат все по-голям дял от разходите на работодателите за обезщетения. Доскоро разходите за здравно осигуряване бяха поддържани на достъпно ниво за повечето работодатели и работещи американци. Но това вече не е така. Както показва фигура 5, премиите за здравно осигуряване нарастват значително по-бързо от заплатите и цените и това предизвиква значително напрежение върху здравната система, спонсорирана от работодателя **The Kaiser Family Foundation** [129].

Фиг. 5 Нарастване на премиите за здравно осигуряване в сравнение с други икономически индикатори, 1993 – 2006



SOURCES: Premiums: Henry J. Kaiser Family Foundation/Health Research and Educational Trust Survey of Employer-sponsored Health Benefits, 1999–2006, and KPMG Survey of Employer-sponsored Health Benefits, 1993 and 1996. Inflation: Bureau of Labor Statistics, Consumer Price Index (U.S. City Average of Annual Inflation, April to April), 1993–2006. Earnings: Bureau of Labor Statistics, seasonally adjusted data from the Current Employment Statistics Survey (April to April), 1993–2006.
NOTES: Data on premium increases reflect the cost of health insurance premiums for a family of four. Data are weighted by covered workers. Statistical significance indicators denote that premium estimates are statistically different from the estimate for the previous year shown.
** $p < .05$

С медицинската инфлация, която далеч надхвърля инфлацията като цяло, работодателите предприемат различни стъпки, за да покрият нарастващите разходи за обезщетения. В резултат на тези действия, процентът на всички работодатели, които предлагат здравно осигуряване на своите служители през последните шест години, е спаднал от 69% на по-малко от 60% [104].

Нарастващите премии за здравно осигуряване и намаляващите коефициенти на покритие, не са единствените сили, които работят за дестабилизиране на американската здравна система. Някои неконтролирани тенденции биха засегнали не само стабилността на системата за предоставяне на здравни грижи, но и по-широката макроикономика и сигурността на милиони американски семейства. Над 45 милиона американци са неосигурени - повече от 8 милиона от тях са деца. Приблизително 15,6 милиона възрастни са недостатъчно осигурени [129].

От 2000 г. премиите за здравно осигуряване, спонсорирано от работодателите, нарастват четири пъти по-бързо от доходите на работниците **Kaiser Family Foundation** [129].

Американците плащат повече, както като дял от БВП, така и на глава от населението, отколкото гражданите на други големи индустриализирани държави.

САЩ се нарежда далеч зад международните си конкуренти по отношение на резултатите в здравеопазването (например продължителност на живота и детска смъртност), въпреки че изразходва значително повече средства за здравеопазване.

50% от всички заявления за несъстоятелност са отчасти в резултат на медицински разходи [132].

Системата за предоставяне на здравни грижи в Съединените щати е под голямо напрежение и натискът се увеличава. Според редица експерти трябва да се преодолее подценяването на удовлетвореността на пациентите, като критерий за оценка качеството на здравното обслужване и на ефекта от провежданите промени в здравната система.

Здравната реформа ObamaCare беше приета като закон. ACA има за цел да осигури достъпни, качествени здравни грижи за всички американци и да спре увеличаването на разходите за здравеопазване.

Въведената с ACA реформа прокара промени, водещи до повече солидарност и по-малко пазар в системата на здравното осигуряване. Промените предвиждат преразпределение на ресурси от осигурени към неосигурени, така че и последните да получат достъп до медицинска помощ.

ObamaCare е едно от знаковите постижения на администрацията на Президента Барак Обама.

Противниците на реформата считат, че тя е довела до увеличаване на разходите за здравеопазване и до отрицателни промени в застрахователната сфера.

Новият Президент на САЩ Доналд Тръмп подписва указ срещу Закона за здравната реформа ObamaCare.

Още по време на президентската си кампания той се обявява против реформата и обещава да я отмени. По-късно Президентът Доналд Тръмп посочва, че може да отмени част от нея и да запази друга, но за сега не са ясни конкретните му планове за промяната й. Налице е обаче ясна тенденция, че САЩ отново се връщат към пазарния модел на здравеопазване. Дебатът ще продължи заради поляризацията на мнения и разделението, както в обществото, така и сред конгресмените.

5. Реформиране на здравеопазването в България – тенденции и процеси на организационна промяна

През 2000 г. в България стартира кардинална организационна промяна, която принципно промени структурата и механизмите на управление на националната здравна система. През изминалия 20 годишен период бе възможно да се установят и анализират позитивните и негативните ефекти, шансовете и рисковете на тази реформа.

В процеса на здравната реформа най-трудно решим бе проблемът с финансирането на здравната система. По данни на Евростат България е била на предпоследно място в Европейския съюз с **556 евро на човек годишно.** Разходите за здравеопазване са били най-високи в Люксембург с **5600 евро на човек** от населението, Швеция с 5100 евро на човек и Дания с 5000 евро на човек.

Табл. 2. Относителен дял на разходите за здравеопазване от БВП през 2013 г. в някои страни

Държава	САЩ	Германия	Япония	Испания	Гърция	Бъгария	Израел
Процент от БВП	17,7	11,3	9,6	9,3	9,1	8,0	7,7

Вижда се голямо разнообразие в процента на разходите за здравеопазване. Тези разходи в България са доста ниски. Това изисква внимателен анализ на проблемите на здравната сисема в България.

5.1. Концепция и здравно-политически аспекти

Ключов момент в концепцията на здравната реформа в България бе замяната на държавното администриране на лечебния сектор с нов пазарен механизъм за финансиране и управление на медицинската дейност.

Най-съществените *организационни проблеми* в българското здравеопазване към края на 90-те години бяха: диспропорции в разпределението на здравните ресурси; свръхнасищане на здравната мрежа с медицински персонал (особено лекари) и неефективно използване на този персонал; неадекватно уравнително трудово възнаграждение на медицинския персонал, липса на стимули за високо качество; ниска управленска култура в здравеопазната система при фактическо отсъствие на професионален здравен мениджмънт; отсъствие на ясни икономически принципи за финансиране и разходи в здравеопазването.

След 2000 година започна осъществяването на **радикална здравна реформа**, насочена към децентрализация на управлението, плурализъм в здравното обслужване и повишаване отговорността на обществото и на отделните хора за собственото им здравно обслужване.

Главно средство на реформата е създаването на система за задължително (социално) здравно осигуряване и въвеждането на пазарни механизми за осигуряване на саморегулиране и саморазвитие на здравните дейности.

Изцяло са преосмислени и преориентирани приоритетите на здравната система с даване силен акцент на извънболничната (първичната) медицинска помощ.

Създава се нова организационна и управленска култура в здравната система, основана на подходите и методите на съвременния здравен мениджмънт.

Един от първите ефекти от реализираните здравно-политически решения и новото здравно законодателство е тенденцията към оптимизиране мащабите и структурата на здравната мрежа в страната. Създадоха се обективни условия за развитие на частния сектор в здравеопазването на принципа на равнопоставеност с публичния сектор. « В настоящия момент най-подходящата антикризисна програма за нашето здравеопазване е реформаторската стратегия » [16]. Според **Ц.Воденичаров** и **В.Борисов** всяко друго

решение би довело до задълбочаване на кризата. Българската здравна система има спешна необходимостот :*рационализиране;преструктуриране;- стандартизиране; предефиниране на ролята и мястото на медика в здравната система.*Съвременната здравна политика трябва да бъде основана на доказателства (на експертност); да се основава на партньорство; да бъде дългосрочна ; да има ясно формулирани приоритети, цели и методи.Авторите разграничават ***осем основни направления*** на съвременната здравна политика, базирана на доказателства :

1. **Развитие на здравеопазването.**
2. **Внедряване на комплекса от «3-те Д»** – предложен от **проф. Ц.Воденичаров**: **Демонополизация, Децентрализация и Демократизация.**
3. **Преструктуриране на стационарната помощ.**
4. **Развитие на пазара на здравни услуги.**
5. **Усъвършенстване на финансирането на здравеопазването.**
6. **Остойностяване на здравните разходи в отделните лечебни заведения.**
7. **Внедряване на европейските стандарти.**
8. **Приватизация и усъвършенстване на доброволното здравно застраховане за ефективно функциониращ Public / Private mix.**

Изложените направления на една съвременна здравна политика, **базирана на доказателства**, следва да доведат до постигане на оптимално съотношение между здравната и икономическата ефективност и следователно до гарантиране на здравната сигурност на отделния гражданин и неговите обединения.

За нашето научно проучване особено голям интерес представляват първите две от тях:

Развитието на здравеопазването чрез динамична реформа, която обхваща всички компоненти на здравната система в тяхната интегрална взаимовръзка и взаимодействие е обект на първото направление.

В основата на второто направление е ***прогресиращата либерализация на съвременната здравна система***. Неговите основни компоненти са комплекса «3-те Д»: Демонополизация, Децентрализация и Демократизация.

Демонополизацията в здравеопазването основно се свързва с окончателното ликвидиране на монопола на НЗОК при задължителното здравно осигуряване, като тази

дейност се поеме от няколко здравноосигурителни дружества за задължително здравно осигуряване.

Децентрализацията се изразява във внедряване на такава система за управление на здравеопазването, при която част от правата и отговорностите се прехвърлят на отделните лечебни заведения.

Демократизацията в здравеопазването включва установяване на равни права както за гражданите – потребители на здравни услуги, така и за лечебните заведения, които оказват медицинска помощ.

Този процес стои в основата на по-нататъшната либерализация на съвременната система на здравеопазване. В същността на тълкуването за приложимостта на този комплекс е положена новата концепция, в която водещата роля при опазване на личното здраве принадлежи на отделния индивид. Тази роля нараства паралелно с увеличаването на общата и здравна култура на населението – от една страна, както и с повишаване на жизнения стандарт – от друга [16].

5.2. Принципно нови механизми на финансиране, управление и структура на лечебния сектор

Както вече посочихме, ключов момент на здравната реформа бяха принципно новите механизми на финансиране, управление и структура на лечебния сектор. Въведе се здравно осигурителен модел на финансиране с две подсистеми – задължително здравно осигуряване и доброволно здравно застраховане.

В дисертационния си труд „Здравното осигуряване в Германия и България и усъвършенстването на българската здравноосигурителна система“ **Е. Александрова** установява, че висок процент от българите одобряват **доброволното здравно застраховане (ДЗЗ)** [1]. Част от причините за това са по-високото качество на здравните услуги; по-доброто отношение към пациента; по-бързото обслужване, без чакане, с определен час за приемане. Голяма част от българите биха направили **доброволно здравно застраховане** за услуги, както за пакета на задължително здравно осигуряване (ЗЗО) , така и за услуги извън него. Това означава, че те ценят услугите, предоставяни от **доброволното здравно застраховане** . Ниските доходи, обаче, пречат на желаещите да се осигуряват в Допълнителен здравно застрахователен фонд, въпреки че биха предпочели услугите им.

Задължителното здравно осигуряване позволява използването на здравни услуги, прегледи и консултации на територията на страната. **Доброволното здравно застраховане** се поддържа от лицензирани здравноосигурителни дружества и позволява използването на здравни услуги, сред които такива, включени в ЗЗО и такива, които се добавят допълнително. Тези услуги са описани в различните пакети, които дружествата предлагат и зависят най-много от цената на пакета. Доброволното здравно застраховане често е част от социалния пакет, който компаниите предлагат на своите служители. Може да се сключи доброволно здравно застраховане и отделно, но цената на пакета е различна от тази за работодател. Разликите между ЗЗО и ДЗЗ са отразени в следващата таблица.

Задължително здравно осигуряване	**Доброволно здравно застраховане**
З З О	**Д З З**
Поддържа се от здравната каса – НЗОК	Функционира на доброволен принцип и се определя индивидуално за всеки човек
Предоставя пакет от здравни дейности, гарантирани от НЗОК	Представлява финансовото обезпечение на определени здравни услуги и стоки
Здравноосигурителните вноски се определят със закон	Осигурява се от застрахователни агенции
Вноските се събират от НАП	Често е част от социален пакет, който работодателите предлагат на своите служители

На базата на Търговския закон лечебните заведения се преобразуваха в търговски дружества. Това наложи внедряването на пазарни механизми за управление на финансовите ресурси.

В тази насока бяха въведени клиничните пътеки като основен механизъм на финансиране дейността на лечебните заведения. За периодична корекция и подобряване цените на клиничните пътеки бе въведен т.нар. Национален рамков

договор (НРД), който се сключва между съсловните организации на лекарите и денталните лекари и Националната здравно-осигурителна каса (НЗОК).

В структурата на здравната система бяха ясно разграничени **трите нива** на здравно обслужване на населението: първична медицинска помощ (обща медицинска практика), специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП) и болнична помощ. Въведен бе принцип на свободен избор на лечебно заведение от страна на пациентите.

Предишната структура на участъковите лекари бе сменена с въвеждането на лични лекари (ОПЛ – общопрактикуващи лекари). Въведен бе непознатият до догава принцип на свободен избор на личен лекар и неговата свободна смяна от страна на пациентите.

5.3. Публични дебати и обществено мнение за здравната реформа

В хода на здравната реформа стана очевидна нуждата от активни публични дебати и периодичен анализ на общественото мнение за промяната в здравеопазването.

Експертните анализи показаха, че публичните дебати не бяха особено активни и становищата от тези дебати не винаги се съобразяваха от стратегическите здравни мениджъри на промяната. Направени бяха анализи на общественото мнение, които показаха неговото критично отношение към редица аспекти на промяната в здравната система. В тази насока съществени са анализите на водещи експерти – **Ц. Воденичаров, В. Борисов, Мир. Попов, Ат. Щерев, А. Кехайов и др.**

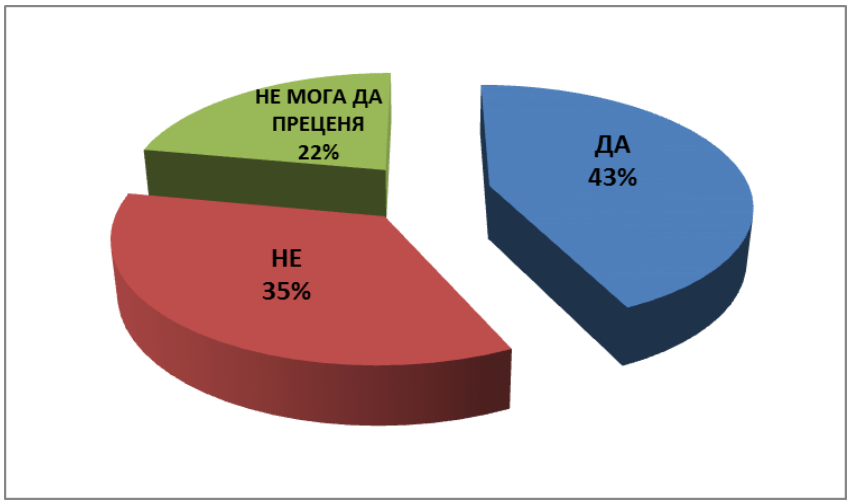
Специален акцент в проучването на общественото мнение бе проблемът за здравно-осигурителния модел. Анализът на **Г. Павлова** показа редица критични мнения и предложения на анкетирани граждани [44]. Повече от половината анкетирани (55%) оценяват здравно-осигурителния модел като неефективен, 43% нямат мнение и само 6% оценяват този модел като ефективен.

Обезпокоителен е фактът, че 54% от респондентите са доплащали за медицинска услуга, която им се полага като задължително здравноосигурени лица. Причините за това могат да са различни – личен избор на лекуващ екип от пациента, за да избегне по-тромавата процедура по линия на НЗОК; нежелание да се губи време, поради включване в листа на чакащи; предпочитание на лекар, който няма договор с НЗОК и много други.

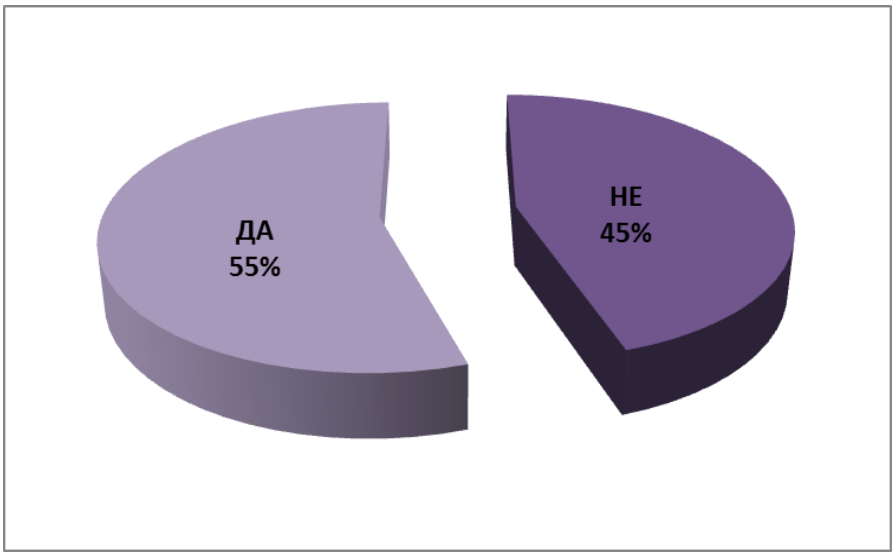
От изследването на **Г. Павлова** (фиг. 6) става ясна незадоволителната оценка на общественото мнение за качеството и ефективността на здравното обслужване.

Данните от фиг.7 показват, че 55 % от задължително здравно-осигурените анкетирани респонденти изразяват желание да се възползват и от допълнително здравно застраховане, което предоставя свободният избор на доброволните застрахователни дружества. Значителен процент анкетирани считат за нужно демонополизиране на НЗОК.

Фиг. 6. Удовлетвореност на пациентите от болничната помощ



Фиг. 7. Готовност за допълнително здравно застраховане



Цитираните по-горе данни за общественото мнение относно здравната реформа в България са показателни за обществената неудовлетвореност и нагласи, които обаче

почти не са взети предвид досега от четирите национални здравни стратегии и здравно-политическите решения.

Обстоен критичен анализ на здравната реформа в България прави **В. Борисов** в книгата си „Здравната реформа на кръстопът – хаос или мениджмънт". Той установява ниска управленска компетентност във всички нива на здравната система и обосновава нуждата от въвеждане на професионален здравен мениджмънт .

Конкретен анализ на проблемите на болничната помощ прави **Т. Черкезов**. Той установява редица слабости в болничнната мрежа и обосновава необходимостта от структурни промени в този сектор на здравната система [61].

Общественото мнение за здравната реформа и свързаните с нея публични дебати в България са отразени в публикации на **Мир. Попов, К. Пасхалидис, Т. Златанова, Р. Златанова, Б. Борисова, Зл.Петрова, А.Чешмеджиева [27, 46, 33, 7, 47, 64]** и др. Данните от анализите на тези автори свидетелстват за принизена роля на публичните дебати в процеса на организационна промяна. Анализира се общественото мнение като критерий за качеството на здравното обслужване. Установява се висок процент на неудовлетвореност на пациентите от общата медицинска практика (личните лекари), както и от болничната помощ, главно нейната организация.

А.Димова и кол. в публикацията „ Здравни системи в преход. България – анализ на здравната система 2018" прави извод за неудовлетвореността на гражданите и медицинските професионалисти от здравната система и качеството на медицинската помощ. Принципа на солидарност е компрометиран поради големия брой неосигурено население. Големият и нарастващ дял на директните плащания в България показва неадекватната финансова защита, която системата на социалното здравно осигуряване предоставя на населението. Подмяната на някои фундаментални принципи, върху които е изградена здравно осигурителната система (независимостта на НЗОК, равнопоставеността на държавата, работодателите и осигурените лица в управлението и контрола на НЗОК, прилагането на основани на доказателства политики) е довело и до нестабилност, несигурност, недоверие в здравната система и съпротива срещу реформите. Здравната система се нуждае от някои радикални промени, които могат да бъдат осъществени само ако и политиците и обществото ги подкрепят [28].

В публикацията на Националния център за парламентарни изследвания към Народното събрание на Република България „Общественото мнение по актуални проблеми в сферата на здравеопазването„ 2019г. авторите считат, че водещата роля на държавата за гарантиране здравето на хората е свързана с осигуряване на профилактични прегледи, съвременна и точна диагностика на заболяванията, навременна спешна помощ, добри условия за лечение в болниците, равен достъп до специалисти на хората в по-малките селища и отдалечени райони, високи изисквания към медицинския персонал за спазване на стандартите за лечение. Резултатите от проведеното през 2019 г. проучване показват, че негативните оценки за действащата в момента здравна система по изброените показатели, в различна степен, доминират над позитивните. Високо одобрение среща идеята за създаване на среда, в която НЗОК да не бъде монополист, а да се конкурира с други частни фондове. Високо е и общественото одобрение за възможността пациентите сами да решават къде да внасят здравната си вноска – в НЗОК или в частни фондове. Сред основните причини за здравословните проблеми на българските граждани е посочена липсата на профилактика [42].

5.4. Експертна оценка на здравната реформа по литературни данни

Анализите на водещи наши екперти показват, че отношението шансове:рискове, респ. позитивни:негативни ефекти от здравната реформа не е в полза на позитивните ефекти. Един от първите обстойни критични експертни анализи е даден през 2006 година в монографията на **В.Борисов** „Стратегически здравен мениджмънт - философия и практика”. Авторът подчертава, че слабостите на българската здравна реформа са главно в **слабата подготвеност** на системата за промяна, **неясната здравно-политическа концепция**, липсата на н**ова организационна култура** в здравеопазването, **фрагментираното** ново здравно законодателство и липсата на **ефективен публичен дебат** [3].

В следващите години целенасочен експертен критичен анализ на здравната реформа в България е представен в монографиите на **М. Попов**, 2007 г. [27] и на **Гр.Димитров**, 2018 г. [25].

М. Попов и съавтори определят три основни задачи на здравната реформа:

- преустановяване на влошаването на здравето на нацията;

- изграждане на нова здравна система – съобразена със здравните потребности на страната ни;
- развитие на здравната система в условия на демократични промени и нови икономически отношения, принципи и стандарти на здравеопазването.

В критичен аспект, според **М. Попов,** в резултат на здравната реформа вече има *"морален дисбаланс и деформации в ценностните системи, градацията на ценностите и поведенческите стереотипи".* Изчерпано е доверието на гражданите в реформата, запазват се неравенствата в достъпността до медицинска помощ. Главните фактори за това са „забавеното протичане на реформата, концептуалната неяснота, ограничените цели и колебливите резултати, допуснатите грешни стъпки и неоправданите очаквания".

В монографията се посочват няколко основни елемента на моралното дестабилизиране на здравната система [27]:

- **Дистанциране между гражданите и здравната система** – изчерпано доверие на гражданите в реформата, пасивни и инкапсулирани в себе си здравни институции;
- **Вътрешни противоречия и отчуждаване на лекарското съсловие** – незадоволени нереалистични очаквания на лекарите, диспропорции във възнагражденията и т.н.;
- **Корупция, злоупотреби и нерегламентирани плащания** – поради две причини:
  а/ липсващ съсловен, граждански и административен контрол и
  б/ неосведоменост на гражданите;
- **Запазване на неравенствата** – в достъпност до медицинска помощ (изобщо и в частност до такава с високо качество).

Редица други публикации върху отделни проблеми показват силното обществено и отчасти професионално разочарование от процесите, определени като „здравна реформа" – затруднен достъп до лечебни заведения, слаба организация на медицинския труд ,особено в извънболничната помощ.

Специален акцент върху професионално-етичната проблематика поставя и **Ат. Щерев**. Той подчертава, че пазарно-технологичното мислене (средството) става доминиращо и **измества хуманно-етичната мотивация** (целта) в периферията на

съзнанието на здравните политици, на здравните мениджъри и на медицинския персонал [66].

Оценка на ефективността на модела на задължителното здравно осигуряване в България прави **Г. Павлова** [44]. Нейното проучване показва, че 89% от анкетираните медицински специалисти преценяват като **неефективен модела** на задължителното здравно осигуряване в България. В подкрепа на приложения в момента модел са се обявили едва 5 %, а 6% от допитаните не могат да дадат ясна преценка. Данните на автора недвусмислено насочват към осъзната от медицинските специалисти необходимост от радикални промени в модела на здравно осигуряване.

Някои проблеми и слабости в достъпността на здравно-осигурените лица до лечебните заведния и спазване правата на пациентите анализира **Ал.Пампоров** [45]. Очевидно е бил нужен определен период за **реални впечатления и наблюдения** на резултатите от стартиралата здравна реформа в България, за да се стигне до цитираните по-горе сериозни критични оценки от граждани и експерти относно тази реформа. В настоящия момент са натрупани значително повече впечатления и мнения за резултатите от здравната реформа, която дава възможност за по-категорични изводи относно ефективността на тази реформа. В следващата глава представяме нашите данни в тази насока.

5.5. Експертна оценка на здравната реформа по емпирични данни

Заедно с цитираните по-горе литературни източници, за целите на настоящето изследване, ние проведохме и анонимна анкета на 20 авторитетни екперти по здравен мениджмънт - академични експерти и действащи здравни експерти, главно директори и заместник директори на болници (вж. Приложение 1 - Анкетна карта).

Най-важните въпроси, които ни интересуваха в анкетата се отнасяха до мнението на експертите по два ключови проблема на организационната промяна в здравеопазването – 1. Мнението на експертите за базовата изходна концепция на здравната реформа в България, започнала през 2000 година и 2. Ефектът от преобразуването на лечебните заведения в търговски дружества.

Както се вижда от данните на **таблица 3**, малко повече от половината анкетирани (11) считат изходната концепция на здравната реформа като „Неадекватна“

или „По-скоро неадекватна“. Това мнение съвпада със становищата в редица аналитични публикации в нашата научна литература от последните години [3, 10, 51].

Табл. 3. Мнение за адекватност на изходната базова концепция на здравната реформа в %

Въпрос: Според вас доколко базовата изходна концепция на здравната реформа в България, започнала през 2000 година, бе адекватна на здравните потребности на нацията:

Отговори	Относителен дял	Обобщено в %
Адекватна	25	45
По-скоро адекватна	20	
По-скоро неадекватна	30	55
Неадекватна	25	
Всичко	100	100

Табл. 4. Мнение за ефекта от преобразуването на лечебните заведения в търговски дружества в %

Въпрос: През последните двадесет години лечебните заведения са преобразувани в търговски дружества. Това подобри ли финансирането и управлението на ресурсите в здравеопазването:

Отговори	Относителен дял	Обобщено в %
Да	20	40
По-скоро да	20	
По-скоро не	35	60
Не	25	
Всичко	100	100

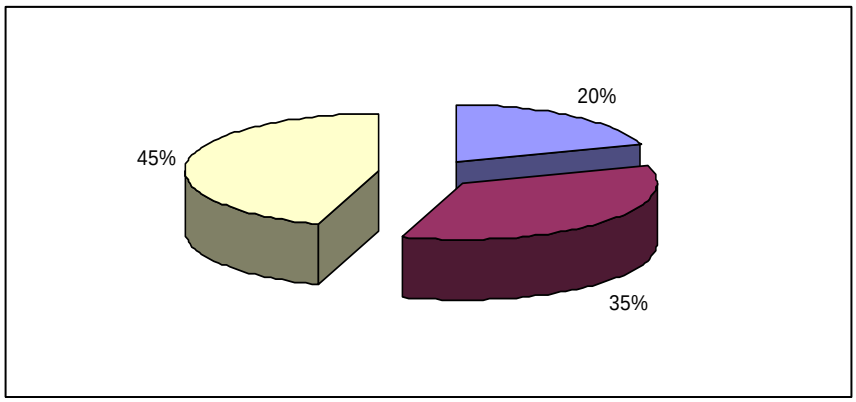
По-голяма част от експертите отговарят негативно.

На конкретния въпрос *„Считате ли ефективно финансирането, което реализира НЗОК?”* в отговорите на анкетираните експерти преобладава отрицателната оценка: 4 отговорят с „Да“, 5 отговарят с „Отчасти“ и 11 отговарят с „Не“. Това потвърждава мнението в много дискусии през последните години в България, че особено критичен момент в промените на здравната система след реформата е механизмът на финансиране, базиран на внедрения Търговски закон в управлението на здравеопазването.

Във връзка с горния въпрос е следващият въпрос: „Нужна ли е демонополизация на НЗОК?”. Данните от **фигура 8** показват, че много голям процент от експертите дават положителен отговор на този въпрос. Проблемът за демонополизация на НЗОК е също един от най-често дискутираните проблеми в България, както на дискусии и семинари, така и в научния печат. Този проблем, макар и сложен, тъй като засяга статута на социалното здравно осигуряване, се нуждае от обективно решаване. Основна причина за това е фактът, че още в първите години на здравната реформа пролича подценяването на доброволното здравно застраховане.

Фиг.8. Мнение за нужда от демонополизация на НЗОК в %

Въпрос: Нужна ли е демонополизация на НЗОК?



Вижда се, че известен процент от анкетираните експерти дават неясни, колебливи или отрицателни отговори за нуждата от демонополизация на здравната каса. Въпреки това преобладава **категоричното мнение**, че понастоящем е нужна демонополизация на НЗОК.

Процесът на реализиране на здравната реформа в България бе съпроводен с приемането на четири национални здравни стратегии – в периода от първата стратегия през 1995 година до последната Национална здравна стратегия 2014-2020 година.

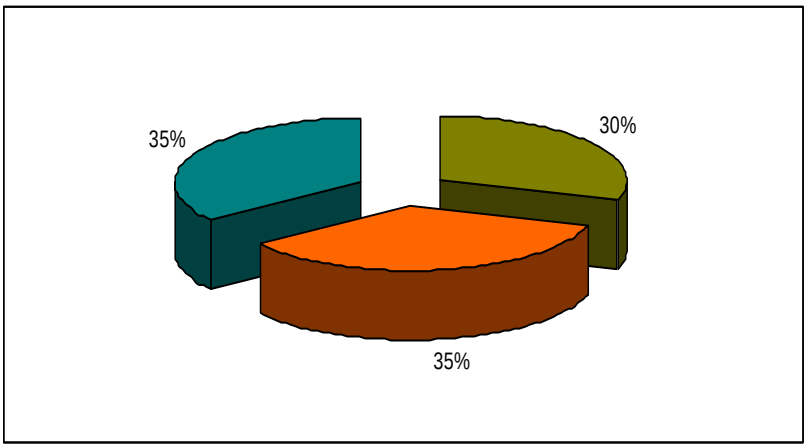
За целите на стратегическия анализ на здравната реформа в България е важно да се знае мнението на експертите - доколко тези национални здравни стратегии са били **компетентно създавани, обосновавани** и дали те са реалистични и обективно приложими в мениджмънта на здравеопазването. Важен е също въпросът доколко тези стратегии имат добре обосновани адекватни **приоритети на здравната система**, защото ключов проблем на всяка една стратегия са приоритетите.

На **фигура 9** се вижда, че 35% от анкетираните експерти дават позитивен отговор, че националните здравни стратегии са добре обосновани и адекватни за приложение. Преобладава мнението, че те не са добре разработени и обосновани, не отразяват правилно реалните здравни потребности на населението и нерешените проблеми на националната здравна система. Това показва, че досегашните здравни стратегии в значителна степен са си оставали **документ без конкретна реализация** в живата практика на здравеопазването.

Това показва също, че досега проблемът с т.нар национални здравни стратегии, макар и много важен, е бил подценяван и те са разработвани повече като формален документ **без дългосрочна визия**. Те по-скоро са били ориентирани към моментни оперативни потребности, без да допринесат за реален прогрес в развитието на здравната система.

Фиг. 9. Експертна оценка на националните здравни стратегии в %

Въпрос: Досега в България са приемани 4 национални здравни стратегии. В тях има ли добре обосновани и приложими стратегически приоритети на здравната система:



Особено интересно е мнението на експертите за **клиничните пътеки**, отразено в техните отговори на въпроса: *„Финансирането на болниците само чрез клинични пътеки (чрез НЗОК) повишава ли рисковете за "източване" на здравната каса".* Проличава критичното негативно мнение на повечето анкетирани за ролята на клиничните пътеки. Преобладава мнението, че е възможно клиничните пътеки да се използват за нерационални разходи на финанси от болниците. Тези данни показват сериозните **финансови рискове**, които носи въвеждането на клиничните пътеки като механизъм на финансиране.

Ключов стратегически критерий за всяка здравна система е и нейния *интегритет*, степента на еднопосочни цели и взаимодействие между отделните елементи на системата. В тази насока в здравната система особено важен критерий е връзката и координацията между извънболничната и болничната помощ.

Конкретната експертна оценка по този въпрос е представена в **таблица 5**. Данните са изключително показателни. С малки изключения почти всички анкетирани експерти отговарят, че **липсва** така **необходимата координация** между двата сектора на здравната система – извънболнична и болнична помощ.

Табл. 5. Наличие на координация между извънболничната и болничната помощ – експертна оценка

Въпрос: Има ли координация между извънболничната и болничната помощ:

Отговори	Относителен дял	Обобщено в %
Да	5	15
По-скоро да	10	
По-скоро не	25	85
Не	60	
Всичко	100	100

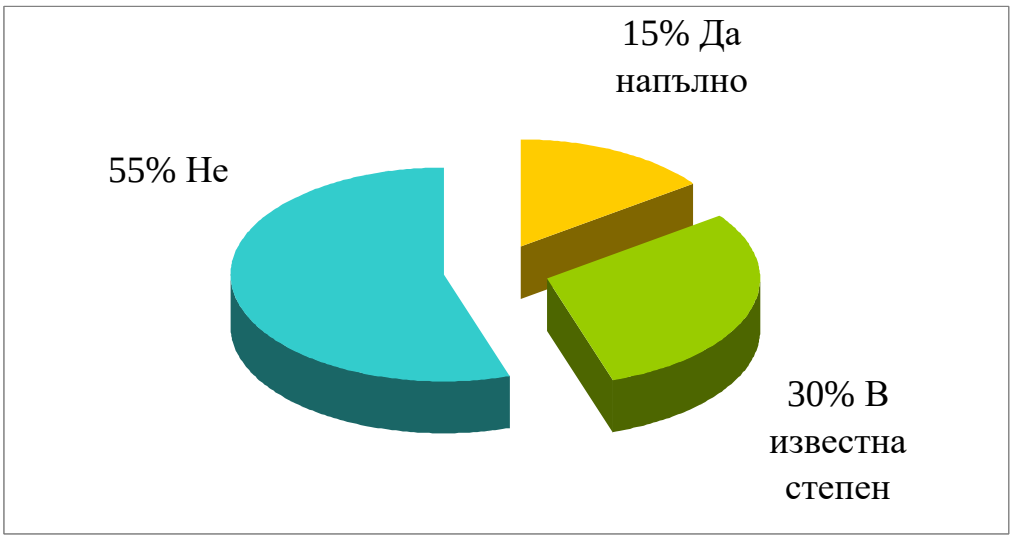
В управленски и стратегически аспект посочената липса на координация е решаващ фактор за наблюдаваната у нас през последните години

свръхоспитализация, която води до необоснован превес на изразходвани ресурси в болничния сектор за сметка на ресурсите в изнъболничния сектор на здравната система.

На **фигура 10** представяме мнението на експертите относно регистрацията на общопрактикуващите лекари като Еднолични търговци – ЕТ. Вижда се, че по-голяма част от експертите не оценяват положително статута на личните лекари като **еднолични търговци**.

Фиг. 10. Мнение за търговския статут на личните лекари като ЕТ в %

Въпрос: Според вас подходящ и ефективен ли е статутът и регистрацията на личния лекар като ЕТ-едноличен търовец



Този резултат от анкетата съвпада с мнението и на други автори в техните публикации [3, 7, 52]. Според нас това мнение обективно отразява **противоречието** между социално-етичната мисия на личните лекари и техния търговски статут. Тук следва отново да отбележим, че именно в страна с утвърдени пазарни отношения и механизми на управление, каквато е САЩ, здравеопазването официално не е причислено към търговския сектор, а към социалния **нон-профит сектор**.

В контекста на нашия сравнителен анализ ни интересуваше доколко нашите здравни мениджъри са информирани за здравната ситема в САЩ, за нейните управленски проблеми и опити за реформиране. На таблица 6 представяме отговорите на този въпрос.

Табл. 6. Информираност на здравните мениджъри за здравната система в САЩ

Въпрос: Моля преценете информиран ли сте за здравната ситема в САЩ и опитите за нейното реформиране:

Отговори	Относителен дял	Обобщено в %
Да	10	20
По-скоро да	10	
По-скоро не	30	80
Не	50	
Всичко	100	100

Данните от **таблица 6** показват много ниска информираност на нашите здравни мениджъри за съвременното състояние и реформи на здравната сисема в САЩ.

В анкетната карта е включен въпрос за *препоръки* относно бъдещата стратегия за развитие на здравеопазването в България (свободен отговор). Само няколко (9) от анкетираните експерти са дали отговор. Най-съществените препоръки са три:

- Демонополизация на НЗОК с по-широка възможност за достъп до доброволните здравни фондове ;
- Създаване на нов вариант на финансиране на лечебния сектор и конкретно на болниците, който успешно да допълни или замени изцяло клиничните пътеки;

- Да се създадат нормативни гаранции за ефективна координация между болничната и извънболничната помощ със специален акцент към приоритетната функция на личните лекари.

Представените по-горе емпирични данни показват убедително някои съществени нерешени стратегически проблеми на здравната реформа в България, които ще изискват своето адекватно решение в бъдеще.

5.6. Етични проблеми в здравеопазването на България

В променящата се система на здравеопазване в България предлаганите реформи са обикновено частични по характер и фокусират преди всичко върху финансовите механизми, а не върху културалния контекст и ценностите, които създават повече от днешните проблеми.

Променящият се социално-културен контекст е белязан от преобладаването на **плурализма на ценности,** характерни за западноевропейските страни, особено ценностите, отнасящи се до осигуряването на здравни услуги. Всички ценности, взети заедно, не подпомагат за изграждането на съгласувани, справедливи и икономически приемливи системи. Ето някои от тях: а) автономност на свободния избор; б) ангажимент към неограничения медицински прогрес; в) вяра в непрекъснато подобряващото се качество на здравните услуги; г) отхвърляне на ефекта от застаряването; е) амбициозно повишаване на изкореняването на всички болки и страдания, свързани с боледуването.

Към посочените ценности трябва да добавим и специфичните ценности на различните заинтересовани групи в системата на здравеопазването в България: икономически заинтересованите групи като лекари и други медицински специалисти, фармацевтични производители и тези за медицинско оборудване, административни служители в лечебните заведения; заинтересованите най-вече от здравето граждански сдружения; научноизследователски екипи.

Две съществени социални изисквания, очевидно несъвместими и то не само за българската здравна система и действителност, водят до сърцевината на съвременните здравно-политически проблеми в България:

- потребността да се осигури по-справедлива и достатъчна по обем медицинска помощ, особено за икономически бедните и уязвими групи в обществото;

- изискването да се намери начин да се контролират непрекъснато нарастващите разходи за здравеопазване.

Според **Ц.Воденичаров** етичните проблеми в здравеопазването са изключително актуални. **Добрата етика на клинично ниво** означава не само добри аргументи, но и способност да се навлезе в потребностите, болката и страданието на пациентите. **На политическо ниво добрата етика** означава разбиране как предложената реформа в здравеопазването не само ще повиши здравето и достъпа до здравеопазване, но и как реформата се изявява на широката политическа и социална сцена.

Индивидуализмът, лежащ в основата на принципализма в етиката, се вижда най-добре в централното място, което се отделя днес на следните принципи: 1) принципът за уважение на автономността; 2) принципът не вреди; 3) принципът прави добро; 4) принципът на справедливостта. [16]

За здравните условия на съвремието в България е необходимо начинът на мислене да включва мрежа от аналитични умения и личностни добродетели като: рационалност, въображение, проницателност.

Етичната рамка на съвременната здравна политика включва: 1) благополучие на пациента; 2) автономност на пациента; 3) професионален интегритет; 4) равнопоставеност и справедливост. Справедливостта изисква индивидите да имат възможността да получат здравни грижи, от които се нуждаят на равнопоставена основа. В същото време справедливостта поставя етичните ограничения на свободата на пациента да претендира за ограничените медицински ресурси [16].

Политическата насоченост към балансиране на ограниченията и аспирациите изисква: перспектива на оценяването на технологиите в медицината и валидността на доказателствата на научните изследвания ; и стратегия за определяне на приоритетите в

здравеопазването при спазване на следните принципи: принципът на симетрията и принципът за оценка на технологиите.

Научните изследвания са част от културата на всяка нация, включително и на българската нация. Два са важните въпроси тук: дали инвестирането чрез повече средства за научни изследвания ще намали цената на здравните услуги ; и дали научните изследвания ще помогнат да се намали продължителността и тежестта на болестта, предшестваща смъртта в старческа възраст.

Съвременното разбиране за здравето в обществото е, че здравето не може да се счита вече само за личен въпрос. По-скоро то става въпрос на обществена ангажираност и следователно – политически въпрос. Така се бележи началото на **здравната политика** като част от социалната политика и политиката за благополучието на гражданите. Ако либерализмът открива **правото на здраве,** то социално-демократичната концепция осветлява **правото на здравеопазване**[16] .

Характерни отлики на тези права са следните: правото на здраве предшества социалния контракт и държавата може само да го подкрепя – то е конкретизация на принципа на свободата; правото на здравеопазване трябва активно да бъде промотирано от държавата – то се извежда от принципа за равнопоставеност.

Отличителна черта на **солидарността** като принцип на здравната политика е свързаността й с принципа за равнопоставеност. Когато солидарността се разглежда като отделен принцип на здравето или социалната политика се предполага, че говорим за намаляване на неравноправието в условията на живот или в здравния статус на населението. Солидарността би могла да се характеризира като групово ориентирана отговорност за грижа за по-слабите и уязвими членове на общността. Схващането, че здравият плаща за болния и младия – за стария изразява основната идея за традиционното разбиране на принципа за солидарност.

Правото на себеопределяне и личната отговорност за здравето стават все по-значими колкото повече спешната медицина се допълва с продължителното медицинско обслужване и превенцията на болестта. Тази промяна в профила на здравеопазването изисква пренасочване на моралните ценности на пациента от традиционното съгласие и надежда – към обучението на пациента и партньорството му с лекаря.

Фрагментирането на солидарността, реториката на традиционната солидарност, основани на равнопоставеността е заблуждаваща в модерната система на здравеопазване. Тя трябва да се смени с: 1) принципа за отговорността за живота на човека и здравния избор и 2) идеала на търсенето на ползата за цялата общност.

В областта на медицината и здравеопазването по-добре етиците да вървят пред политиците.

Очевидно са необходими нови подходи за съответствие на социалната и културна матрица, в която етиката оперира в медицината и здравеопазването. Нужно е формирането на нова здравна политика, в която да се поставят целите и идеалите на медицината, както и значението на здравето в модерното общество.

Прогресът на **първия исторически етап от развитието на здравеопазването –** подобряването на храненето и хигиенните мероприятия – е израз повече на рефлексия на социалните условия и условията на живот, отколкото на състоянието на медицината.

Прогресът във **втората историческа фаза** е постигнат чрез: 1) ангажираност на здравеопазването не толкова с благополучието на индивида, колкото с преодоляване на вредата върху общественото здраве от инфекциозните заболявания и 2) успехите в биологичната наука [16].

Системата на здравеопазване, чийто фокус е върху задачите на първия и втория етап на развитие, ще осигури здравословен и дълъг живот на по-голямата част от населението.

България като страна, устремена към напредък, трябва да изгражда здравеопазване, с което да отговори не само на задачите на двата предишни исторически етапа, но и да гарантира **здравна сигурност** на всеки гражданин, зачитане на автономността и предоставяне на максимална свобода за планиране на личния живот и ценности [16].

Голямо значение при поставянето на приоритети в здравеопазването има идентифицирането на следните четири принципа:

- безпристрастно лечение на хората;
- приоритет на най-уязвимите групи от населението;
- възможно най-голяма полза за общественото здраве;

- промоция на социалната полезност.

Според **Ц. Воденичаров** познаването на основните ценности като свобода и справедливост е необходимо за успеха на здравната реформа, особено в търсенето на етична, устойчива и всестранна здравна реформа.

За медицината професионализмът и кодексите по етика се явяват принципният отговор на необходимостта от регулиране на конкуренцията в здравеопазването. Исторически принципите на медицинския професионализъм са неоспорими – интегритет, професионализъм, грижа и респект, високи стандарти и компетентност.

Интерес представлява тенденцията за все по-голямо сходство и чувствително намаляване на различията в бъдеще между системите на здравеопазване на Европейските страни и САЩ. Независимо от съществуващите различия помежду им, те се сблъскват с едни и същи проблеми, породени от непрекъснатото увеличаване на разходите за здраве. Основната разлика помежду им е, че системата на здравеопазване на САЩ е силно приватизирана и с изразена конкуренция, докато европейските здравни системи оперират в силна зависимост или са силно управлявани от правителствата си. Промяната, която се наблюдава, се изразява в това, че европейските здравни системи все повече се отварят към пазарни идеи и практики, докато здравната система на САЩ все по-стабилно бива тласкана към по-силна правителствена роля [11].

В сравнително ранния период на промяната в здравеопазването в България „Здравната реформа в България – необходимост, развитие, резултати, перспективи“ (2007) на авторите **А. Димова**, **Мир. Попов** и **М. Рохова** е значима обобщаваща монография, в чието съдържание е включен раздел „Морално дестабилизиране на здравната система“.

Авторите подчертават, че има **морален дисбаланс** на здравната система, проявен в „деформация в ценностните системи, градацията на ценностите, професионалния морал, поведенческите стереотипи“. Главните фактори за това са „забавеното протичане на реформата, концептуалната неяснота, ограничените цели и колебливите резултати, допуснатите грешни стъпки и неоправданите очаквания“.

В монографията се посочват няколко основни елемента на моралното дестабилизиране на здравната система:

- Дистанциране между гражданите и здравната система – изчерпано доверие на гражданите в реформата, пасивни и инкапсулирани в себе си здравни институции;

- **Вътрешни противоречия и отчуждаване на лекарското съсловие –** незадоволени нереалистични очаквания на лекарите, диспропорции във възнагражденията и т.н.;

- **Корупция, злоупотреби и нерегламентирани плащания** – поради две причини: а) липсващ съсловен, граждански и административен контрол и б) неосведоменост на гражданите:

- **Запазване на неравенствата** – в достъпност до медицинска помощ (изобщо и в частност до такава с високо качество) [27].

Според **В.Борисов** главния социално-етичен абсурд е подмяната на целите на здравеопазването със средствата му. Професионално-етичните аспекти и критерии на медицинската дейност са извън вниманието на официалните анализи, отчетните документи, докладите за акредитация на лечебните заведения и т.н. Гарантирането на национална здравна сигурност ще бъде неотменим исторически дълг и етично предизвикателство пред всички настоящи и бъдещи политически и здравно-политически лидери на България [16].

5.7. Бариери за организационна промяна в здравната система

Двадесетгодишният период от началото на здравната реформа в България показа, че нейният успешен ход е срещал определени бариери от обективно и субективно естество.

Главната бариера според нас е прибързаната подготовка и спонтанен старт в 2000 година на тази фундаментална реформа, която промени генерално, принципно съществуващата национална здравна система към онзи момент. Реформата започна при **неподготвено адекватно** както обществено, така и професионално мнение; недостатъчна и неясна бе информираността за целите, очакваните резултати и възможните рискове от тази реформа. На тази база бяха формирани **максималистични очаквания** от промяната в здравната система, които на свой ред породиха по-късно обществената и професионалната неудовлетвореност [3, 16].

Втора съществена бариера бе, че здравната реформа стартира в условията на **старата организационна култура**, без да е формирана нужната за промяната нова организационна култура в системата.

Трета важна бариера бе липсата на компетентен професионален здравен мениджънт за успешно управление на сложните и противоречиви процеси на промяна – липсваше ефективен **мениджмънт на промяната**.

Като бариера известният експерт **д-р Страшимир Генев** посочва фактът, че здравното осигуряване у нас е „**обсебено** от държавата“. Според него, събирането и разпределянето на финансовите средства не се извършва от обществен орган, какъвто следва да е Надзорния съвет на НЗОК, а от Министерството на финансите. НЗОК бе създадена като публично-правна институция, но в момента по финансовите си механизми е подчинена на Министерството на финансите и представлява само формална разплащателна агенция, т.е. НЗОК фактически е **одържавена** институция.

В. Борисов посочва следните бариери и общи грешки на организационната промяна в здравната система [3]:

- **Неконкретизирани, неясни или двусмислени цели**. В стратегическите документи прекалено често има място една чисто формална цел “Подобряване на здравното обслужване”, която не мотивира медицинския персонал, защото не е дефинирана чрез конкретни задачи и дейности.
- **Липса на стратегически алтернативи и пътища на промяната.**
- **Липса на оценка на ситуацията** и главно липса на обратна връзка за първите резултати и рискове от промяната, за реакцията на общественото мнение и т.н.
- **Липса на прогнози за рисковете на промяната**.
- **Фрагментирано и неясно фокусирано здравно законодателство.** Приети са многобройни, откъснати един от друг здравни закони. Множеството самостоятелни закони фрагментират здравната проблематика и *застрашават интегритета* на здравната система. Опитът на редица напреднали страни, включително САЩ показва, че здравеопазването се нуждае от един или минимален брой базови закони, последвани от серия подзаконови актове, ясно и строго подчинени на тези общи нормативни актове.
- **Дестабилизация на здравната организация.** Стремежът за генерална и бърза едноактна промяна, без постъпателност и етапност, наруши за дълъг период системната стабилност на здравеопазването.

- **Недостатъчен баланс на националните традиции и чуждите модели при промяната**. Прекомерен е акцентът върху чуждия опит и директното му внедряване без детайлен анализ и съобразяване с културните, социалните, психологическите и икономическите реалности в страната, както и с позитивните традиции. У нас възникна риск за загубване на националната и регионалната идентичност на здравната система.
- **Диктат на феномена медикрация** - абсолютното доминиране на лекарите-клиницисти в управлението на здравната система при липса на внедрен професионален здравен мениджмънт. В тези условия за дълъг период след старта на реформата у нас лекарското съсловие не бе отворено за пряк "мениджърски мониторинг и контрол".
- **Недостатъчни гаранции за ефективността на частния сектор**. Нерегулираното създаване на многобройни частни лечебни заведения, финансирани от НЗОК, често поставя публичния сектор пред неочаквани организационни и финансови проблеми.

В контекста на бариерите на промяната следва да се отбележи един много съществен момент, който бе игнориран в старта на здравната реформа – абсолютната необходимост от *преходен етап* на промяната. Историческият опит показва, че всяка стратегическа промяна (каквато е и българската здравна реформа) не е едномоментен акт, а труден, продължителен и противоречив процес. Тази закономерност е специално подчертана в обстоен анализ на **В. Борисов** още в 2005 година [2].

Според автора, здравеопазването е консервативен сектор по своя характер и рязката стратегическа промяна в здравната система от **революционен тип** трябва да бъде заменена с компететно управлявана организационна промяна от **еволюционен тип** със съответен преходен период. В преходния период експертно и критично се оценяват резултатите и рисковете от реализираната промяна с оглед своевременна корекция в концепцията и стратегията на тази промяна и предстоящото нейно цялостно внедряване в здравната система. Съобразно мащабите на предстоящата организационна промяна нейният преходен период може да трае от 1 до 5 години.

Абсолютно нужен е отговорен здравно-политически мониторинг и контрол на „стратегическия скок". Подобен подход би могъл да гарантира една обществено по-приемлива, по-устойчива промяна и развитие на здравната система [4].

В този контекст се крие една от **разликите** между опитите за здравни реформи в САЩ и българската здравна реформа. При всичките критични оценки на неуспешните опити за фундаменталнна промяна в здравната система на САЩ, стратегическият

подход в тази страна заслужава позитивна оценка специално в преодоляването на внезапните революционни промени чрез **продължителни обществени и политически дебати** с постепенни, макар и частични позитивни промени в здравната система. Здравната система в САЩ демонстрира едно по-устойчиво развитие и ориентация към *еволюционни,* а не към *революционни* организационни промени на своето национално здравеопазване.

Заслужава внимание становището на **Б. Давидов** в неговата *дискусионна статия* с предизвикателно заглавие „Краят на солидарното здравно осигуряване?" [24]. Авторът прави сравнителен анализ върху следния интересен исторически факт: през 50-те години на XX век в България **принудително** в ускорен темп бе внедрен нов модел на здравеопазване (системата Семашко) и през 2000 година по същия начин – **принудително и спонтанно в едномоментен акт** - бе внедрен новият модел Бисмарк с неадекватни (по експертни оценки) пазарни механизми в условията на все още неразвит общ пазарен сектор в държавата. Очевиден е едноактният революционен подход в здравната реформа, вместо препоръчваният от експерти еволюционен експертно обоснован подход.

Съществена пречка за ефективната здравна реформа е и **липсата на прозрачност** и обществена информираност за дейността на здравната система. Няма практика да се представят анализи и информация за извършените разходи за здравното обслужване на различните групи осигурени лица, за приоритетите и възникналите проблеми и рискове в медицинското обслужване.

Посочените по-горе бариери за ефективна организационна промяна в здравната система на България по своята същност са предимно от концептуален, здравно-политически и стратегически характер.

6. Обобщен критичен анализ на процесите на здравна реформа в България

Здравната реформа в България в общи линии отразява закономерностите на аналогичните реформи в страните на Централна и Източна Европа. В това отношение тя съчетава в себе си серия от **шансове** и **рискове**. Тази реформа, от една страна, ускори *либерализирането* на пазара в здравеопазването и *демократизирането* на

медицинската дейност в условията на силна конкуренция. Но от друга страна, механичното въвеждане на външни модели с недобре регулирани пазарни отношения и при поява на нови "центрове на сила" в здравеопазването, породи условия за известен **конфликт** на икономическите интереси и социално-етичните ценности (права на пациента, справедливост, солидарност, отговорност за здравето, обществено доверие в здравните професионалисти).

Представените по-горе литературни и емпирични данни показват, че процесите на здравната реформа в България са *противоречиви* и съпроводени с редица проблеми и рискове.

В количествен аспект здравната мрежа в България е доста широко разгърната в цялата страна, броят на лечебните заведения е значителен (почти 400) и е нараснал през последните 20 години главно за сметка на частните лечебни заведения.

В качествен и организационен аспект в лечебния сектор се наблюдават редица непреодолени проблемни ситуации, които изискват нови промени в нормативната база, в механизмите на управление и структурата на здравната система.

Като най-обобщена критична оценка на здравната реформа следа да се отбележи **нарушеният интегритет** на здравеопазването като цялостна система и специално на лечебния сектор. Липсва координация между болничната и извънболничната медицинска помощ. Фрагментираната нормативна база (здравните закони) води до осезателна дестабилизация и фрагментация на здравната система.

Структурната реформа е извършена формално без реално внедряване в системата на нова организационна и управленска култура, в частност професионален здравен мениджмънт. В най-обобщен план са допуснати някои крайно неблагоприятни явления и тенденции:

- Дисбаланс в здравноосигурителния сектор със свръхдоминираща позиция на задължителното здравно осигуряване за сметка на доброволното здравно застраховане, при което силно се ограничиха възможностите за свободен избор на гражданите. Националната здравноосигурителна каса от специфична публично управлявана организация, постепенно фактически е одържавена в своите управленски механизми.
- Организационна и финансова неравностойност на болничния и извънболничния сектор. Изолирана е болничната от извънболничната дейност, без взаимовръзки и приемственост в обслужването на пациента. Това от своя страна поражда

нарастваща сръххоспитализация на пациенти с неудържимо нарастващи финансови разходи.

- В резултат на нормативни и организационни слабости в лечебния сектор на системата се пораждат условия за нерегламентирани плащания от пациентите, за широко разпространен „черен пазар", особено в болничната помощ.
- Реален деструктивен феномен в медицинската помощ са некомпетентно внедрените клинични пътеки като механизъм за финансиране. Прилагани догматично и спекулативно, те породиха серия организационни проблеми чрез фалшива документация. Те провокираха редица конфликтни ситуации, в частност между лекарите от различните медицински специалности.
- В хода на здравната реформа липсва системен мониторинг и ситуационен анализ с критична оценка на бързо изменящата се ситуация специално в лечебния сектор - с оглед своевременно преодоляване на рискове и нежелателни тенденции. В условията на фрагментирана нормативна база се провеждат спонтанни и частични, изолирани една от друга организационни промени *без добре обосновани стратегически прогнози* в по-дългосрочен план за предстоящото развитие и перспективи на здравната система в България.

В тези условия, очевидно здравната политика в България трябва да поеме своята автентична **мисия и отговорност** за нови интегрирани организационни промени на базата на максимален реализъм при обективно нарасналите здравни потребности на обществото. Стратегичесите решения в здравеопазването ще бъдат принудени да следват строго линията на **баланс** между здравни потребности, ограничения и приоритети, за да се гарантира компетентно обоснован пакет от здравни услуги, отговарящи на съвременни качествени стандарти.

7. Сравнителен анализ на здравните системи в САЩ и България на база направения SWOT анализ

Методът SWOT анализ

SWOT анализът е структуриран, систематичен начин на мислене и проучване на области за развитие на бизнеса, за разгръщане на ресурси /вкл. физически, лични и интелектуални/ и области на уязвимост, които се нуждаят от подобрение или развитие.

Смисълът и предназначението на SWOT анализа е да се осигури задълбочена оценка и анализ на бизнеса в различни отрасли на икономиката.

SWOT анализът, при който лидерите оценяват силните и слаби страни, възможностите и заплахите на организацията, е полезен и изпитан във времето инструмент за лидерство.

Използването на този метод за анализ в здравните организации и многобройните ползи от приложението му, заслужават внимание.

В началния етап се съставят и оценяват ключови данни за състоянието на здравната организация или система, като: медицински технологии, здравословно състояние, източници на финансиране и др. След събиране на данните се прави анализ и оценка на възможностите на организацията.

Следват стъпки по отношение на организирането на данните по категории : силни страни, слаби страни, възможности и заплахи.

Съставя се и се разработва матрица за вариантите за разглеждане и получения анализ се включва в процеса на взимане на решения, тъй като по този начин ще се намери вариант, отговарящ на цялостния стратегически план на организацията.

Стратегическите планове следва да бъдат актуализирани при установяване на проблеми, за да се предприемат стъпки за промяна и посока на действие.

SWOT анализ на реформиращата се здравна система в Съединените американски щати

Оптималното функциониране на здравната система може да бъде постигнато като се вникне дълбоко в силните и слаби страни, които вървят заедно с нейните резултати. SWOT анализът на здравната система на САЩ действа като предшественик на стратегическото планиране и изследванията разглеждат силните страни на системата, вътрешните слабости, възможностите за развитие и заплахите.

СИЛНИ СТРАНИ

- Функциониращ ефективен професионален здравен мениджмънт, даване правомощия на мениджърите;
- Огромен опит по използването на ефективен маркетинг в здравеопазването;
- Висококвалифициран медицински персонал с пределно ясни критерии за професионално развитие и кариера;
- Използване на най-съвременно медицинско оборудване и технологии;
- Инвестиции в IT сектора в здравеопазването;

- В челните редици на клиничните изследвания;
- Висока осигуреност с лекари и специалисти;
- Електронни здравни досиета;
- Висока ефективност на дейността на здравните заведения;
- Отлични висши и средни учебни заведения;
- Задължителни здравни застраховки;
- Субсидии и данъчни облекчения от държавата за социално слаби граждани и малки фирми;
- Рационално преразпределение на ресурси от осигурени към неосигурени;
- Финансирани от федералния бюджет здравни програми : Medicare, Medicaid, SCHIP, и мн.др.;

СЛАБИ СТРАНИ

- Липса на универсално здравно покритие; не гарантира здравно осигуряване на огромна част от американците (неравен достъп до медицинска помощ);
- Високи разходи за опазване на здравето (световен лидер);
- Американската здравна система е насочена към лечение, а не към превенция (подценява се ролята на профилактиката);
- Доминиращ пазарен модел на здравеопазване с недостатъчна социална насоченост;
- Осигурителните компании не покриват всички разходи за лечение;
- Личните разходи за здравеопазване на гражданите са най-високи в света (много от тях обявяват банкрут, поради невъзможност да покрият разходите при необходимост от дългосрочно лечение);
- Независимо от рекордно високите разходи – незадоволителни здравни показатели;
- Неудовлетвореност на средната класа, която оценява здравеопазването като недостатъчно хуманно;;
- Силно регресивно финансиране на здравеопазването;
- Фармацевтичната индустрия си е извоювала гарантирани монополни патентни права и цени на лекарствата, което оскъпява здравните грижи;
- Много скъпо медицинско образование;
- Колебания в непрекъснатостта на здравните грижи;

- Диспропорции във финансирането, неравномерно разпределение;
- Високи административни разходи;
- Насърчаване на високотехнологична и скъпа диагностика и недостатъчна първична грижа;
- САЩ са единствената страна без обществено (публично) финансирана универсална здравна система.

ВЪЗМОЖНОСТИ

- Въвеждане на система на единствен платец;
- Универсален здравноосигурителен фонд;
- Въвеждане на социален маркетинг;
- Повече солидарност и по-малко пазар;
- По-широко внедряване на профилактичния принцип в здравеопазването;
- Международно сътрудничество с различни здравни организации;
- Разработване на нови програми за здравеопазване;
- Промени в потребностите на населението от здравеопазване;
- Уязвима или липсваща конкуренция между лечебните заведения;
- Нов пазарен сегмент, който предлага по-добра печалба;
- По-широко публично-частно партньорство;
- Подобряване на стандартите в здравеопазването;
- Постигане на по-стабилна интеграция на системата;
- Подобряване на покритието и по-добра защита на осигурените лица;
- Първичното здравно обслужване и обществено здравеопазване получават по-голямо финансиране;
- Налични нови бизнес инициативи, нови здравни програми, увеличаване на средствата за по-добро здравеопазване.

ЗАПЛАХИ И РИСКОВЕ

- Икономическа и / или политическа несигурност;
- Загуба на доверието на пациентите и обществена неудоветвореност;
- Засилена съпротива на лекарското съсловие (Американската Медицинска Асоциация) срещу нови социално ориентирани здравни реформи;

- Повишено търсене на скъпи медицински технологии;
- Бюджетен дефицит на щатско и федерално равнище, липса на устойчиво финансиране;
- Повишен натиск за намаляване на разходите за здравеопазване;
- Нова или засилена конкуренция с иновативен продукт или услуга;
- Неблагоприятни промени в реимбурсирането или регламентите;
- Конкурентите имат по-добър достъп до медиите;
- Промени в икономиката на страната;
- Загуба на ключов персонал или сътрудници;
- Феномен на застаряване на населението.

SWOT анализ на реформиращата се здравна система в Република България

Особености на здравната система в България в условията на реформа

Здравната реформа в България произлиза от определена здравно-политическа концепция и нейните стратегически приоритети, осъществени чрез промяна на здравната система и здравеопазния процес в цялост. За постигане на желания от реформата ефект се въвеждат нови закони в здравеопазването, които променят механизмите на управление, организация и финансиране на целия здравеопазен процес, структура и участници в реформата. Извършва се реформа в посока на приемане на европейския модел на здравно осигуряване. Здравната реформа в България протича вече второ десетилетие и при наличие на конкретни ефекти от реализиране на дадена промяна може да се даде оценка на хода и резултатите от осъществяването на здравната реформа у нас.

Целта на използвания от нас метод SWOT анализ е да се определят и анализират някои от най-съществените силни страни, слаби страни, възможности и заплахи на реформиращата се здравна система в България.

СИЛНИ СТРАНИ

- Добри национални традиции в отношението лекар-пациент;
- Наличие на задължително здравно осигуряване;

- Функциониращи комисии по професионална медицинска етика;
- Добри възможности за международни контакти и сътрудничество чрез СЗО и други организации, специализация на лекари в чужбина;
- Националната здравна стратегия 2020 е напредък в здравната политика главно в областта на общественото здраве и междусекторното сътрудничество

От направения анализ на **силните страни** на здравната система по отношение на управлението на сектора, стигаме до извода, че в българската здравна система липсва действащ ефективен професионален здравен мениджмънт и даване правомощия на мениджърите.

Необходимо е да отбележим, че в нашата страна ръководните позиции в здравеопазването (директори на болници и други здравни заведения) се заемат предимно от лекари с квалификация по здравен мениджмънт, а не от професионални здравни мениджъри.

В България има свободен избор на лекар и лечебно заведение, но не се използва ефективно маркетинга в здравеопазването.

Здравната ни система има силно развит болничен сектор с достатъчно болнични легла, които осигуряват хоспитализация на пациентите без дълго чакане. В България основно в университетските болници има най-съвременно медицинско оборудване и технологии.

Високото ниво на медицинско образование и квалификация на медицинските кадри е неоспорим факт , съществуват постоянно разширяващи се международни контакти и сътрудничество чрез СЗО и други организации.

След 2010 год. в България е въведена система за медицински одит. Подписва се ежегоден Национален рамков договор с цел оптимизиране финансовото осигуряване на лечебния сектор.

В България има задължително здравно осигуряване в една централизирана институция – НЗОК. Идеята е да се преодолее монополния характер на здравноосигурителния модел, като за целта се правят дебати и обсъждания, но все още без окончателни резултати.

СЛАБИ СТРАНИ

- Механично пренесен търговски нормативен акт в управлението на лечебните заведения и неадекватен пазарен механизъм;
- Силна обществена неудовлетвореност, според редица социологически анализи достига до 80%;
- Неравенство в здравното обслужване – наличие на регионални диспропорции: здравни неравенства между градското и селско население;
- Не е въведен професионален здравен мениджмънт, което води до некомпетентно управление на здравните ресурси;
- Високи лични разходи и неформално заплащане за болнична помощ;
- Липса на прозрачност в дейността на здравната система;
- Ниска ефективност на контрола на всички сектори в здравната система и специално на общата медицинска практика;
- Липса на електронно здравеопазване и интегрирана здравно-информационна система;
- Липса на държавна политика за намаляване на броя на здравно неосигурените лица;
- Няма изградени хоризонтални връзки на НЗОК с фондовете на Държавното обществено осигуряване;
- Неразвити доброволни (частни) здравноосигурителни фондове с възможност за свободен избор;
- Липсата на здравна реформа спъва инвестициите в сектора (диагностично-свързаните групи трябва да заменят клиничните пътеки като метод на плащане);
- Липса на възможност при фалит на държавно или общинско лечебно заведение то да бъде поето от частни собственици;
- Финансовата стабилност на здравната система и качеството на грижите са най-голямото предизвикателство пред системата;
- Липса на устойчивост и последователност при осъществяване на политиките (честа смяна на здравните политици);

- Неравенства в достъпа до здравната система

Когато изследваме **слабите страни** на дадена здравна система, трябва да се обърне внимание на областите, които се нуждаят от подобрение или трябва да се избягват. Слабостите понякога могат да бъдат липса на определени силни страни, а в други случаи слабостта може да е обратната страна на една от силните страни на здравната организация.

В нашата страна има крайно неефективно въвеждане на клинични пътеки, което води до фалшива документация и неоправдани финансови разходи на болниците. Наблюдава се фрагментиране, дестабилизиране и централизация на националната здравна система. Слабостите в управлението на лечебните заведения и неадекватният пазарен механизъм водят до слабо взаимодействие и координация между отделните сектори на здравната система. Крайният резултат е нарушен интегритет на цялата система за медицинска помощ.

В България неоснователно са пренебрегнати публични дискусии в процеса на здравната реформа. Този факт, заедно с необоснованата свръхоспитализация и неефективна обща медицинска практика, както и комерсиализацията в отношенията лекар – пациент и в професионалната етична мотивация на лекаря, водят до силна обществена неудовлетвореност.

В нашата страна се наблюдава влошена кадрова осигуреност, недостатъчна квалификация и демотивация на лекарите в спешната помощ. Недостатъчна е работата на общопрактикуващите лекари по отношение на промоцията на здравето и профилактика на болестите.

Липсата на ясна дългосрочна визия и политически консенсус за развитието на здравната система доведе до непоследователни реформи. Независимостта на НЗОК, равнопоставеността на държавата, работодателите и осигурените лица в управлението и контрола на НЗОК, прилагането на политика, основана на доказателства, са пренебрегнати. Това доведе до нестабилност, несигурност, недоверие в здравната система и съпротива срещу реформите.

ВЪЗМОЖНОСТИ

- Специализация и оптимизиране на „портфейла“ от болнични услуги;
- Въвеждане на електронно здравеопазване;

- Приемане на дългосрочна инвестиционна политика;
- Популяризиране дейността на доброволното здравно застраховане със свободен избор;
- Подобряване комуникациите с гражданите и медицинските специалисти;
- Нужда от радикални промени, подкрепени от обществото и политиците, граждански организации, синдикати, общини и научната общност;

По отношение на **възможностите** за развитие на здравните системи, трябва освен на новите и значими тенденции да се обърне специално внимание на това, какви външни възможности съществуват и как най-добре да бъдат използвани за целите на организацията.

В този аспект в нашата страна политиката в областта на промоцията, превенцията и контролът на общественото здраве имат неизползван потенциал за постигане на по-добро здраве на населението. Разработването и въвеждането на по-ефективна здравна стратегия и политика за достъпна качествена медицинска помощ, лекарствени продукти и медицински изделия се причисляват също към възможностите. Необходимо е по-широко развитие на лечебните заведения за рехабилитация, долекуване и продължително лечение, хосписи, краткотраен престой и еднодневна хирургия. Трябва да се подобри организацията на здравеопазването на децата.

В България преструктурирането на спешната помощ чрез инвестиции в ресурсното, техническо, логистично и кадрово развитие, заедно с либерализирането на цялата здравна система също се отнасят към възможностите. Ролята на политиката за задържане на младите лекари в България и осигуряването на специализацията им се явява като още една възможност за запазване и развитие на кадровия потенциал на здравната система и чрез нов механизъм за заплащане на работещите.

В българското здравеопазване е възможно решаването на проблема със статута на болничните заведения и популяризиране дейността на доброволното здравно застраховане със свободен избор.

В българското здравеопазване сред възможностите място има приемането на дългосрочна инвестиционна политика. Създаването на единна държавна политика и прозрачни критерии за закупуване на съвременно високотехнологично оборудване и здравни технологии с публични средства, както и своевременното усвояване на средствата от европейските фондове за здравеопазване, са възможности със стратегическо значение.

ЗАПЛАХИ И РИСКОВЕ

З**аплахите или рисковете** за здравната система включват всичко, което пречи на успешното й развитие. Никаква практика не е имунизирана срещу съществуващи заплахи, но при правилен мениджърски подход, рисковете могат да бъдат сведени до минимум и то без съществени разходи.

В България се наблюдава негативното влияние на глобалната финансова криза върху ресурсното осигуряване на здравната система и увеличено търсене на здравна помощ от населението. Необосновано завишените финансови разходи, ако продължи съществуването на системата на клиничните пътеки, водят след себе си до диктат на пазарните средства над хуманните цели на здравеопазването. Нарастващите диспропорции (регионални, професионални , финансови), увеличаващият се бюрократизъм и документални злоупотреби и нерационалното изразходване на ресурси, водят до негативно критично отношение на обществото към настоящата здравна политика и промените в областта на здравеопазването. Разширява се нелоялната конкуренция и се увеличава миграцията на наши лекари в чужбина. Заплахата от нарастващо обществено недоверие в здравната система и лекарите е факт.

Като имаме предвид резултатите от нашето изследване бихме могли да заключим, че българското здравеопазване се нуждае от спешна и дълбока реформа, за да отговори на изискванията и нуждите на населението.

Несъвършенствата в здравната система на България силно заплашват здравната система като цяло и създават условия за постоянна дестабилизация и фрагментиране, дисбаланс и сътресения в организацията и мениджмънта на здравното обслужване.

Българската нация се нуждае от дебат за здравната реформа, но такъв, който отива отвъд организационните и мениджърски схеми. Те са важни, но не повече от някои по-дълбоки въпроси – за здравето, прогреса, технологиите и медицинския професионализъм. Необходима ни е концептуална яснота и увеличаване ползата от нашите действия.

Матрица на SWOT анализа

В ъ т р е ш н и

Силни страни	Слаби страни
Възможности	**Заплахи**
В ъ н ш н и	

Сравнителен анализ на здравните системи в САЩ и България - SWOT анализ

Здравните системи, които разглеждаме и техните съществуващи и потенциални реформи са уникални по своя характер.

Най-сериозната реформа в здравеопазването на САЩ от преди повече от 50 г. насам е осъществена с приемането на Affordable Care Act (Закон за достъпни грижи) през 2010 г. – т.нар. ObamaCare. С приемането на този закон се поставя на дневен ред разрешаването и постигането на амбициозни цели като: високите и постоянно нарастващи разходи за здравеопазване, неравния достъп до медицинска помощ и неефективност при предоставянето й, както и редица проблеми на общественото здраве. Законът за достъпни грижи има за цел да осигури на американските граждани универсално, достъпно и задължително здравеопазване. Президентът Доналд Тръмп прави неуспешни опити да отхвърли и промени ObamaCare, като на негово място въведе American Health Care Act (Закон за Американското Здравеопазване). До момента се водят дебати по този въпрос в Конгреса на САЩ.

В България от 1999 год. се правят опити за редица реформи в здравеопазването, които имат за цел да се подобри здравето и здравното обслужване на населението. Последните наболели проблеми включват демонополизацията на НЗОК и създаване на алтернативни здравни фондове.

Целта на нашето проучване е да се направи стратегически сравнителен анализ на здравните системи в САЩ и България.

С оглед постигането на целта, която си поставяме, направихме SWOT анализ на двете здравни системи, които разглеждаме.

Данните се организират по категории. Те се разделят на две групи : **вътрешни и външни.** Вътрешните включват силните и слаби страни и могат да бъдат контролирани. Силните страни са полезни, а слабите - вредни. Външните категории

включват възможности и заплахи. Те произхождат отвън и не могат да бъдат контролирани. Възможностите са полезни, а заплахите – вредни.

При сравнителния анализ на **силните страни** на двете здравни системи по отношение на управлението на сектора стигаме до извода, че в американската система е налице действащ ефективен професионален здравен мениджмънт и даване правомощия на мениджърите, което липсва в необходимата степен в българската здравна система.

В нашата страна ръководните позиции в здравеопазването (директори на болници и други здравни заведения) се заемат предимно от лекари с квалификация по здравен мениджмънт, докато в САЩ на подобни позиции се назначават само професионални здравни мениджъри.

Здравните заведения в САЩ са високо ефективни и на челно място по отношение на клиничните изследвания.

За разлика от България, в САЩ използват ефективно мениджмънта и маркетинга в здравеопазването.

За разлика от САЩ, в България има свободен избор на лекар и лечебно заведение.

И двете здравни системи имат силно развит болничен сектор с достатъчно болнични легла, които осигуряват хоспитализация на пациентите без дълго чакане.

В САЩ се изполват най-съвременно медицинско оборудване и технологии и се увеличават инвестициите в IT сектора в здравеопазването. В България основно в университетските болници има най-съвременно медицинско оборудване и технологии.

За разлика от България, в САЩ от десетилетия са въведени и се използват електронни здравни досиета.

Високото ниво на медицинско образование и квалификация на медицинските кадри и в двете сравнявани здравни системи е факт.

В България съществуват постоянно разширяващи се международни контакти и сътрудничество чрез СЗО и други организации, докато в САЩ медицинският персонал е високо квалифициран и с ясни критерии за професионално развитие и кариера.

За разлика от САЩ, където има висока осигуреност с лекари и специалисти, в България има все по-голям недостиг на високо квалифицирани лекари и специалисти по здравни грижи.

След 2010 год. в България е въведена система за медицински одит. Подписва се ежегоден Национален рамков договор с цел оптимизиране финансовото осигуряване на лечебния сектор. Наблюдава се съществено повишаване на заплащането на лекарите.

В САЩ има задължителни здравни застраховки; субсидии и данъчни облекчения от държавата за социално слаби граждани и малки фирми; рационално преразпределение на ресурси от осигурени към неосигурени и финансирани от федералния бюджет програми: Medicare, Medicaid, SCHIP и много други.

В България, подобно на САЩ, има задължително здравно осигуряване, като разликата се изразява в това, че у нас има една централизирана институция – НЗОК. Идеята е да се преодолее монополния характер на здравноосигурителния модел, като за целта се правят дебати и обсъждания, но все още без окончателни резултати.

В САЩ лекарската професия има висок престиж, докато у нас има добри национални традиции в отношението лекар – пациент. За американските медицински специалисти, както и за българските е задължително сключването на застраховка при съдебни дела вследствие на медицинска намеса.

Когато се изследват **слабите страни** на дадена здравна система, трябва да се обърне внимание на областите, които се нуждаят от подобрение или трябва да се избягват. Слабостите понякога могат да бъдат липса на определени силни страни, а в други случаи слабостта може да е обратната страна на една от силните страни на здравната организация.

Едно от основните очевидни несъвършенства и слабост на американската здравна система са високите разходи за опазване на здравето. По този показател тя се явява лидер в световен мащаб. В нашата страна, за сравнение има крайно неефективно въвеждане на клинични пътеки, което води до фалшива документация и неоправдани финансови разходи на болниците. Наблюдава се фрагментиране и дестабилизиране на националната здравна система, което заедно с механично пренесен търговски нормативен акт в управлението на лечебното заведение и неадекватен пазарен механизъм, води до много слабо взаимодействие и координация между отделните сектори на здравната система. Крайният резултат е нарушен интегритет на цялата система за медицинска помощ.

На фона на доминиращ пазарен модел на здравеопазване с недостатъчна социална насоченост, в САЩ има липса на универсално здравно покритие, като не се гарантира здравно осигуряване на огромна част от американците т.е. има неравен достъп до медицинска помощ. Фармацевтичната индустрия от своя страна си е извоювала гарантирани монополни патентни права и цени на лекарствата, което оскъпява здравните грижи.

В България неоснователно са пренебрегнати публични дискусии в процеса на здравната реформа. Този факт, заедно с необоснованата свръххоспитализация, както и комерсиализацията в отношенията лекар – пациент и в професионалната етична мотивация на лекаря, водят до силна обществена неудовлетвореност според редица социологически анализи.

Независимо от рекордно високите разходи за здравеопазване, в САЩ имат незадоволителни здравни показатели. Това е единствената страна без обществено (публично) финансирана универсална здравна система. Осигурителните компании не покриват всички разходи за лечение и силно регресивното финансиране, с неравномерно и диспропорционално разпределение, води до неудовлетвореност на средната класа, която оценява здравеопазването като нехуманно.

В нашата страна се наблюдава влошена кадрова осигуреност, недостатъчна квалификация и демотивация на лекарите в спешната помощ. Недостатъчна е работата на общопрактикуващите лекари по отношение на промоцията на здраве и профилактика на болестите, поради липсата на финансиране на ПИМП от НЗОК за тази дейност. В регулативните стандарти на ОПЛ средствата за профилактика са изключително недостатъчни.

Подобно на нашата, и при американската здравна система има насоченост към лечение на болестта, а не към превенция – т.е. подценява се ролята на профилактиката. В САЩ освен високите административни разходи се насърчава високотехнологичната и скъпа диагностика, като първичните грижи са недостатъчни.

По отношение на **възможностите** за развитие на здравните системи, трябва, освен на новите и значими тенденции, да се обърне специално внимание на това, какви външни възможности съществуват и как най-добре да бъдат използвани за целите на организацията.

В този аспект в нашата страна политиката в областта на промоцията, превенцията и контрола на общественото здраве имат неизползван потенциал за постигане на по-добро здраве на населението. Разработването и въвеждането на по-ефективна здравна стратегия и политика за достъпна качествена медицинска помощ, лекарствени продукти и медицински изделия се причисляват също към възможностите. Необходимо е по-широко развитие на лечебните заведения за рехабилитация, долекуване и продължително лечение, хосписи, краткотраен престой и еднодневна хирургия, както и специализация и оптимизиране на „портфейла" от болнични услуги. Трябва да се подобри организацията на здравеопазването на децата.

По отношение на възможностите за организационна реформа на американското здравеопазване са необходими промени по отношение на потребностите на населението от здравеопазване и подобряване на покритието и по-добра защита на осигурените лица, както и по-широко внедряване на профилактичния принцип в здравеопазването.

В американската здравна система е необходимо да се обърне внимание на международното сътрудничество с различни здравни организации, уязвимата или липсваща конкуренция между лечебните заведения и едно по-широко публично-частно партньорство.

В България преструктурирането на спешната помощ чрез инвестиции в ресурсното, техническо, логистично и кадрово развитие, заедно с либерализирането на цялата здравеопазна система също се отнасят към възможностите. Ролята на политиката за задържане на младите лекари в България и осигуряването на специализацията им се явява като още една възможност за запазване и развитие на кадровия потенциал на здравната система и чрез нов механизъм за заплащане на работещите.

На фона на подобряване на стандартите в здравеопазването и постигане на по-стабилна интеграция на системата в Съединените щати, в българското здравеопазване е възможно решаването на проблема със статута на болничните заведения и популяризиране дейността на доброволното здравно застраховане със свободен избор. Разработването на нови програми за здравеопазване, въвеждането на социален маркетинг и шансът за повече солидарност и по-малко пазар, също са от основните приоритети на американската здравна система.

Сред целите на американската здравна система основно място имат въвеждането на система за единствен платец; универсалния здравноосигурителен фонд; нов пазарен сегмент, който предлага по-добра печалба и получаване на по-голямо финансиране на първичното здравно обслужване и обществено здравеопазване.

В българското здравеопазване, сред възможностите. място има приемането на дългосрочна инвестиционна политика. Създаването на единна държавна политика и прозрачни критерии за закупуване на съвременна високотехнологична техника, оборудване и здравни технологии с публични средства, както и своевременното усвояване на средствата от европейските фондове за здравеопазване са възможности със стратегическо значение.

Заплахите или рисковете за здравните системи включват всичко, което пречи на успешното им развитие. Никаква практика не е имунизирана срещу съществуващи заплахи, но при правилен мениджърски подход, рисковете могат да бъдат сведени до минимум и то без съществени разходи.

В САЩ икономическите промени и политическата несигурност, които съществуват водят до липса на устойчиво финансиране в здравния сектор, бюджетен дефицит на щатско и федерално равнище. Рискови са и неблагоприятните промени в реимбурсирането и регламентите, а има и повишен натиск за намаляване на разходите за здравеопазване. Наблюдава се загуба на доверието на пациентите и обществена неудовлетвореност, а от друга страна има засилена съпротива на лекарското съсловие (Американската Медицинска Асоциация) срещу нови социално ориентирани здравни реформи. Засилена е конкуренцията при навлизането на иновативни продукти или услуги. Заплаха е и факта, че конкурентите имат по-добър достъп до медиите. Загубата на ключов персонал и феномена на застаряване на населението са също част от рисковите фактори на американската здравна система.

В България се наблюдава негативното влияние на глобалната финансова криза върху ресурсното осигуряване на здравната система и увеличено търсене на здравна помощ от населението. Необосновано завишените финансови разходи, ако продължи съществуването на системата на клиничните пътеки, водят след себе си до диктат на пазарните средства над хуманните цели на здравеопазването. Нарастващите диспропорции (регионални, професионални , финансови); увеличаващия се бюрократизъм и документални злоупотреби и нерационалното изразходване на ресурси, водят до негативно критично отношение на обществото към настоящата здравна политика и промените в областта на здравеопазването. Разширява се нелоялната конкуренция и се увеличава миграцията на наши лекари в чужбина. Заплахата от нарастващо обществено недоверие в здравната система и лекарите е факт.

В заключение от сравнителния анализ на двете здравни системи може да се направи **извод** - наблюдават се две групи характеристики – едните са сходни, а другите различни по своя характер.

Сходства се наблюдават по отношение на нивото на образованост на медицинските специалисти и задължителния характер на здравноосигурителните системи.

Различията са в маркетинговите и мениджърски практики, в осигуреността със специалисти, нивата на използване на високоспециализирана техника и апаратура, информационни технологии и електронни здравни досиета.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сравнителният стратегически анализ на различните национални здравни системи е колкото необходим, толкова и труден, защото всяка една страна има своите социални, икономически и културни особености, а също и уникални традиции. В този смисъл сравнителният анализ на здравеопазването в САЩ и в България е едно предизвикателство за всеки изследовател.

Нашият анализ преследва да установи в каква степен и в кои аспекти **здравните системи на САЩ и България имат сходства и различия** в стратегическия си мениджмънт в процеса на техните организационни промени. Подобен анализ ни дава възможност да направим някои стратегически изводи и препоръки, полезни главно за бъдещите здравни реформи в България.

Сходства и различия между здравните системи в САЩ и България (синтетична сравнителна оценка)

Сравнението на здравните системи в САЩ и България е трудно и в известна степен условно, тъй като се касае за страни с доста различна степен на развитие, на държавна структура, на стабилни пазарни отношения и на специфична култура и традиции.

Обстойно сравнителният анализ представихме в главата за SWOT-анализ. Тук в най-синтетична форма ще посочим някои характерни сходства и различия между двете системи.

Сходства се наблюдават по отношение на широко развитата болнична мрежа в двете страни, на високото ниво на образованост на медицинските специалисти и задължителния характер на здравноосигурителните системи. И двете здравни системи имат силно развит болничен сектор с достатъчно болнични легла, които осигуряват хоспитализация на пациентите без дълго чакане.

Различията се наблюдават главно в следните направления: - много по-висока финансова осигуреност на здравеопазването в САЩ – **8 пъти повече** на глава от населението в сравнение с България; - **адекватно развит** пазарен механизъм в управлението на лечебния сектор в САЩ при още неовладян и ниско ефективен пазарен механизъм в здравеопазването в България; - в САЩ е по-широко развито **доброволното здравно застраховане**, а в България е подценено; - регламентиран и с високо ниво **професионален здравен мениджмънт** в САЩ, при почти липса на такъв в България; - ефективни **маркетингови и мениджърски практики** в САЩ (слабо развити в България); - много по-широко внедрени **информационни технологии и електронни здравни досиета** в САЩ; - по-бавни организационни промени на здравеопазването от **еволюционен тип** в САЩ, а ускорени спонтанни промени от революционен тип в България, без достатъчно подготвеност; - значително по-висок процент на **свръхоспитализация** в България; - широко провеждани **политически, експертни и публични дебати** за здравните реформи в САЩ, а неактивни, инцидентни и пренебрегнати експертни и публични дискусии в процеса на здравната реформа в България.

Очевидно различията в двете здравни системи са повече от сходствата, което е напълно закономерно и обяснимо от цялостното историческо развитие на САЩ и България при различна икономическа и политическа среда, обществена култура и конюнктура в двете страни.

ИЗВОДИ

Основни стратегически изводи за здравната система в САЩ

1. Цялостният обективен анализ на здравната система в САЩ е винаги актуален, защото се касае за здравеопазване в най-високо развитата страна в света и нейните реформи водят до някои съществени уроци и заключения, значими и заслужаващи приоритетно внимание в международен мащаб.

2. Днес здравната система на САЩ е изправена пред **много нови предизвикателства.** САЩ е единствената високо индустриализирана страна в света, която не осигурява универсален обхват от здравни грижи за гражданите си. Броят на неосигурените американци продължава да се покачва, което заплашва стабилността на макроикономиката, както и на финансовата система, а мрежата за социална сигурност, която от десетилетия почти изчезва, остава под атака. Ако няма съществено намаление на разходите за здравни грижи, влошаването ще доведе до **радикални промени и преструктуриране** на системата на здравеопазване. Но именно в тези условия американската система за здравни грижи постоянно се развива в отговор на променящия се икономически и политически пейзаж.

3. Разходите за здравеопазване в САЩ далеч надхвърлят разходите на други страни с високи доходи, въпреки че през последните години увеличаването на разходите в САЩ и в повечето други страни е забавено. Въпреки че САЩ е единствената страна без обществено финансирана универсална здравна система, тя все още изразходва повече публични средства за здравеопазване, отколкото всички останали страни. По-високите разходи се дължат предимно на изключително широко използване на иновации и медицински технологии и на по-високи цени на здравните грижи. Експертните анализи показват, че американците имат относително малко посещения в болница и посещения при лекар, но са **по-големи потребители на скъпи технологии** като например апаратура за ядрено - магнитен резонанс (ЯМР).

4. Усилия за подобряване на здравеопазването са правени в продължение на десетилетия. Първият проект за здравна реформа на **Президента Клинтън** претърпява пълен провал, поради противодействието на Американската Медицинска Асоциация. При **Президента Барак Обама**, въпреки голямата съпротива, се приема здравният закон, назован «Закон за достъпни грижи» (Affordable Care Act - ACA или ObamaCare

(2010 г.). Целта на този закон бе постигане на повече солидарност и достъпност в здравните грижи и по-малко пазар в здравната система. Счита се, че ObamaCare е едно от знаковите постижения на американската администрация и **най-сериозната реформа** в здравеопазването. Следващият Президент Тръмп заявява, че здравеопазването е невероятно сложна тема и се нуждае от «нов велик план за зравеопазването на хората». Зад това изявление се крие тенденция за връщане към пазарния модел на здравеопазване.

5. Поради поляризацията на мненията в обществото и сред конгресмените, дебатите ще продължават в неспирна остра форма. Някои специалисти наричат американската здравна система „болна“, защото е насочена към лечение, а не към превенция. С ObamaCare се създава **Национален съвет по превенция, здравна промоция и обществено здраве**, адекватен на Национална програма по превенцията. Привържениците на новия закон твърдят, че пренасочването на САЩ към **система за здравно обслужване с един платец** ще осигури универсално покритие. То ще даде на пациентите свободен избор на доставчици и болници, всеобхватно покритие и равен достъп за всички необходими медицински процедури, без да се увеличават общите разходи.

6. Като очакван ефект от здравната реформа в САЩ 32 милиона американци са застраховани допълнително след 2019 г. Държавата ще избегне нарастването на федералния бюджетен дефицит. Здравноосигурителните компании в САЩ се явяват „помощници” в дейността на лекарите за първични грижи чрез редовен „Годишен тест за здравното състояние на пациента” – on line. Този тест действа **мобилизиращо**, прави пациента по-отговорен за собственото му здраве с всички произтичащи от това положителни резултати. Това е позитивен управленски подход, който заслужава по-широко международно внимание и приложение, включително и за България.

7. Все повече в САЩ се утвърждава визията, че здравната политика трябва да е подчинена на приоритети и да следва двата основни принципа: **публичен дебат**, в който колкото повече и колкото по-различни групи от населението бъдат въвлечени, толкова по-добре и този на **консенсуса**, защото крайните решения в здравеопазването изискват консенсус. Необходимо е да се мине през дебата, но да се стигне до консенсус.

8. Съвременните организационни и управленски проблеми на медицинската помощ са многоаспектни. Сред широкия спектър от нерешени проблеми водещ се очертава **липсата на системен интегритет**, който е основна причина за ниската

ефективност на извънболничната медицинска помощ в САЩ. Въпреки множеството анализи, невъзможно е да се предвиди каква ще бъде системата в следващото десетилетие. Но едно нещо е сигурно - мощните лобита ще настояват за запазване на сегашното статукво, т.е. системата за печалба (с леки модификации, които защитават интересите им), докато по-голямата част от американците и все повече лекари ще настояват за фундаментална реорганизация на системата на здравеопазването на САЩ.

9. Опитите за здравна реформа в САЩ винаги са съпроводени с дебати не само по финансови въпроси, но и по една ключова тема – **етични критерии на промяната**. Постоянно се дискутират въпроси от типа: - „Здравната система на САЩ преди ObamaCare приемлива ли е в етично отношение?‘ и –„Предлаганата здравна система след Obamacare по-приемлива ли е в етично отношение?‘ Независимо от противоречивите отговори на този ключов въпрос, надделява мнението, че реформата на ObamaCare е по-приемлива в светлината на етичните критерии.

10. Характерна черта на организационните промени и реформи в здравеопазването на САЩ е, че те не се реализират спонтанно и прибързано като промени от революционен тип, а са относително бавни, по същество **еволюционни промени,** предшествани от много широки експертни анализи и политически дебати. Този факт заслужава специално внимание като потзитивна тенденция, независимо от досегашните най-често неуспешни опити за по-кардинални здравни реформи.

11. Налага се изводът, че е необходима цялостна стратегическа преоценка и оптимизиране на нормативната база за медицинска помощ в САЩ, за да може националната здравна система да изпълни своите високозначими медико-социални функции в интерес на здравето на американската нация. Затова, именно в САЩ, се наблюдават най-постоянните и най-широки публичнии, експертни и политически дебати относно националното здравеопазване, които така или иначе ще доведат до неговата по-ефективна промяна в близка перспектива.

Основни стратегически изводи за здравната система в България

1. Стартиралата през 2000 година здравна реформа в България в значителна степен е типична за здравните реформи на „страните в преход". Тази реформа въведе и ускори *либерализирането* на пазара в здравеопазването и *демократизирането* на медицинската дейност в посока към по-ефективна конкуренция. Съществен факт в този аспект е въвеждането на принципа за свободен избор на личен лекар и на лечебно заведение.

2. Въвеждането на здравноосигурителен модел върху принципа за солидарност, въпреки някои негови пропуски, е безспорно позитивна стратегическа промяна в две отношения. От една страна се формира по-свободен достъп и разширяване правата на пациентите като здравно осигурени лица, а от друга страна се постига повишена обществена и лична отговорност за здравето на базата на приципа солидарност.

3. Въведена бе и система на **доброволното здравно застраховане**, която бе замислена като равнопоставена на задължителното здравно осигуряване чрез НЗОК. В процеса на реформата, обаче, не бяха осигурени условия за адекватно развитие на доброволното здравно застраховане и, като сектор, то значително изостана в своето развитие.

4. Новата нормативна база на здравеопазването чрез въвеждане на пазарни механизми на управление създаде възможности за развитие на частния сектор като равнопоставен на публичния сектор. Обективните процеси на конкуренция влияят позитивно за постигане по естествен път на по-високо качество на здравните услуги.

5. Здравната реформа в България съчетава в себе си серия от **шансове** и **рискове,** които се проявиха по-ясно няколко години след старта на тази реформа. Експертни анализи показаха, че механичното въвеждане на външни модели с недобре регулирани пазарни отношения и при поява на нови "центрове на сила" в здравеопазването, породиха условия за известен **конфликт** на икономическите интереси и социално-етичните ценности (права на пациента, справедливост, солидарност, отговорност за здравето, обществено доверие в здравните професионалисти). На сериозна експертна критика е подложено догматичното въвеждане в здравеопазването на Търговския закон, като се преценява, че се касае за нормативен акт от друг сектор (търговския сектор), коренно различен от мисията на здравеопазването по своята логика и механизми. Той е

неадекватен за регулиране на уникалната, нестандартна по механизмите си организация и управление на специфичната медицинска дейност.

6. Дисбалансът в ролята и развитието на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане **ограничи** възможностите за свободен избор на гражданите. Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) от специфична публично управлявана организация, постепенно фактически е **одържавена** в своите управленски механизми. Това предизвика остри дискусии за необходимостта от **демонополизация** на НЗОК.

7. Съществена стратегическа и управленска слабост на здравната реформа е **нарушеният системен интегритет**, който води до фрагментираност с организационна и финансова неравностойност на болничния и извънболничния сектор. Изолирана е болничната от извънболничната дейност, без координация, взаимовръзки и приемственост в обслужването на пациента. Това от своя страна поражда нарастваща **сръххоспитализация** на пациенти с неудържимо нарастващи финансови разходи.

8. В резултат на нормативни и организационни слабости в лечебния сектор на системата се пораждат условия за нерегламентирани плащания от пациентите, за широко разпространен „черен пазар", особено в болничната помощ.

9. Реален деструктивен феномен в медицинската помощ са **некомпетентно внедрените клинични пътеки** като механизъм за финансиране. Прилагани догматично и спекулативно, те породиха серия организационни проблеми чрез фалшива документация. Те провокираха редица конфликтни ситуации, в частност между лекарите от различните медицински специалности.

10. Характерна слабост на българската здравна реформа е, че промените в здравеопазването, един относително консервативен сектор, стартираха и се въведоха неоправдано ускорено (промени от революционен тип), а не като промени от добре регулиран еволюционен тип. Не се прогнозираха компетентно шансовете и рисковете на промяната, което по-късно доведе до нестабилност на системата. В условията на фрагментирана нормативна база продължават да се провеждат спонтанни и частични, изолирани една от друга организационни промени, без добре обосновани стратегически концепции за предстоящото развитие и дългосрочни перспективи на здравната система в България.

Изводи от проведеното емпирично социологическо проучване

1. Болшинството от анкетираните експерти от нас считат **изходната концепция на здравната реформа** за „Неадекватна“ или „По-скоро неадекватна“.

2. **Механизмът на финансиране**, базиран на внедрения Търговски закон в управлението на здравеопазването и реализираното от НЗОК финансиране се счита за неефективно. Преобладава категоричното мнение, че е нужна **демонополизация** на НЗОК.

3. Преобладава мнението, че **досегашните здравни стратегии** не са добре разработени и обосновани, не отразяват правилно реалните здравни потребности на населението и нерешените проблеми на националната здравна система и са повече формален документ **без дългосрочна визия.**

4. Въвеждането на **клиничните пътеки** като механизъм на финансиране крие сериозни **финансови рискове.**

5. Между извънболничната и болнична помощ **липсва** необходимата **координация.** В управленски и стратегически аспект се наблюдава **свръххоспитализация**, която води до необоснован превес на изразходвани ресурси в болничния сектор за сметка на ресурсите в извънболничния сектор на здравната система.

6. По-голяма част от експертите не оценяват положително статута на личните лекари като **еднолични търговци**. Това мнение обективно отразява противоречието между социално-етичната мисия на личните лекари и техния търговски статут. В САЩ - страна с утвърдени пазарни отношения и механизми на управление - здравеопазването официално не е причислено към търговския сектор, а към социалния **нон-профит сектор.**

7. Най-съществените **препоръки от експертите** за бъдещата стратегия за развитие на здравеопазването в България са три:

- Демонополизация на НЗОК с по-широка възможност за достъп до доброволните здравни фондове;
- Създаване на нови варианти за финансиране на лечебния сектор и конкретно на болниците, който успешно да допълни или замени изцяло клиничните пътеки;
- Да се създават нормативни гаранции за ефективна координация между болничната и извънболничната помощ със специален акцент към приоритетната функция на личните лекари.

ПРЕПОРЪКИ

Сравнителният анализ на здравните реформи в България и САЩ дава полезни уроци, изводи и препоръки за **сратегическия здравен мениджмънт** в България относно бъдещите организационни промени на националната здравна система.

В тази насока е целесъобразно стратегическият здравен мениджмънт в България да изучава значителния позитивен опит на здравната система в САЩ предимно по механизмите на **създаване на експертни и здравно-политически концепции** и обосноваване на стратегически решения, базирани на широк публичен дебат.

Към Комисията по здравеопазване в Народното събрание :

1. **За българските здравни законодатели** доста полезен ще бъде опита на САЩ по активното, компетентно и продължително парламентарно обсъжане на концепции и алтернативи за предстоящи здравни реформи.
2. **Целесъобразно е** да се обсъди, гласува и внесе в Залата на НС проект за изменение и допълнение на Закона за здравето и Закона за лечебните заведения относно **статута** на държавните и общинските болници и други здравни заведения, които са под юрисдикцията на Търговския закон. Болниците не са били и не трябва да бъдат търговски дружества, защото не печалбата, а хуманността на медицината и медицинската професия е водещата концепция в здравеопазването.
3. **Налага се** да бъде преодоляно трайното подценяване и слабото развитие на **доброволното здравно застрахване** в България в интерес на свободния избор на пациента, на разширен достъп и на по-високото качество на здравните услуги.
4. **Необходимо е** нормативно да се регламентира нова управленска култура в здравеопазването чрез внедряването на професионален здравен мениджмънт на всички нива на националната здравна система.

Към Министерството на здравеопазването :

1. Крайно необходимо в България ще бъде внедряването на **системен мониторинг и ситуационен анализ** с критична оценка на всяка организационна промяна в здравеопазването, каквато е практиката в САЩ, като се отчитат компетентно

рисковете в бързо изменящата се ситуация, специално в лечебния сектор, с оглед своевременно преодоляване на тези рискове и нежелани тенденции.

2. **Препоръчително е** да се утвърди **приоритета на извънболничната помощ** с цел преодоляване на нарастващата свърхоспитализация на пациентите. Организационната и финансовата неравностойност с липса на координация между болничния и извънболничния сектор в България следва да бъдат специален обект на стратегически решения и на адекватни нормативни промени.
3. **Необходимо е**, както показва опитът на САЩ, широкото внедряване на маркетинговия подход в целия лечебен сектор с много по-широки връзки с обществеността (public relations).
4. В тази насока **е нужно да се преодолее** липсата на прозрачност и **обществена информираност** за дейността на здравната система. Нужно е да се въведе практика за системно представяне на анализи и информация за извършените разходи за здравното обслужване на различните групи осигурени лица, за приоритетите и за възникналите проблеми и рискове в медицинското обслужване на гражданите.
5. За България **се препоръчва** да се осигурява по-широка международна информация за здравните системи и техните реформи в различните страни, в това число и САЩ с оглед по-ефективно използване на световния опит по организационна промяна в здравеопазването.

<u>Към Българския лекарски съюз :</u>

1. Необходимо е БЛС да разработи и внедри система за стимулиране на професионалната реализация, развитие и кариера на младите лекари в страната.
2. По-целенасочено следва да се организира дейността на етичните комисии към съсловната организация.

<u>Към Факултетите по Обществено здраве :</u>

В учебните планове и програми на ФОЗ следва да се въведе по-широк хорариум за международното здравно сътрудничество и изучаване чуждестранния и световния опит по здравен мениджмънт и мениджмънт на оганизационната промяна.

Като **обща препоръка** и за двете здравни системи в САЩ и България следва да се предвидят мащабни действия за недопускане доминиране на частични оперативни организационни промени, когато са необходими генерални стратегически промени в здравните системи; за преодоляване на социални и регионални диспропорции в достъпността до високо качествена медицинска помощ; за съществено повишаване относителния дял на профилактиката в дейността на цялата система; за широко развитие на промоция на здравето; за повишаване удовлетвореността на контингента пациенти в неговата цялост.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова, Е. Здравното осигуряване в Германия и България и усъвършенстването на българската здравноосигурителна система. Автореферат, С., 2012, 37 с.
2. Борисов, В. Здравен мениджмънт – новата азбука на здравния мениджмънт. С., 2013, 260 с.
3. Борисов, В. Стратегически здравен мениджмънт. Философия и практика. С., Филвест, 2006, 320 с.
4. Борисов, В. Здравно-осигурителния модел в България. Метаморфози. – Медицински меридиани, IX, 2018, 1, 3-13.
5. Борисов, В., Зл. Глутникова, Ц. Воденичаров. Ново обществено здравеопазване. София, 1998.
6. Борисов, В., Р. Златанова, Б. Борисова. Обществено здраве и здравен мениджмънт. С., ФОЗ, 2012, 96 с.
7. Борисова, Б., Р. Златанова. Мнението на пациентите като критерий за здравното обслужване. - В: «Иновации в общественото здраве – проблеми и предизвикателства», 2012 г.
8. Борисова, Б. Публична оценка и граждански контрол на медицинската дейност. В: Борисов, В. Здравен мениджмънт. С., 2013, 132-137 с.
9. Веков, Т. Удовлетвореност на пациенти и лекари от здравната реформа и препоръки за нейното управление. – Медицински мениджмънт и здравна политика, 39, 2008, № 2, 19-26.
10. Веков, Т. Идеи и изследвания на възможностите за реформа на здравноосигурителната система в България. С., Български кардиологичен институт, 2013, 336 с.
11. Воденичаров, Ц. Етика на здравната политика. – В: Етиката в българското здравеопазване. Институт по философия на БАН, Факултет по обществено здраве, МУ-София, София, 2007, с.15-22.
12. Воденичаров, Ц. Нови акценти в здравеопазването. – Здравен Мениджмънт, 2001,1, 2-3.
13. Воденичаров, Ц. Здравна политика, основана на доказателства. – Здравна политика и мениджмънт, 2009, 3-8.
14. Воденичаров, Ц. и кол. Модел на ефективно развитие на българското здравеопазване.- Здравен мениджмънт, 5, 2005, № 2, с.5-14.
15. Воденичаров, Ц., В. Борисов. Доброволното здравно осигуряване – стратегия на избора. С., Арсо, 1999, 150 с.

16. Воденичаров, Ц., В. Борисов. Феноменът обществено здраве в променящия се свят. Пътят към една наука. С., ИК ГорексПрес, 2017, 384 с.

17. Воденичаров, Ц., С.Попова. Медицинска етика. С., 2010, 230 с.

18. Воденичаров, Ц., Ст Гладилов, К. Чамов и кол. Социалнолиберален модел за развитие на здравеопазването в Република България до 2009 г. – Здравен мениджмънт, 2005, № 2.

19. Воденичарова, Ал. Новият стил на управленски професионализъм в здравеопазването. Дисертация, МУ – София, ФОЗ, С., 2016, 229 с.

20. В САЩ здравеопазването е привилегия, а не право. News.bg, May 6th, 2017.

21. Генкова, Н. Изследване на общественото мнение за здравната реформа в България, Доклад, С., 2000.

22. Гладилов, Ст., А. Янакиева, Ал. Воденичарова. Маркетинг в здравеопазването. С., Принцепс, 2018, 220 с.

23. Големите имена зад усилията за реформа на здравеопазването в САЩ. Американски корпоративни гиганти се съюзиха в борбата срещу повишаващите се разходи за здравеопазване. Mediapool.bg, February 17th, 2018. Marli Jay, Associated Press.

24. Давидов, Б. Краят на солидарното здравно осигуряване. – Медицински меридиани, 2014, № 1-2, 51-56.

25. Димитров, Гр. Рискове и предизвикателства при реформиране на здравната система. С, 2018, 270 с.

26. Димитров, М. Реформата в здравеопазването на Тръмп бе блокирана още в Конгреса. Капитал, Политика и икономика. март, 2017.

27. Димова, А., М. Попов, А. Рохова. Здравната реформа в България – Необходимост, развитие, резултати, перспективи. С., 2007, 343 с.

28. Димова, А., М.Рохова, Ст. Коева и кол. Здравни системи в преход. България – анализ на здравната система 2018. Медицински университет – Варна, Варна, 2019.

29. Защо новият Закон за здравеопазването в САЩ е добър. Доналд Тръмп, Президент на САЩ, Bloomberg Bulgaria, May 5, 2017.

30. Закон за здравното осигуряване. – www.mh.government. bg.

31. Здраве 2020. Европейска политическа рамка и стратегия за 21-ви век. СЗО, 2013, 190 с.

32. Здравеопазването в САЩ е сред най-неефективните. Vesti.bg. July 18yh, 2014.

33. Златанова, Т. Анг. Чешмеджиева, Я.Проданова, С.Бачев , Р. Златанова Единство във вижданията на лекари и пациенти за здравната реформа в

България.- I Международна юбилейна конференция „Здравеопазването – предизвикателство на промяната“, Варна, октомври 2003.

34. Комитов, Г., Стр. Генев. Здравното осигуряване в България и в света. С., Скай принт, 2013.

35. Концепция „Цели за здраве 2020“. С., МЗ, 2015, 61 с.

36. Кулаксъзов, Ст., С. Христова и кол. Здравни системи в преход – България. С., 2004, 90 с.

37. Национална здравна стратегия (2014-2020). С., МЗ, 2013, 81 с.

38. Национална здравна стратегия 2020. С., МЗ, 2015, 132 с.

39. Ненчева, Р. Здравната система в САЩ – реформи и тенденции. Медицински меридиани, IX, 2015, № 1, 14-19.

40. Николова, См. За здравната реформа в САЩ и как тя влезе в учебниците. (https://www.modernpolitics.org/?p=462) . 2010.

41. Нинов, Д. Здравеопазването в България – решени и нерешени проблеми (2014) – https://bgeconomist.bg.

42. Общественото мнение по актуални проблеми в сферата на здравеопазването. Народно събрание на Република България, Национален център за парламентарни изследвания, октомври 2019, 180 с.

43. Одобриха концепция „Цели за здраве 2020“. – в. Стандарт, 8 февруари 2015.

44. Павлова, Г. Здравно-осигурителният модел в България – състояние и перспективи. Дисертация, С., 2017, 140 с.

45. Пампоров, Ал. Основни нарушения на правата на пациентите – социологическа перспектива. В: Правни стандарти и способи за административна и съдебна защита на правата на ползвателите на здравни услуги. С., Институт Отворено общество, Доклад, 2011.

46. Пасхалидис, К. Здравна реформа и обществено мнение. С., 2007, 100 с.

47. Петрова, Зл., В. Младенова. Удовлетвореност на пациента от медицински услуги – компонент на качеството на здравното обслужване. – Здравен мениджмънт, 3, 2003, 11-15.

48. Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов. Качеството в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции. С., 2008, 270 с.

49. Петрова, Зл., Стр. Генев. Управление на здравната система. С., Хелт медиа, 2013.

50. Петрова, Зл., Т. Черкезов. Здравна политика. Управление на ресурсите и качеството на медицинските дейности. С., 2017, 213 с.

51. Попова, С. Морално-етични измерения на здравния мениджмънт. С., 2002, 140 с.

52. Попова, С. Социално-етични измерения на здравния мениджмънт. С., 2004.

53. Революция в здравната система на САЩ. България Сега,3октомври, 2013.

54. Социалното осигуряване в САЩ. Всички са доволни в една либерална система. ExtremeCentrePoint, February 27th, 2007.

55. Улумбекова, Г.Е. Реформа здравоохранения США: уроки для России. Социальньіе аспектьі здоровья населения, 2012, № 5.

56. Чамов, К. Здравеопазване – системи. Реформата на здравеопазването в България. В: Здравна икономика, Пловдив, Стови, 2001, 201-227.

57. Чамов, К. Анализ на съществуващите здравно политически модели. – Социална медицина, 2007, № 3.

58. Чамов, К., А. Кехайов. Технология за избор на приоритети в здравеопазването. – Здравен мениджмънт, 2006, 6, 51-56.

59. Черкезов, Т. Нерешени стратегически дилеми в здравеопазването, пораждащи конфликти. – Медицински меридиани, 2008, № 1(3), 125-130, бр. 1/2018.

60. Черкрзов, Т., Регионални здравни приоритети. С., изд. „АБ“, 2013.

61. Черкезов, Т., Болничното здравеопазване в България - необходимост от структурни промени. - Health.bg за здравна политика и медицина бр.1/2015г.,стр.55-60.

62. Черкезов, Т.,Справедливост и ефективност на болничното финансиране, сп.Здравен мениджмънт и здравна политика ,бр.2 ,2015г.

63. Черкезов, Т., Б. Борисова. Регионалните здравни приоритети – специфично отражение на националната здравна политика. – Медицински меридиани, 2013, № 3, 34-39.

64. Чешмеджиева, Анг. Минало, настоящи перспективи и тенденции в здравната система. Дисертация, С., 2014, 164 с.

65. Шаркова, М. Какви ще бъдат последиците от отмяната на здравната реформа в САЩ? Капитал,(http://www.capital.bg).

66. Щерев, Ат. Здравеопазването в България днес и утре – анализ на здравната реформа. С., 2005, 196 с.

67. Щерев, Ат. Митове в българското здравеопазване. – Здравен мениджмънт, 2007, № 2.

68. Abramson, L. Healing Our Health Care System. New York: Grove Weidenfeld. 1990.

69. AP/Yahoo Poll: Administered by Knowledge Networks, December 2007: http://surveys.ap.org/data/knowledgeNetworks/ AP-Yahoo_2007-08_panel02.pdf.

70. Asher, J. (Apr. 25, 2005). Chapter 2 What is Meant by the Right to Health? (PDF) The Right to Health: A Resource Manual for NGOs. AAAS Science and Human Rights Program. Archived from the original (PDF) on June 16, 2013.

71. Auerbach, D.I., A.L.Kellerman. A Decade of Health Care Cost Growth Has Wiped Out Real Income Gains for an Average U.S. Family. Health Affairs, Sept. 2011, 30(9):1630-36.

72. Avendano, M. I.Kawachi. Why Do Americans Have Shorter Life Expectancy and Worse Health Than Do People in Other High-Income Countries? Annual Review of Public Health. March 2014, 35:307-25.

73. Bachrach, D., H.Phister, K.Wallis et al. Addressing Patients' Social Needs: An Emerging Business Case for Provider Investment. New York: The Commonwealth Fund, May 2014.

74. Bahr, D., T.Huelskoetter. Comparing the Effectiveness of Prescription Drugs: The German Experience. Center for American Progress, May 21, 2014.

75. Baker, l.C. Measuring Competition in Health Care Markets. Services Research, 2001; Vol.36 (# 1, Part II), 223-251.

76. Bartlett, B. (July 3, 2009). Health Care Costs & Reform. Forbes.

77. Bar-Yam, Y. Improving the Effectiveness of Health Care and Public Health: A Multiscale Complex Systems Analysis. Opportunities and Demands in Public Health System. Am J Public Health, March 2006, Vol. 96, # 3.

78. Beauchamp, T., J. Childress. Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition, New York: Oxford University Press, 2009. 99.

79. Blacksher, E. Redistribution and Recognition: Pursuing Social Justice in Public Health. – Cambridge Quarterly of Health Care Ethics, 2012; 21:320-331.

80. Blayney, D.W. Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats. – J. Oncol. Pract., 2008, Mar : 4(2), 53.

81. Blendon, R. et al. (1989). Views on Health Care: Public Opinion in Three Nations. Health Affairs, 8(1):149-57.

82. Blumenthal, D. Employer-Sponsored Health Insurance in the United States – Origins and Implications. The New England Journal of Medicine. July 6th, 2006, pp.82-88.

83. Borisov, V., T.Rathwell. Health Care Reforms in Bulgaria: An Initial Appraisal. – Social Science and Medicine, 1995, 42, 11, 1501-1510.

84. Bradley, E.H., L.A.Taylor. The American Health Care Paradox. Why Spending More is Getting Us Less. New York: Public Affairs, 2013.

85. Bradley, E.H., B.R.Elkins, J.Herrin et al. Health and Social Services Expenditures: Associations with Health Outcomes. BMJ Quality & Safety. March 29, 2011.

86. Brill, S., America's Bitter Pill: Money, Politics, Backroom Deals and the Fight to Fix Our Broken Healthcare System. New York, N.Y. Random House; 2015.

87. Brook, R.H., J.Kosecoff. Competition and Quality. – Health Affairs. 1998 Summer; 150-161.

88. Burnette, M. 7 Little Known Facts About COBRA. Insurance, 2nd Dec., 2009.

89. Chassin, MR. Assessing Strategies for Quality Improvement. Health Affairs, 1997 May/June, 151-161.

90. Cooper, E., L. Taylor. Comparing Health Care Systems. What Makes Sense for the U.S.? – Good Medicine (IC#39), Fall 1994, p. 35.

91. Cox, J. The Future of Health Care, MD News, August 29, 2011.

92. Detailed Analysis: House Democrats' Government Takeover of Health Care Destroys Small Business Jobs. Republicanleader.house.gov. Archived from original on June 13, 2010

93. Douthat, R. (Dec.17, 2009). Obamanomics and Health Care. The New York Times.

94. Eibner, C., E. McGlynn, F. Girosi et al. How Will the Affordable Care Act Affect Employee Health Coverage at Small Businesses ? Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2010. https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9557.html.

95. Field, R.I. The Ethics of Expanding Health Coverage Through the Private Market. – AMA J. Ethics, 2015; 17(7): 665-671.

96. Feldman, A. Ten Things I Hate About Healthcare Reform. The Washington Post, Sept.6, 2009.

97. Fisher, E., D. Goodman, J. Skinner, K .Bronner. Tracking the Care of Patients with Severe Chronic Illness: The Dartmouth Atlas of Health Care 2008. The Dartmouth Institute for Health Policy Research; 2008.

98. Fletcher, P. (April 7, 2010). Florida Says Challenge to Healthcare Reform Widens. Reuters.

99. Foster, J.A. Ethical Evaluation of the U.S. Health Care. Initiative for Bioinformatics and Evolutionary Studies (IBEST). Ethical Analysis of U.S. Healthcare, 2009.

100. Fuch, V. The Competition: Revolution in Health Care. – Health Affairs, 1998 Summer; Vol. 23: 5-24.

101. Future of the Public's Health in the 21st Century. Institute of Medicine, Washington, D.C.: National Academies Press; 2003.

102. Gardiner, H. (March 25, 2010).More Doctors Giving Up Private Practice. The New York Times.

103. Garson, A. Jr. The U.S. Healthcare System 2010: Problems, Principles and Potential Solutions. Circulation. 2000;101 (16): 2015-2016.

104. Gauld, R. The New Health Policy. State of the Health Series, McGraw-Hill, 2009, 192 p.

105. Gill, K. The Health Care System in the U.S. ThoughtCo, Jan.14, 2018.

106. Gratzer, D. Why Obama's Government Takeover of Health Care Will Be a Disaster. Encounter Broadsides. ISBN 9781594034602.

107. Greenberg, W. Competition, Regulation and Rationing in Health Care. Ann Arbor, Michigan, IL: Health Administration Press; 1991.

108. Griffin, J.P. The History of Healthcare in America (07.2017), JP Griffin Group.(https://www.griffinbenefits.com/.../history_of_healthcare).

109. Gould, E. Progosis Worsens for Workers' Health Care: Fourth Consecutive Year of Decline in Employer-Provided Insurance Coverage. EPI Briefing Paper # 167, Washington, D.C.: Economic Policy Institute. http://epinet.org.

110. Gourevitch, M., T. Cannel, J. Boufford, et al. The Challenge of Attribution: Responsibility for Population Health in the Context of Accountable Care. American Journal of Public Health, 2009; 99:2289-2295.

111. Harding, A., A. Preker. Innovations in Health Service Delivery. The Corporatization of Public Hospitals. World Bank, Washington, D.C., 2003.

112. Harris, IC., RR. McDaniel. Untangling Healthcare Competition, Health Care Managers Must Recognize the Three-Dimentional Nature of Competition. Health Progress: 1993 November; 20-23.30.

113. Harveston, K. Four Types of Healthcare Systems. – Healthcare, May 21, 2018.

114. Healthcare Reform News Updates. March 12, 2019.https://www.healthmarkets.com/resources/health - insurance/trumpcare-news-updates.

115. Health Affairs, Vol. 20, # 2. Americans' Views on Health Policy: A Fifty Year Historical Perspective. March/April 2001.

116. Health and Health Care. The Hastings Center, Reports, 2017.

117. Healthcare Reform in the United States. (https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_reform_in_the_Unite...

118. Healthcare Reform Debate in the United States. (https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_reform_debate_in_th...

119. Health Care in the United States. (https://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_the_United_States

120. Herszenhorn, D. (Jan. 29, 2010). Searching for Some Light Amid the Heat. The New York Times. Retrieved May 4, 2010.

121. History of Health Care Reform in the United States. (https://en.wikipedia.org?.../History_of_health_care_reform_in...

122. How to Conduct SWOT Analysis in Healthcare Organizations.https://pestleanalysis.com/swot-analysis-in-healthcare/ 28.10.2014.

123. Hurowitz, J.C. Toward a Social Policy for Health. N Engl J Med. 1993;329 (2):130-133.

124. Hussey, P., E.Schneider, C.Schnyer. Analysis of Models and Performance Measurement Implications. Santa Monica, CA: RAND Corporation. Technical Reports, 2011. https://www.rand.org/[ubs/technical_reports/TR841.html.

125. International Profiles of Health Care Systems, 2013. The Commonwealth Fund, 2013.

126. Institute of Medicine. Primary Care and Public Health. Exploring Integration to Improve Population Health. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2012.

127. Jacobs, P. The Economics of Health and Medical Care. 4th Ed. Rockville, MD: Aspen Publishers; 1997.

128. Jennings, B. Liberty: Free and Equal. In: Connecting American Values with Health Reform. Garrison, NY: The Hastings Center, 2009.

129. Kaizer Health Tracking Poll: July 2009 – Topline (PDF). Retrieved Jan.12, 2012.

130. Kassirer, J.P. Managed Care and the Mortality of Marketplace. – The New England Journal of Medicine. 1995; Vol. 333 (# 1):50-52.

131. Kelton, S. An Introduction to the Health Care Crisis in America: How Did We Get Here? Center for Full Employment and Price Stability (CFEPS), Special Series on Health Care. September 2007.

132. King, M. Affordability, Accountability and Accessibility in Healthcare Reform. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 2013, 33:3, 144-152.

133. Kinzinger, A., L.Hamel, C.Clark, D.Rousseau. Vizualizing Health Policy: U.S. Public Opinion on Health Care Reform. JAMA, 2017; 317(15):1516. Doi:10.1001/jama 2017.3636.

134. Klein, R. The Troubled Transformation of Britain's National Health Service.- N Engl J Med, 2006, 355, 409-415.

135. Klott, G. (Dec.19, 1987). Conferees Complete Bill for $ 23 Billion Tax Rise. The New York Times.

136. Knox, R. Most Patients Happy With German Health Care, NPR, August 9, 2009.

137. Kolata, G. (August 12, 2003). Annual Physical Checkup May Be an Empty Ritual. The New York Times.

138. Kristol, W. (Jan. 1994). How to Oppose the Health Plan and Why. Wall Street Journal.

139. Krugman, P. (June 13, 2005). One Nation, Uninsured. The New York Times. Retrieved Jan, 12, 2012.

140. Laskin, D.M. Access to Health Care: A Privilege or a Right? J Oral Maxillofac. Surg., 1987; 45 (4):297-298.

141. Larson, J. Five Top Ethical Issues in Healthcare. - Healthcare News, March 6, 2013.

142. Laws Related to Health Insurance. http://healthcoverage. org/reference-guide/laws-and-rights...

143. Lee, J. (Sept. 9, 2009). President Obama Healthcare Speech on Sept. 9, 2009.

144. Linder-Pelz, S. Toward a Theory of Patient Satisfaction. – Science and Medicine. 1992; Vol/16 (#5): 577-582.

145. Longley, R. Obama's Original Obamacare Plan. ThoughtCo, Apr. 10, 2016.

146. Lueddeke, G.R. Global Population Health and Well-Being in the 21st Century. Toward New Paradigms, Policy and Practice. Springer Publishing Company, LLC, New York, 2016, 476 p.

147. Mahar, M. Money-Driven Medicine: The Real Reason Health Care Costs so Much. New York: Harper Collins. 2006.

148. Mahar, M. Obstacles to Health Care Reform: A Divided America. Commentary on Health Care, the Economy, Politics and Public health. New York, 2012.

149. Mariner, W.K. Patient's Rights to Care Under Clinton's Health Security Act: the Structure of Reform. Am J Public Health. 1994; 84 (8); 1330-1335.

150. Marmor, T.R. The Politics of Medicare: Second Edition. Social Institutions and Social Change. 2000.

151. McDonald, R., M.Roland. Pay for Performance in Primary Care in England and California: Comparison of Unintended Consequences. – Ann Fam Med, 2009, 7, 121-127.

152. Meyer, M. The Ethics of Universal Health Care in the United States. – Reflections on Healthcare Management : Vol. 1: Iss 1, Article 10, 2017.

153. Michael Moor Claims a Majority Favor a Single-Payer Health Care System. PolitiFact. Retr. Nov. 20, 2011

154. Miller, R.H. Competition in the Health System: Good News and Bad News. Health Affairs, 1996 Summer; Vol 15 (# 2): 312-320.

155. Mossialos, E., M. Wenzl, R. Osborn, C. Anderson. International Profiles in Healthcare Systems, 2014, The Commonwealth Fund, Jan. 2015.

156. Mundy, A. (Oct.30, 2009). Drug Makers Face Tough Measures. The Wall Street Journal.

157. Murray, C.J., J. Frenk. A Framework for Accessing the Performance of Health Systems. Bull World Health Organ. 2000; 78 (6):717-731.

158. Murray, Th. et al. Connecting American Values with Health Reform. Garrison, NY: The Hastings Center, 2009.

159. Murray, Th. Values: The Beating Heart of Health Reform. In: Connecting American Values with Health Reform. Garrison, NY: The Hastings Center, 2009.

160. Neese, B. Ethical Issues in Healthcare in 2017. Alverina University, March 10, 2017.

161. Neumann, P., A.Rosen, M.Weinstein. Medicare and Cosy-Effectiveness Analysis. – N Engl J Med, 2005, 353, 1516-1522.

162. Olick, R.S. Health Care Reform and the Right to Health Care. N J Med. 1994; 91(7):472-476.

163. Olshansky, S., D.Passaro, R.Hershow et al. A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century. – J Med., 2005, 352, 1138-1145.

164. Orszag, P.R., P.Ellis. The Challenge of Rising Health Care Costs – A View from the Congressional Budget Office. N Engl. J. Med. 2007;357 (18):1793-1795.

165. Palmer, RH. Et al. Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice. Chicago, IL: Health Administration Press; 1991.

166. The Patient Protection and Affordable Care Act. 111th Congress, 2nd Edition, ed. 2010.

167. Palmer, K. A Brief History: Universal Efforts in the U.S. Chicago, IL: Physicians for a National Health Program. http://www.pnph.org/facts/a-brief-history-universal-health-care-efforts-in-the-us. Accessed January 9, 2013.

168. Patel, K., M.E.Rushefsky. The Politics of Public Health in the United States. New York, N.Y.: M.E.Sharpe Inc.; 2004.

169. Patients Before Politics – AMA's Vision for America's Health System. AMA, 2017.

170. Petterson, S. et al. Projecting U.S. Primary Care Physician Workforce Needs: 2010-2025. Annals of Family Medicine, 2012, Vol. 10, # 6, 503-509.

171. Pierog, K. (March 22, 2010). U.S. States Plan Lawsuits Against Health Reforms. Reuters.

172. Porter, ME., EO. Teisberg. Redefining Competition in Health Care. Harvard Business Review. 2004; Vol 82 (# 6); 65-72.

173. Reinhardt, U. Health Reform Without a Public Plan: The German Model. New York Times, April 17, 2009.

174. Reinhartd, UE. Danger and Opportunity: The New Economics of Health Care. Bulletin of the New York Academy of Medicine. 1996 Winter; Vol.73 (# 2): 538-597.

175. Rice, T., R. Rosenau, L. Unruh et al. United States of America: Health System Review. – Health System Transit., 2013; 15(3), 1-431.

176. Rivers, P.A., S.H. Glover. Health Care Competition, Strategic Mission and Patient Satisfaction: Research Model and Propositions. – J. Health Organ Manag. 2008; 22 (6):627-641.

177. Robinson, JC. HMO Market Penetration and Hospital Cost Inflation in California. Journal of the American Medical Association. 1991; Vol 266 (# 19): 2719-2723.

178. Sade, R.M. Foundational Ethics of the Health Care System: The Moral and Practical Superiority of Free Market Reforms. Journal of Medicine & Philosophy, 33:461-497, 2008.

179. Saltman, R., R. Busse, J. Fiqueras et al. Social Health Insurance Systems in Western Europe. Berkshire, Open University Press, 2004.

180. Seelye, K. (Sept. 26, 2009). A Constitutional Debate Over a Health Care Mandate. The New York Times.

181. Shannon, E. SWOT Analysis: High-Level of Self Exam That Boosts Your Bottom Line. – Wonder Worth Solutions, 23 April 2018.https://www.wonderws.com/swot-analysis-boosts-your-bottom-line/.

182. Siegel, M. (Dec. 4, 2009). The Doctor Drought. Forbes. Archived from the Original on Jan. 23, 2013.

183. Smith, D.W. The Wagner Murray Dingell Bill. November 1945. Senate Bill 1050 H.R. 3293. The American Journal of Nursing, 45 (11).

184. Smith, J., C.Medalia. U.S. Census Bureau. Current Population Reports. Health Insurance Coverage in the U.S.: 2014, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 2015.

185. Sorrell, J. (Nov. 9, 2012). Ethics: The Patient Protection and Affordable Care Act: Ethical Perspectives in 21st Century Health Care OJIN: Online Journal of Issues in Nursing, Vol. 18, # 1.

186. Squires, D. Exploring High Health Care. Health Affairs, Sept. 2011, 30(9): 1647-56.

187. Squires, D. The Global Slowdown in Health Care Spending. JAMA, Aug. 6, 2014. 312(5):485-86.

188. Squires, D., C. Anderson. U.S. Health Care from a Global Perspective: Spending, Use of Services, Process and Health in 13 Countries. The Commonwealth Fund, October 2015.

189. Starr, P. The Social Transformation of American Medicine, New York: Basic Books Inc. Publishers. 1982.

190. The Future of Public Health. Institute of Medicine, Washington, D.C.: National Academies Press; 1989.

191. The U.S. Health Care System: International Health Care System Profiles. The Commonwealth Fund. (http://international.commonwealthfund.org/countries/united_st. . .

192. The U.S. Health Care System: An International Perspective. Department for Professional Employees, Research Department, 815 16th Street, N.W. 7th floor, Washington, D.C. 20006.

193. United Nations.The Millennium Development Goals Report 2014. http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf.

194. Van de Ven, W.P. Market-Oriented Health Care Reforms: Trends and Future Options. – Social Science and Medicine, 1996, 43, 655-666.

195. Vision on Health Reform. AMA – American Medical Association. https://www.ama-assn.org/ama-health-reform-vision.

196. Wallace, G. Obamacare. The Word that Defined the Healthcare Debate. CNN, 4th Sept. 2012.

197. Weinberg, M., L.Chen. International Healthcare Systems and the U.S. Health Reform Debate. Bay Area Council Economic Institute, August 2017.

198. Wendell Potter. The Best Health Care System in the World? Nonsense! Wendell Potter Commentary. The Center for Public Integrity. June 1st, 2015.

199. Wilensky, G.R. The Economics and Politics of American Health Care Act. Milbank Memorial Fund, Sept. 2017, The Milbank Quarterly, Sept. 2017, Vol. 95.

200. Wilper, A.P., S. Woolhandler, K. E. Lasser et al. Health Insurance and Mortality in U.S. Adults. Am J. Public Health, 2009; 99: 2289-2295.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

АНКЕТНА КАРТА

Целта на нашата анкета е да се използват събраните данни за извършване на експертна оценка и анализ на някои стратегически проблеми на здравната система в България

Анкетата е анонимна!

1. Вашата длъжност . . . . . .

2. Според Вас доколко базовата изходна концепция на здравната реформа в България, започнала през 2000 година, бе адекватна на здравните потребности на нацията:
   1. Адекватна
   2. По-скоро адекватна
   3. По-скоро неадекватна
   4. Неадекватна

3. През последните двадесет години лечебните заведения са преобразувани в търговски дружества. Това подобри ли финансирането и управлението на ресурсите в здравеопазването:
   1. Да
   2. По-скоро да
   3. По-скоро не
   4. Не

4. Доведе ли до някакви рискове на промяната в лечебния сектор и какви:
   Възможен е повече от един отговор
   1. Организационни
   2. Финансови
   3. Етични
   4. Социални
   5. Не няма рискове

5. Според Вас в досегашния ход на здравната реформа кое се изяви в по-голяма степен – шансовете (позитивните ефекти) или рисковете (негативните ефекти):
   1. Шансовете (позитивните ефекти)
   2. Рисковете (негативните ефекти)
   3. Еднакво шансовете и рисковете

6. Финансирането на болниците само чрез клинични пътеки (чрез НЗОК) повишава ли рисковете за “източване” на здравната каса:

1. Не
2. В известна степен
3. В голяма степен

7. Считате ли за ефективно финансирането, което реализира НЗОК:

1. Да
2. Отчасти
3. Не

8. Нужна ли е демонополизация на НЗОК:

1. Да, напълно
2. В известна степен
3. Не

9. Доколко според вас е нужно доброволното здравно осигуряване:

1. Много нужно
2. Нужно в известна степен
3. Не е нужно

10. Досега в България има 4 национални здравни стратегии. В тях има ли добре обосновани и приложими стратегически приоритети на здравната система:

1. Да
2. По-скоро да
3. По-скоро не
4. Не

11. В каква степен в здравеопазването съществува компетентен професионален здравен мениджмънт:

1. Висока
2. Средна
3. Ниска
4. Изобщо липсва

12. Има ли координация между извънболничната и болничната помощ:

1. Да
2. По-скоро да
3. По-скоро не
4. Не

13. Според вас подходящ и ефективен ли е статутът и регистрацията на личния лекар като едноличен търговец (ЕТ):
    1. Да, напълно
    2. В известна степен
    3. Не

14. Според вас ефективна ли е дейността на БЛС за етичното регулиране на дейността на лекарите:
    1. Да, напълно
    2. В известна степен
    3. Не

15. Моля преценете информиран/а ли сте за здравната система в САЩ и опитите за нейното реформиране.
    1. Да
    2. По-скоро да
    3. По-скоро не
    4. Не

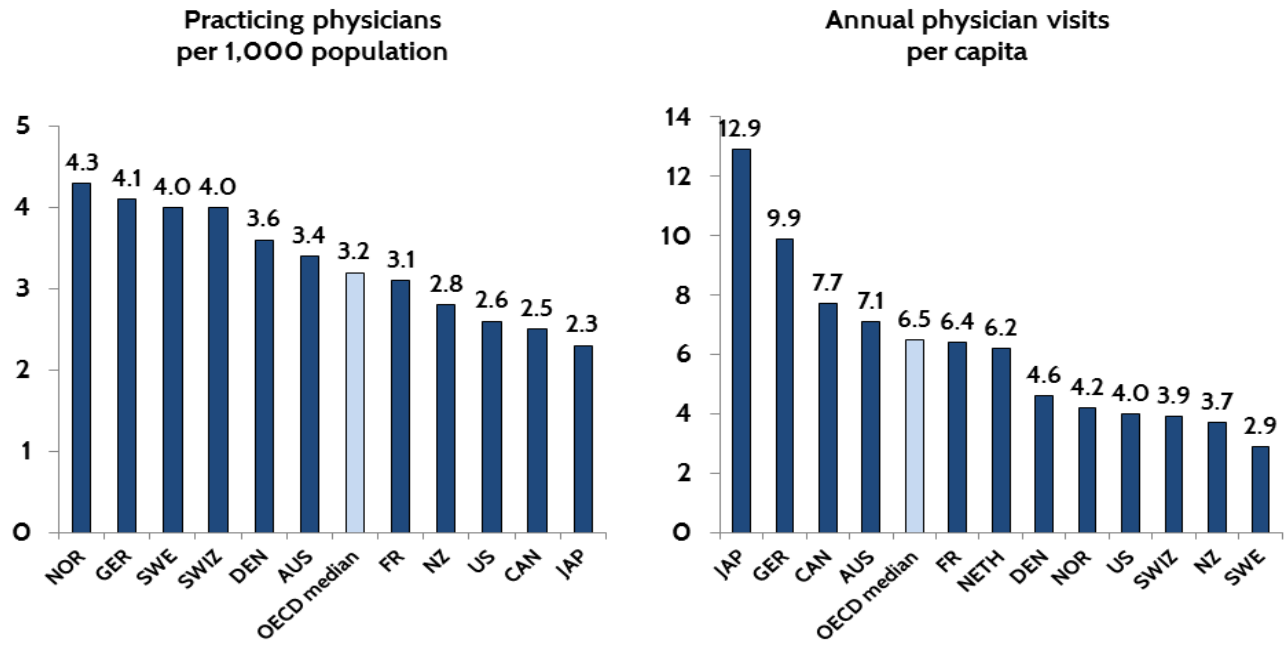
16. Какви най-важни препоръки имате относно бъдещата стратегия за развитие на здравеопазването в България (свободен отговор):
. . . .
. . . . . .

Благодарим за отзивчивостта!

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Фиг. 12. Осигуреност с лекари, 2013 г.

Exhibit 3. Physician Supply and Use, 2013 or Nearest Year



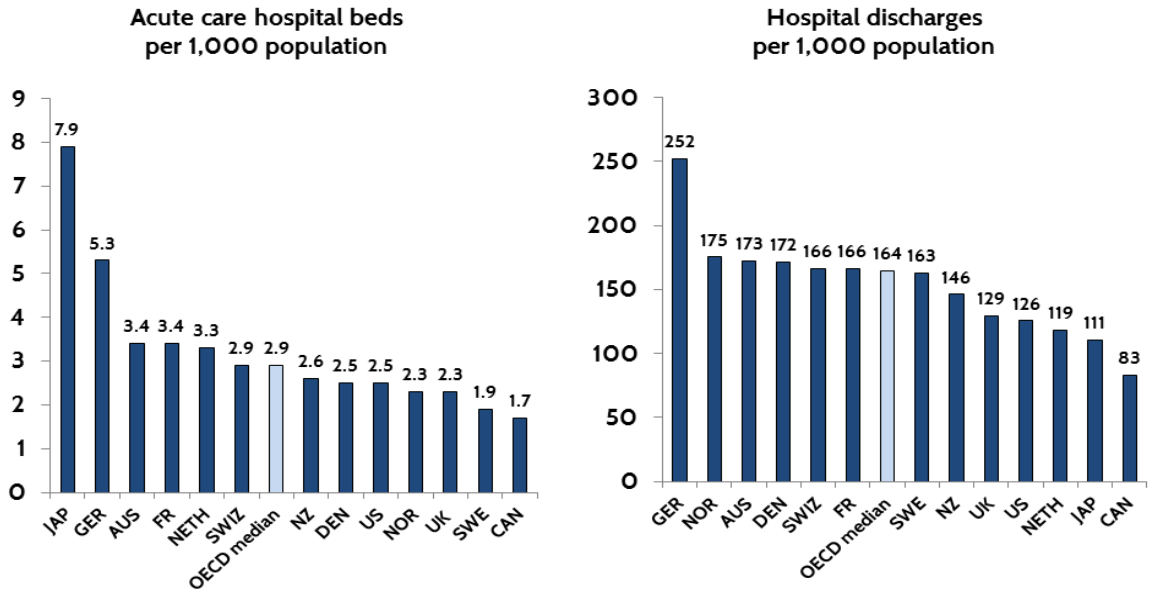
Note: Data from 2012 in Canada, Denmark, Japan, and Sweden.

Note: Data from 2012 in Canada, Japan, Sweden, and Switzerland; and 2010 in the U.S.

Source: OECD Health Data 2015.

Фиг. 13. Осигуреност с болници, 2013 г.

Exhibit 4. Hospital Supply and Use, 2013 or Nearest Year



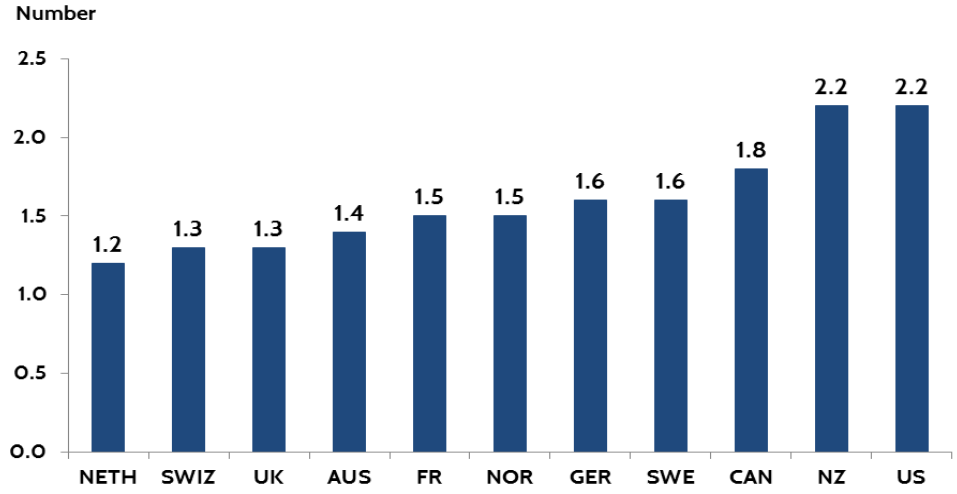
Note: Data from 2012 in Australia, Canada, the Netherlands, and the U.S.

Note: Data from 2012 in Australia, Canada, the Netherlands, and Switzerland; 2011 in Japan; and 2010 in Denmark, Norway, Sweden, and the U.S.

Source: OECD Health Data 2015.

Фиг. 14. Среден брой на приеманите редовно предписани медикаменти от 18 г. или по – възрастни пациенти, 2013 г.

Exhibit 6. Average Number of Prescription Drugs Taken Regularly, Age 18 or Older, 2013



Source: 2013 Commonwealth Fund International Health Policy Survey.

Таблица 7. Цени за болнично и лекарско обслужване, медикаменти и образналиагностика

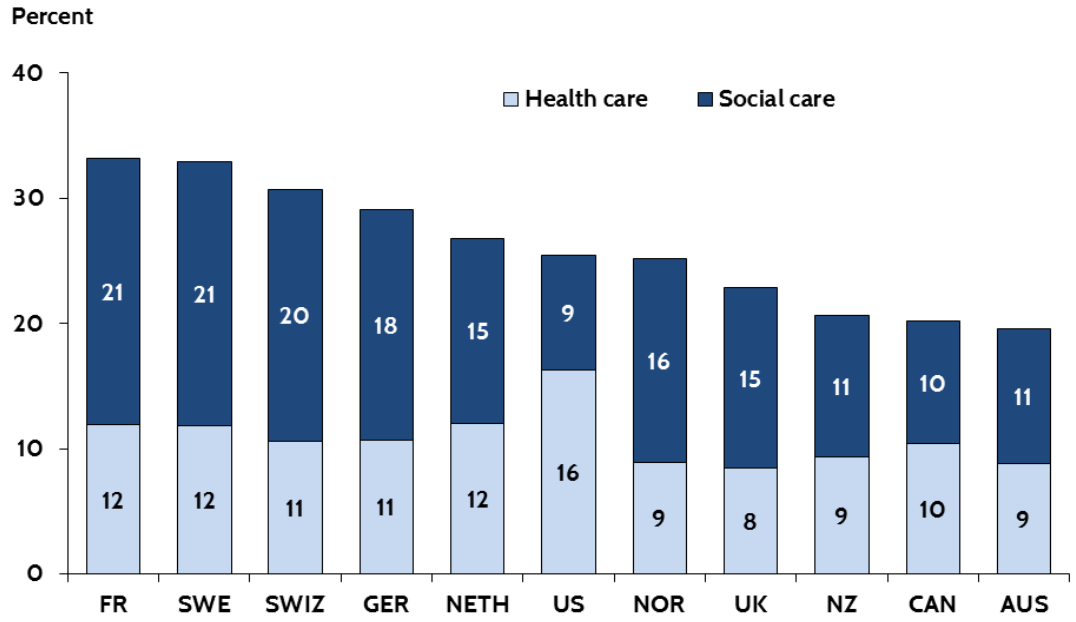
Exhibit 7. Prices for Hospital and Physician Services, Pharmaceuticals, and Diagnostic Imaging

	Total hospital and physician costs, 2013[a]		Diagnostic imaging prices, 2013[a]		Price comparison for in-patent pharmaceuticals, 2010 (U.S. set to 100)[b]
	Bypass surgery	Appendectomy	MRI	CT scan (abdomen)	
Australia	$42,130	$5,177	$350	$500	49
Canada	–	–	–	$97	50
France	–	–	–	–	61
Germany	–	–	–	–	95
Netherlands	$15,742	$4,995	$461	$279	–
New Zealand	$40,368	$6,645	$1,005	$731	–
Switzerland	$36,509	$9,845	$138	$432	88
United Kingdom	–	–	–	–	46
United States	$75,345	$13,910	$1,145	$896	100

[a] Source: International Federation of Health Plans, 2013 Comparative Price Report.
[b] Numbers show price indices for a basket of in-patent pharmaceuticals in each country; lower numbers indicate lower prices.
Source: P. Kanavos, A. Ferrario, S. Vandoros et al., "Higher U.S. Branded Drug Prices and Spending Compared to Other Countries May Stem Partly from Quick Uptake of New Drugs," *Health Affairs*, April 2013 32(4):753–61.

Фиг. 15. Разходи за здравно и социално обслужване в % от БВП

Exhibit 8. Health and Social Care Spending as a Percentage of GDP



Notes: GDP refers to gross domestic product.
Source: E. H. Bradley and L. A. Taylor, *The American Health Care Paradox: Why Spending More Is Getting Us Less*, Public Affairs, 2013.

Таблица 8 . Здравни резултати и рискови фактори на извадка от населението

Exhibit 9. Select Population Health Outcomes and Risk Factors

	Life exp. at birth, 2013[a]	Infant mortality, per 1,000 live births, 2013[a]	Percent of pop. age 65+ with two or more chronic conditions, 2014[b]	Obesity rate (BMI>30), 2013[a,c]	Percent of pop. (age 15+) who are daily smokers, 2013[a]	Percent of pop. age 65+
Australia	82.2	3.6	54	28.3[e]	12.8	14.4
Canada	81.5[e]	4.8[e]	56	25.8	14.9	15.2
Denmark	80.4	3.5	–	14.2	17.0	17.8
France	82.3	3.6	43	14.5[d]	24.1[d]	17.7
Germany	80.9	3.3	49	23.6	20.9	21.1
Japan	83.4	2.1	–	3.7	19.3	25.1
Netherlands	81.4	3.8	46	11.8	18.5	16.8
New Zealand	81.4	5.2[e]	37	30.6	15.5	14.2
Norway	81.8	2.4	43	10.0[d]	15.0	15.6
Sweden	82.0	2.7	42	11.7	10.7	19.0
Switzerland	82.9	3.9	44	10.3[d]	20.4[d]	17.3
United Kingdom	81.1	3.8	33	24.9	20.0[d]	17.1
United States	78.8	6.1[e]	68	35.3[d]	13.7	14.1
OECD median	81.2	3.5	–	28.3	18.9	17.0

[a] Source: OECD Health Data 2015.
[b] Includes: hypertension or high blood pressure, heart disease, diabetes, lung problems, mental health problems, cancer, and joint pain/arthritis. Source: Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults, 2014.
[c] DEN, FR, NETH, NOR, SWE, and SWIZ based on self-reported data; all other countries based on measured data.
[d] 2012. [e] 2011.