

СЪВРЕМЕННИ МОДЕЛИ НА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

Я. Проданова, Л. Спасов

MODERN MODELS OF HEALTH INSURANCE

Y. Prodanova, L. Spasov

Резюме: Реформата в здравните и здравноосигурителните системи на западноевропейските страни се осъществява с различен темп, интензивност и дълбочина в зависимост от напредъка на прехода към пазарна икономика. В хода на тези реформи са решавани различни проблеми, характерни за отделните национални системи на здравеопазване, но съществуват и някои общи насоки, които биха могли да се групират в три основни категории: Съответствие на разходите за здравеопазване с наличните ресурси; Спазване на принципите на равнопоставеност и солидарност; Подобряване на ефективността и качеството на предлаганите услуги чрез микроикономически реформи в сектора здравеопазване.

Summary: Reform in health care systems of Western countries were made with different pace, intensity and depth depending on the progress of transition to market economy. In the course of these reforms have solved various problems specific to individual national health systems, but there are some general tendencies that could be grouped into three main categories: Relevance of health spending with available resources; Respecting the principles of equality and solidarity; Improving the efficiency and quality of services offered by microeconomic reforms in the health sector.

В изследваната чуждестранна и българска научна литература се откриват идеи, теория и практика на разнообразни подходи и модели на здравно осигуряване – от крайно социални до крайно либерални, от едностълбови до многостълбови модели.

Здравноосигурителните системи се развиват паралелно с развитието на икономиките и общностите.

Възникване и развитие на здравното осигуряване – кратка историческа справка

Поява и развитие

Първите форми на здравно осигуряване възникват в Европа в рамките на общата идея за намаляване на финансовия риск и несигурността за хората от настъпване на непредвидени ситуации, водещи до загубата на доходи, трудоспособност и живот. Още през средните векове групи от хора са набирали общи средства и са създавали взаимноосигурителни дружества, от които са били покривани рискове като старост и заболяване. В много от европейските градове са се образували фондове от внасяне за тази цел периодични вноски. Организациите, управляващи здравното осигуряване, са се наричали "болнични фондове или каси" или "общества на взаимно подпомагане".

Следващият етап от еволюцията на осигурителната идея е приемането на първия Закон за задължително здравно осигуряване, задъл-

жаващ всички наемни работници с надница, по-ниска от установен минимум, да бъдат защитени от болничния фонд, в който се набират вноски от работодателя и работещите лица.

Авторът на идеята за задължителното социално здравно осигуряване е немският канцлер Бисмарк. Годината е 1883 г. С първия Закон за задължително осигуряване в Германия се разкриват 22 000 болнични каси. По-късно такъв закон се приема и в Австрия, Унгария, Великобритания, Франция и Скандинавските страни.

За разлика от Германия, английската осигурителна система в края на XIX век се основава на либералните идеи и по-конкретно на свободата на работниците да изграждат организации за взаимопомощ. Гражданите е трябвало да разчитат единствено на своя труд, инициативност и способности за борба в конкретни условия. Държавата не е трябвало да изпълнява никакви социално-защитни функции, с изключение на задължението ѝ да пази обществения ред и съблюдаването на законите на свободната конкуренция. Защитата на безработни, болни, бедни трябва да се осъществява в рамките на семейството, но се счита за подходящо, поради милосърдие и хуманност, на бедните и неработоспособните да се оказва помощ и от страна на църквата, общините и благотворителните организации на гражданите.

В резултат на тези идеи в Англия работническите взаимоподпомагачи и осигурителни каси в края на XIX век са достигнали най-голямо

развитие. Близки до социалноосигурителните и защитните стратегии на Англия са практиките от този период на скандинавските страни и преди всичко на Швеция.

От средата на XIX век разбирането за социална сигурност в САЩ се намира под силното влияние на идеите на либерализма и социалдарвинизма. Уникалността на САЩ при изграждането на системата за социална сигурност се състои в това, че една голяма част от "Социалните грижи" са оставени за решаване от щатските законодателства.

До Първата световна война няма нито една страна с обхващане на населението в задължително здравно осигуряване. След Октомврийската революция в Русия през 1917 г. и възникването на първата държава с пирамидална държавна здравна система се дава тласък на социалните аспекти на здравното осигуряване в европейските и други страни. През 1937 г. в Германия се обединяват двете основни подсистеми на здравно осигуряване - на наемните работници и фермерите и се създава национална система за здравно осигуряване, от която са изключени само високодоходните групи от населението. Първата страна с пазарна икономика, която предоставя 100% включване на населението си срещу здравни рискове е Нова Зеландия през 1939 г., следвана от Норвегия и Швеция.

През 1948 г. Великобритания създава своята национална здравна система, която е данъчно финансирана и предоставя равни права на всички свои граждани.

Според редица учени, участващи в сесиите на Световния икономически форум, към края на 70-те години на XX век 85 държави имат изградени социалноосигурителни системи, включващи здравно осигуряване.

Въвеждането на задължителност в осигурителните отношения е признак за появата на по-високо обществено съзнание за здравето на човека. Освен това прави равностойни партньори в осигуряването и бедните слоеве от населението, които не могат да си позволят директно плащане или доброволно здравно осигуряване.

Развитие на здравното осигуряване в България

За първи път идеята за фондов принцип на финансиране на здравеопазването се лансира в Княжество България през 1878 г. в теоретичния труд на д-р Димитър Моллов "Соображения об устройстве медицинской части в Болгарии". В него той излага тезата за набиране на приходи в здравен фонд от специално заделен земен фонд, обработван от населението.

Средствата на фонда ще покриват изцяло или частично разходите за медицинска помощ на осигурените хора. През 1936 г. е публикуван трудът "Цялостна здравна служба" на д-р Захари Бочев. Идеята е да се изгради универсална и достъпна за цялото население система за здравна помощ, финансирана от осигурителен фонд и управлявана по демократичен децентрализиран начин с широкото участие на обществеността и съсловните организации.

Реформиране на здравните системи

От средата на 80-те години на XX век започват проучвания за намиране на най-верните пътища за провеждане на реформи в здравните системи на страните от Европейския съюз (ЕС). Тези реформи имат своята специфика по отношение на реформата, провеждана у нас, която се изразява във факта, че те протичат в страни, които са решили своите базисни проблеми в здравеопазването и в достъпа до качествена здравна помощ и отделят около 8-11 на сто от brutния вътрешен продукт (БВП) за нуждите на здравеопазването.

Здравните реформи в развитите Европейски страни са насочени към оптимизиране на съществуващите модели на здравно обслужване на населението, подобряване качеството на здравни услуги и ограничаване ръста на разходите за здравеопазване. По правило представляват методични и структурни усъвършенствания на здравеопазването без да засягат основните и генералните принципи на съществуващите здравни системи.

Основен проблем пред здравните политици в Европейските страни е как да се постигне оптималният баланс между нарастващите здравни потребности на населението и относително ограничаващите се ресурси за здравеопазване.

Три са основните цели на здравните реформи, според доклад на СЗО:

1. По-ефективно управление на относително по-ограничените здравни ресурси.
2. По-добри възможности на пациентите за избор на здравни услуги с високо качество.
3. По-справедливо възнаграждение на медицинския персонал в зависимост от реалния принос на всеки професионалист за подобряване здравните показатели на населението.

В много от страните в Централна и Източна Европа се преминава през различни етапи при търсене на решение на въпроса относно наличието на една или няколко здравноосигурителни институции. Общото е, че при първоначално решение за множественост на здравноосигурителните институции, сега се обсъждат вариантите за централизацията им. Това е

породено от по-големите възможности на централизираните фондове да решават предимно финансовите си въпроси и да осигурят по-качествено медицинско обслужване, съчетано с по-стриктен контрол върху изразходването на средствата.

Развитие на здравно осигуряване

В Европейския съюз се очертават **два основни типа организации** на здравно осигуряване: финансирана чрез данъци национална система или социално осигуряване с възможност за независими от държавата здравноосигурителни каси. Но различията между двете системи постепенно се размиват. От друга страна, в някои традиционно установени системи на социално здравно осигуряване здравноосигурителните каси се обединяват и това улеснява контрола на държавата върху разходите за здравеопазване. Това взаимопроникване е опит да се използват предимствата на всяка от двете основни системи. Наблюдава се тенденция към увеличаване на обема на здравната помощ над размера на средствата за финансиране. Това изправя и двете системи пред необходимостта да намалят разходите чрез рационализиране на предлаганите здравни услуги.

Всеки от двата модела има определени **преимущества и недостатъци**. Съществуващите системи на здравно осигуряване в страните от ЕС включват от една страна пациентите в качеството им на платци, а от друга - изпълнителите на здравни услуги като получатели. Но съществува и трета страна, която се явява посредник между споменатите две. Целта е да се разпредели цената на здравното обслужване между болни и здрави. Този механизъм на солидарност отразява единомдушната позиция на ЕС, че здравеопазването не бива да се регулира само от чисто пазарни закони.

Всички системи на здравно осигуряване в ЕС се опират върху **разнородни източници на финансиране**, които под различна форма се контролират от държавата. Делът на директните плащания (т. нар. co-payment) за извършени здравни услуги е с тенденция към известно нарастване. Причината затова са високите цени на медицинските услуги и недостигът на средства във фондовете (особено в страните от Централна и Източна Европа) за покриване на направените разходи. При свободното движение на хора в рамките на Европейската общност целта на отделните държави е да се ограничи т. нар. „здравен туризъм“, поради което с правните актове на ЕС са определени конкретни правила за предоставянето на медицински услуги на територията на Общността.

Те са валидни за цялата територия на страните-членки на Европейския съюз и в държавите от Европейската икономическа общност.

Задължителното и доброволното здравно осигуряване се управляват от **здравноосигурителни каси**, които са самоуправляващи се организации. Задачата им е да поемат разходи по здравеопазване за сметка на онази част от дохода на осигурените, която постъпва в тях под форма на вноски. Повечето данъчно финансирани здравни системи разполагат с единна държавна система на здравеопазване, в която здравните услуги се извършват с посредничеството на едно държавно ведомство. Това обаче не означава, че самата държава от свое име предлага здравни услуги и че медицинският персонал е в трудови правоотношения с нея. Единствено в Гърция и Португалия повечето лекари от извънболничната медицинска помощ са държавни служители.

Във всички страни от ЕС е обсъждан въпросът за създаване на единно държавно ведомство за здравно осигуряване, което да се разпорежда с ресурсите и да осигурява ползването на здравни услуги. Съществуват най-различни мнения по въпроса, но в нито една от страните няма чисто държавно здравно осигуряване. Дори се наблюдава тенденция към ограничаване на ролята на държавата, например във Великобритания и Италия. В първичната медицинска помощ лекарите по принцип са изпълнители въз основа на договори.

По-различно е положението при болничното лечение, което изисква повече средства. В някои страни (Дания, Италия и Ирландия) болниците като правило са под контрола на държавата, докато в Германия, Франция и Белгия частният сектор има голям дял в болничната помощ. В редица страни (Великобритания, Португалия и Ирландия) държавата предоставя във все по-голяма степен самостоятелност на болниците.

Ефективността на реформиращите се системи на здравно осигуряване се определя от степента на приложимост на социално-пазарния модел, чиито предимства се изразяват в следното:

- Независимост на финансирането от предоставянето на здравни услуги
- Задължително участие на гражданите в осигуряването за гарантиран пакет от услуги.
- Доброволно участие на гражданите в конкурентен пазар за покупка на допълнителни осигуровки извън този пакет.
- Множество конкуриращи се фондове с частна и обществена собственост.

- Личен избор на фонд за гарантиран пакет, като фондът следва да приеме всички желаещи.

- Заплащане на два вида вноски от осигурените лица - с еднакъв процент от дохода за осигуряване на солидарността и фиксирани вноски в зависимост от здравния риск на пазарен принцип.

- Конкуренция на фондовете по размера на втората вноска, по допълнителните осигуровки и по качеството на осигуряване.

Реформата в здравните и здравноосигурителните системи на западноевропейските страни се осъществява с **различен темп, интензивност и дълбочина** в зависимост от напредъка на прехода към пазарна икономика. В хода на тези реформи са решавани различни проблеми, характерни за отделните национални системи на здравеопазване, но съществуват и някои общи насоки, които биха могли да се групират в три основни категории:

- Съответствие на разходите за здравеопазване с наличните ресурси.

- Спазване на принципите на равнопоставеност и солидарност.

- Подобряване на ефективността и качеството на предлаганите услуги чрез микроикономически реформи в сектора здравеопазване.

Общи черти

- ◆ Първо, страните се стремят да поставят разходите за здравеопазване в съответствие с наличните ресурси. С намаляването на темповете на икономически растеж през 80-те и 90-те години на XX век в сравнение с бурния растеж в периода след Втората световна война разходите за здравеопазване са имали тенденция да „изконсумират“ нарастващ дял от БВП. Поради това отделните страни са взели мерки да съдържат медицинските разходи в разумни граници, без да се прекратява работата по предлагането на обслужване с високо качество, изисквано от населението.

- ◆ Втората цел на тези реформи е била превръщането на здравеопазването в по-справедлива система. Общопризнато е, че здравните грижи трябва да се предлагат в еднаква степен и че осигуряването на минимален пакет здравни услуги за цялото население има своите положителни последици. Въпреки всичко в редица държави достъпът до медицинска помощ продължава да е нееднакъв, което задълбочава социалните проблеми.

- ◆ Трета цел е била подобряването на ефективността и качеството на предлаганите услуги посредством микроикономически ре-

форми в сектора здравеопазване. Реформите се различават по вид в различните страни. Там, където се смята, че неефективността се дължи на отсъствието на конкуренция, са взети мерки за създаване на конкурентен натиск. От друга страна, където проблемът се свежда до свръхпредлагане на услуги, са взети мерки за въвеждане на стимули за изпълнителите.

Изхождайки от тези обстоятелства, страните от ЕС определят **главните направления на реформите в осигурителните си системи** по следния начин:

- ✓ Провеждане на по-успешна политика за съдържане и контрол върху разходите:

Политиката за съдържане на осигурителните разходи е свързана преди всичко с прилагането на контролни механизми по отношение на ценообразуването (например в Холандия и Ирландия се прилагат от 2 до 4 различни цени за заплащане на общопрактикуващите лекари, а в Германия се прилага тарифна система за заплащане на лекарите на свободна практика в рамките на ограничен лимит от средства.). От друга страна, разширява се политиката на поделение на разходите между осигурените лица, изразяваща се в по-голямото участие на гражданите и пациентите в плащането на услугите и потребителските такси в момента на консумацията.

- ✓ Глобализация на системите за здравно осигуряване:

Глобализацията на социалните здравноосигурителни системи тепърва ще поставя своите проблеми. Повод за това дават някои решения на Европейския съд по правата на човека по отношение на прилагането на правата на осигурени лица, произтичащи от фундаменталните принципи за свободно движение на хора, стоки и услуги в рамките на ЕС, които се сблъскват с рестриктивната политика на националните осигурителни фондове.

- ✓ Въвеждане на пазарни модели с държавно регулиране за по-справедливо разпределение на риска между осигурителните органи:

Пазарната организация на осигурителните системи се препоръчва в съчетание с механизми за регулиране, които не ограничават солидарността и са насочени към премахване на несправедливостта в осигуряването и достъпа до здравна помощ. Този подход се определя като смесен социално-пазарен модел и се оценява като най-ефикасен за реформиране на системите на здравеопазването. Неговите преимущества се изразяват в:

- ◆ Независимост на финансирането от предоставянето на здравни услуги.

- ◆ Задължително участие на гражданите в осигуряването за гарантиран пакет от услуги.

❖ Доброволно участие на гражданите в конкурентен пазар за покупка на допълнителни осигуровки извън този пакет.

❖ Множество конкуриращи се фондове с частна и обществена собственост.

❖ Личен избор на фонд за гарантиран пакет, като фондът следва да приеме всички желаещи.

❖ Заплащане на два вида вноски от осигурените лица - с еднакъв процент от дохода за осигуряване на солидарността и фиксирани вноски в зависимост от здравния риск: на пазарен принцип.

❖ Конкуренция на фондовете по размера на втората вноска, по допълнителните осигуровки и по качеството на осигуряване.

Очевидно най-ефективно работят здравноосигурителните системи, основани не само на пазарните принципи, а преди всичко на принципа на всеобщото преразпределение на риска.

Според **секторен анализ от 2009 г. на Комисията за защита на конкуренцията** на Р. България причина за многобройните различия между държавите-членки на ЕС специфичните политически, исторически, културни и социално-икономически дадености. Чл. 129 от Договора на ЕС обаче засега изрично изключва хармонизирането на националните законодателства в областта на здравното осигуряване.

Европейският пазар на доброволно здравно осигуряване е разнообразен от гледна точка на броя и вида на действащите осигурителни институции, макар че броят на осигурителните компании намалява и има вероятност това да доведе до по-голяма консолидация на пазара. Предимно поради исторически причини, взаимоспомагателните или кооперативните дружества доминират на пазара на ДЗО в много от страните на ЕС, като понякога са облагодетелствани от данъчното законодателство.

Всички действащи системи на здравно осигуряване в страните от ЕС включват, наред с пациентите (или населението като платци) и изпълнителите на здравни услуги като получатели, и трета страна, която се явява посредник между споменатите две. Целта е да се разпреди цената на здравното обслужване между болни и здрави. Този механизъм на солидарност отразява единодушната позиция на ЕС, че здравеопазването не бива да се регулира само от чисто пазарни закони.

Всички системи на здравно осигуряване в ЕС се опират върху разнородни източници на финансиране, които обаче – пряко или не – са под контрола на държавата. Делът на директните плащания за извършени здравни услуги е незначителен.

Задължителното и доброволното здравно осигуряване се управляват от здравноосигурителни каси, които са самоуправляващи се организации. Задачата им е да поемат разходи по здравеопазване за сметка на онази част от дохода на осигурените, която постъпва в тях под форма на вноски.

Повечето данъчно финансирани системи разполагат с единна държавна система на здравеопазване, в която здравните услуги се извършват с посредничеството на едно държавно ведомство. Това обаче не означава, че самата държава от свое име предлага здравни услуги и че медицинският персонал е в трудови правоотношения с нея. Единствено в Гърция и Португалия повечето лекари от извънболничната медицинска помощ са държавни служители.

Във всички страни от ЕС е обсъждан въпросът за създаване на единно държавно ведомство за здравно осигуряване, което да се разпорежда с ресурсите и да осигурява ползването на здравни услуги. Съществуват най-различни мнения по въпроса, но в нито една от страните няма изцяло държавно здравно осигуряване. Дори се наблюдава тенденция към ограничаване на ролята на държавата, напр. във Великобритания и Италия.

По-различно е положението при болничното лечение, което изисква повече средства. В някои страни (Дания, Италия и Ирландия) болниците като правило са под контрола на държавата, докато в Германия, Франция и Белгия частният сектор има голям дял в болничната помощ. В редица страни (Великобритания, Португалия и Ирландия) държавата предоставя във все по-голяма степен самостоятелност на болниците.

Доброволното здравно осигуряване не играе водеща роля за финансирането на здравеопазването в Европейския съюз, за разлика от страни като САЩ, Австралия и Швейцария. Поради исторически причини предимно, обществената политика в държавите членки на ЕС има за цел да съхрани принципа на финансиране на здравеопазването от държавата или социалното осигуряване и да го направи достъпно за всички граждани, независимо от финансовите им възможности. Това води до развитие на системи на здравеопазване, които се характеризират с високо ниво на обществени разходи, почти универсално покритие, задължително участие и предоставяне на пълни пакети от услуги. Докато държавите членки на ЕС остават по принцип обвързани с обществено финансирано здравеопазване за всички граждани, икономическата устойчивост на подобен вид здравеопазване остава под въпрос.

Дебатът относно възможността за по-ясно разпределение на задължителното здравно осигуряване чрез изключване на някои услуги или чрез предлагането на "основен" пакет с ограничени услуги в някои страни членки на ЕС, е придружен от призови за по-голямо използване на частните разходи посредством развитие на доброволното здравно осигуряване.

Според Е. Шипковенска и кол., моделите на здравно осигуряване в Европа имат връзка с регулираната предприемаческа дейност в системата на здравеопазването.

Европейските страни организират, управляват и финансират здравните си системи по различни начини, но използват някои общи принципи:

- Всеобщ достъп до медицинско обслужване и осигуряване.
- Солидарност при разпределението на разходите.
- Висок стандарт на здравните услуги.

Всяка национална система е извървяла свой собствен път за развитие под влиянието на културни, исторически и технически фактори.

В областта на здравеопазването отделните страни се различават по:

1. Начините за финансиране.
2. Методите, чрез които осигурителната институция заплаща на доставчиците на здравни услуги.
3. Степента, чрез която държавата регулира осигуряването на здравни услуги и развитието на пазарните и квази-пазарните отношения.

Съществуват два основни източника на финансиране на здравеопазването:

- Доброволно (частно).

- Задължително (обществено).

В системата на здравно осигуряване функционират три *основни групи участници*:

- Населението (потребителите на здравни услуги).

- Изпълнителите (доставчиците) на здравни услуги и

- Посредника (осигурителите на здравни услуги).

Тенденцията е всеки потребител в системата за здравно осигуряване сам да решава този въпрос на основата на личен договор със системата, което обаче изисква висока здравноосигурителна култура.

Според авторите, дилемата е - увеличение на ресурсите или ограничение на разходите:

o Увеличение на вноските.

o Увеличение на потребителските такси.

o Доплащане от потребителите.

o Повишена тежест за по-високите доходи.

Всичко това обаче ще намали броя на осигуряващите се.

От друга страна, ограничаването на ресурсите за ЛЗ ще се отрази върху качеството на оказваната помощ и ще допринесе за изтичане на квалифицирани кадри от държавата.

Целта следва да е достигане на баланс между печалба-полезност.

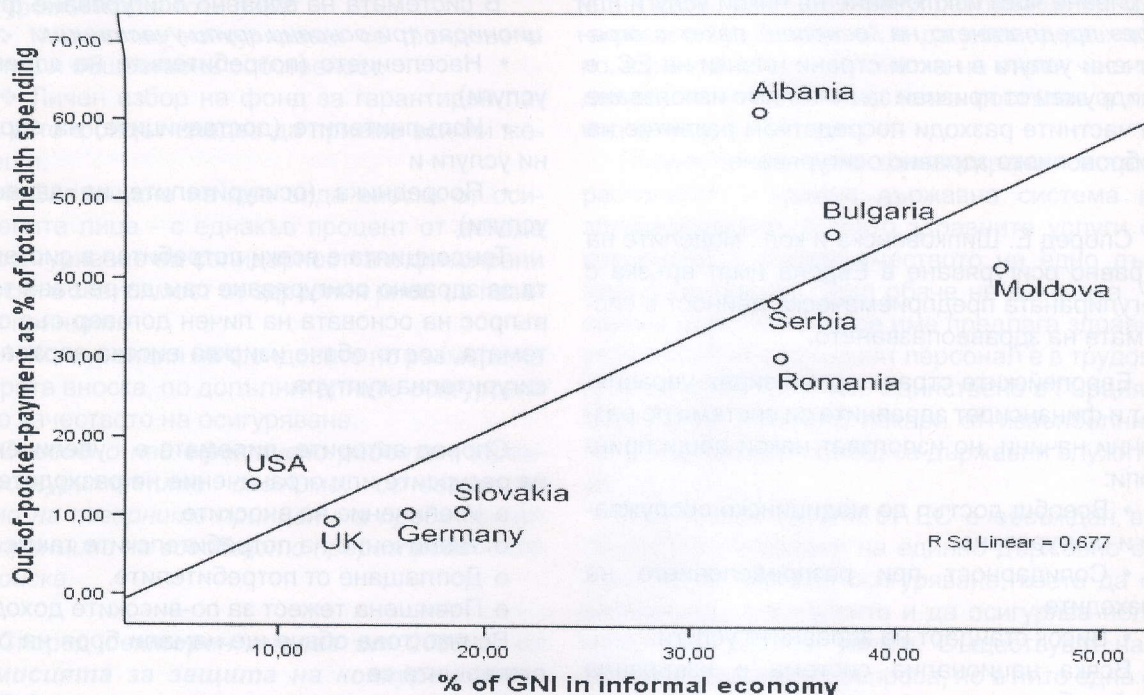
Основни проблеми в процеса на развитие на реформата в осигурителната система:

- Цените на здравните грижи изпреварват цените в останалите области на икономиката.

Фиг. 1. Съотношение при различните видове здравно осигуряване в Европа

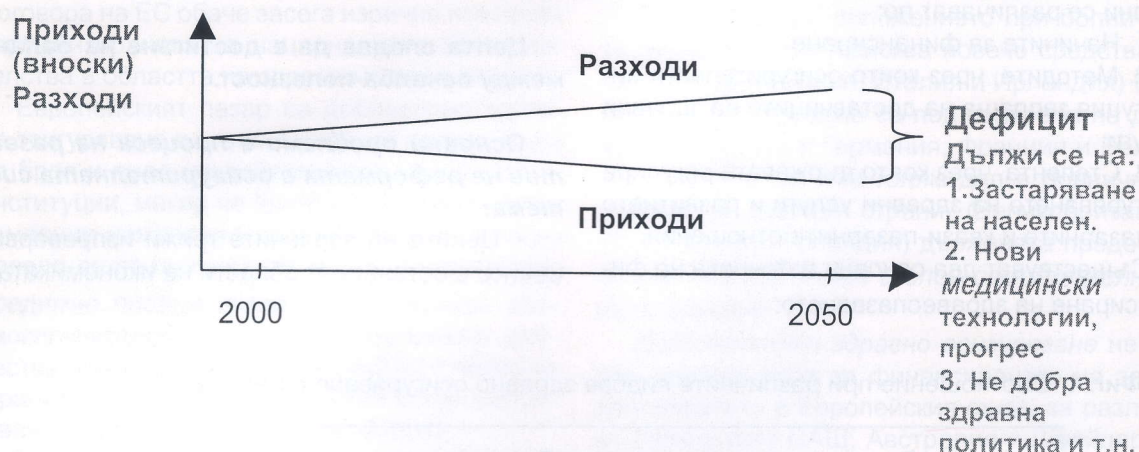


Фиг. 2. Зависимост между размера на "сивата икономика" и заплащането от джоба на потребителя



Източник: WHO country profiles; Schneider 2002; (spending data on 2002, informal economy 2000).

Фиг. 3. Финансови дефицити в здравните системи



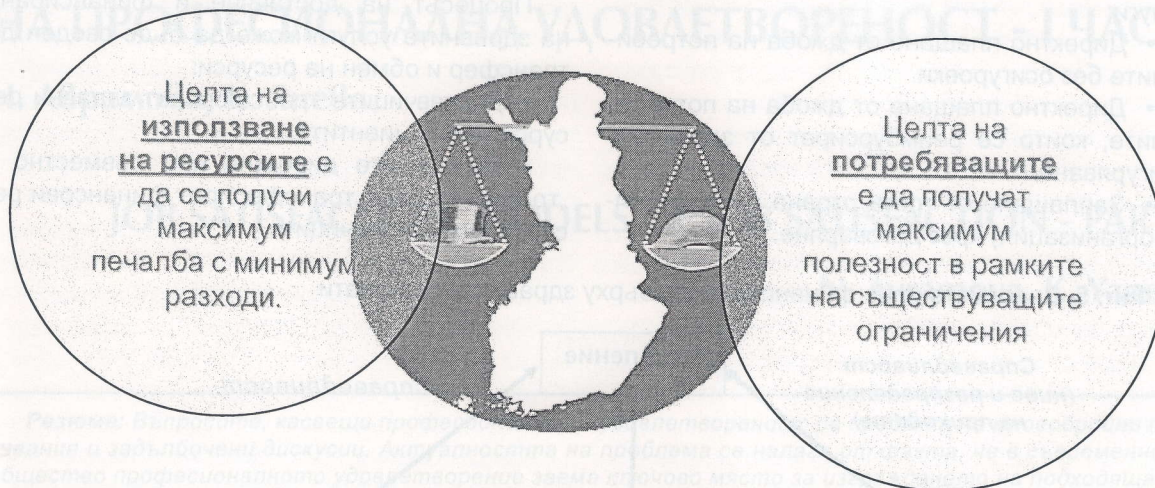
- Свърх-потреблението на здравни услуги и финансовият дефицит, пораждат потребността от увеличаване размера на здравноосигурителната вноска и на държавното субсидиране.
- Невъзможност за използване на финансирането като инструмент за стимулиране на конкуренцията между обществените и частните здравноосигурителни фондове.
- Задължителната здравна осигуровка на практика се превръща в регресивен данък.
- Нараства скептицизма по отношение принципа на солидарността.

Предизвикателства пред здравните системи в Европа:

1. Повишени очаквания на пациентите.
2. Постигане на финансова стабилност при нарастване на разходите, предизвикано от застаряване на населението и въвеждането на постиженията на медицинската наука и технологии в здравния сектор.
3. Осигуряване на свободно движение на хора и услуги в единния ЕС.
4. Гарантиране на достъпност и качество на медицинските услуги.
5. Довършване на радикалните реформи.

Големият въпрос сега е - ще успеят ли Европейските страни да усъвършенстват и запазят традиционния за Европа модел на здравно

Фиг. 4. Производителят на здравни услуги се стреми към печалба, а потребителят – към полезност



осигуряване като форма на социална защита? Почти всички държави-членки провеждат някаква реформа в това направление:

Новата *Холандска здравноосигурителна система* (от 2006) се състои от три стълба:

- Първият стълб е задължителното осигуряване, което включва цялото население и покрива разходи за дългосрочни медицински услуги и обслужване.

- Вторият стълб е осигуряване за медицински услуги с цел лечение. Всяко лице в Холандия е законно задължено да се осигурява за такъв вид услуги.

- Третият стълб – допълнително здравно осигуряване. Всеки може да се осигурява допълнително за видовете услуги, които не са покрити по закон.

Отличителна черта на Холандската здравноосигурителна система е, че грижите се предлагат главно от частни дружества - основната част от болниците. Част от институциите за здравно обслужване продължават да предоставят услуги по костуема цена, докато останалите изпълнители работят за генериране на печалба и оказват главно медицинско обслужване с цел лечение.

Базовото осигуряване (стандартен здравноосигурителен пакет) има ясни социални ползи.

Предпочитанията са към осигуряване срещу риск, предоставяно от частни осигурителни компании.

Допълнителната осигурителна полица възстановява разходите за здравни услуги, които не се покриват от стандартния пакет (напр. за стоматолог за възрастни, очила; противозачатъчни медикаменти; физиотерапия; нетрадиционна медицина и т. н.).

Основни характеристики на *Германската здравноосигурителна система*:

- Универсално здравно осигуряване (50:50 – здравна вноска); 90% от населението е осигурено.

- Скъпа здравноосигурителна система (10 + % от БВП).

- Касите и изпълнителите на мед. помощ договарят цените според точкова система.

- Въведени и работещи диагностично свързани групи (ДСГ) в болниците.

- Опит за ограничаване на разходите чрез въвеждане на доплащане от потребителите: при цена на лекарството от 5 до 50 евро (пациентът заплаща 5 евро; от 50 до 100 евро (10%). В болница (до 28 дни - по 10 евро на ден) Преглед по желание - 10 евро и т.н. Допълнително застраховане (8 - 10 евро на месец) - за протезиране; иглотерапия, рехабилитация).

- Еднакви цени на лекарствата в цялата страна.

Основни характеристики на *Белгийската здравноосигурителна система*:

- Ключови характеристики:

- ✓ Либерална медицина: по-голямата част от изпълнителите на медицинска помощ са на самостоятелна практика (частни). Заплаща им се за дейност и те имат пълна свобода за диагностика и лечение. Двете страни – Белгия и Австрия заплащат на общопрактикуващите лекари предимно за извършена дейност, а не за капитация.

- ✓ Създадена е система на задължително здравно осигуряване, чрез управляване съвместно от всички осигурителни компании, здравни специалисти и обществени организации.

- ✓ Пациентите са свободни да избират своя лекар и болница (държавна/ частна), т.е. Те имат също и свободен достъп до специализирана медицинска помощ.

Съществуват 4 метода на заплащане на *изпълнителите/ доставчиците* на здравни услуги:

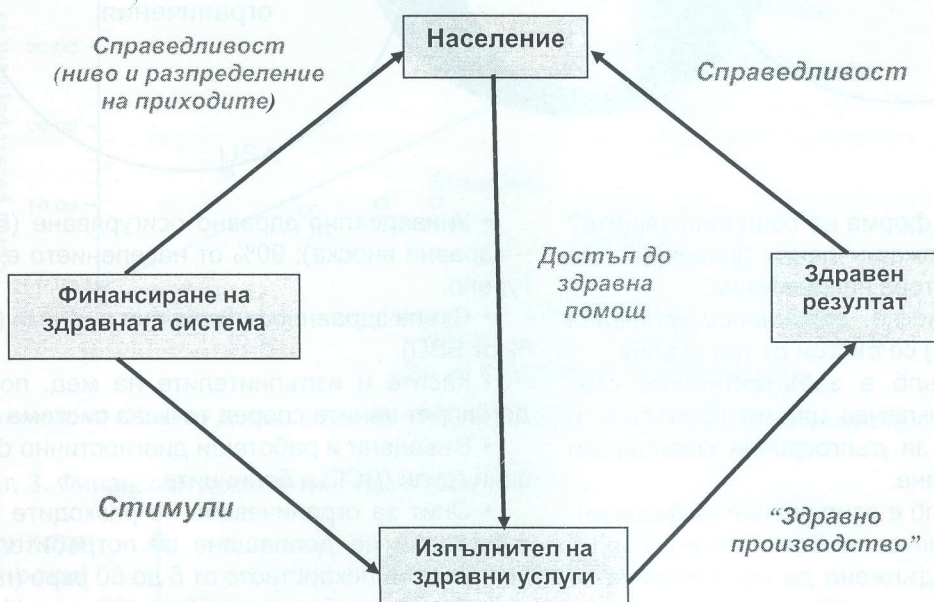
- Директно плащане от джоба на потребителите без осигуровки.
- Директно плащане от джоба на потребителите, които се реимбурсират от здравното осигуряване.
- Заплащане от трета страна (осигурителна организация) чрез договаряне.

• Заплащане от трета страна чрез бюджет и заплата в интегрираните организации.

Процесът на доставяне и финансиране на здравните услуги може да бъде сведен до трансфер и обмен на ресурси:

- Доставчиците трансферират здравни ресурси към пациентите.
- Пациентите директно или съвместно с „третата страна“ трансферират финансови ресурси към доставчиците.

Фиг. 5. Въздействие на финансирането върху здравните резултати



Фиг. 6. Начини на заплащане и стимули, породени от тях

Начин на заплащане	Заплата	Капитация	Заплащане за случай (прегледан пациент)	Заплащане за извършена дейност
Породени стимули	Занижено предлагане (по-малко услуги); Пренасочване (направления)	Включване на здрави хора, Занижено предлагане (по-малко услуги); Пренасочване	Избор на по-леки случаи; Намалява броя на извършени дейности	Увеличение на броя извършени дейности

Използвана литература:

1. Анализ на конкурентната среда на националния пазар при доброволното здравно осигуряване. КЗК, Решение № 1390/ 17. 12. 2009 г. <http://reg.cps.bg/DepartmentDecisions.aspx?vp=4>
2. Бочев З. "Цялостна здравна служба", 1936.
3. Захов, В. Стратегия и модели за управление на човешките ресурси в лечебните заведения. Изд. „Симелпрес“. С., 2011.
4. Моллов Д. "Соображения об устройстве медицинской части в Болгарии", 1878.
5. Лалев Н., А. Жеков. Информираността на пациентите за качеството на медицинската помощ като проблем на болничния маркетинг. Здравна политика и мениджмънт. №1/ 2009.
6. Секторен анализ от 2009 г. на Комисията за за-

щита на конкуренцията

7. Шипковенска Е. и кол. Модели на здравно осигуряване в Европа и регулирана предприемаческа дейност в системата на здравеопазване. Здравна политика и мениджмънт, 2008, бр. 3, с. 57-65

8. The World Health Report – Health Systems financing: the path to universal coverage. WHO, 2010, 106 p.

9. WHO country profiles; Schneider 2002; (spending data on 2002, informal economy 2000).

Адрес за кореспонденция:

Ас. д-р Янка Проданова
Катедра по Трудова медицина
Факултет по обществено здраве, МУ-София