МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

ЕКАТЕРИНА РУМЕНОВА АЛЕКСАНДРОВА

ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ В ГЕРМАНИЯ И БЪЛГАРИЯ И УСЪВЪРШЕНСТВАНЕТО НА БЪЛГАРСКАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА СИСТЕМА

дисертационен труд за присъждане на образователната и научната степен „доктор”

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”

Професионално направление: 7.4.„Обществено здраве”

Научна специалност: „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията”

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:

ПРОФ. Д-Р МИЛАДИН АПОСТОЛОВ, ДМН

София, 2012 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

1. ВЪВЕДЕНИЕ .....3 стр.

2. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР 6

2.1. Социални аспекти на здравните грижи 7

2.2.Европейска здравна политика, европейски здравеопазни системи.....10

2.3. Здравно осигуряване: задължително и доброволно (частно) 36

3. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО.....60

4.ОСНОВНИ ТЕНДЕНЦИИ В СЪВРЕМЕННОТО РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА В ГЕРМАНИЯ 66

4.1.Съвременни реформи във финансирането на здравно-осигурителната система в Германия……..……...66

4.2. Реформи в организацията на здравното осигуряване във ФРГ ...74

4.3.Реформи в предоставянето на здравни услуги в здравно-осигурителната система на Германия.....80

4.4. Изводи.....87

5. СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ 90

5.1. Анализ на данните за България..... 90

5.2. Сравнителен анализ на данните от Германия.....121

5.3. Изводи.....165

ОБОБЩЕНИЯ 170

ПРЕПОРЪКИ.....190

БИБЛИОГРАФИЯ 195

ПРИЛОЖЕНИЯ.....209

Приложение 1. Анкетна карта на български език.....209

Приложение 2. Анкетна карта на немски език.....212

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Здравеопазването цели да осъществи профилактика на заболяванията, диагностика, лечение и рехабилитация, промоция на здравето, оценка и предотвратяване на рисковете за здравето, поради което то има ключова роля за укрепване на здравето и трудоспособността на населението и оттам, за цялостното икономическо и социално развитие на страната. Здравеопазването в България се характеризира с догонващо развитие спрямо състоянието на здравеопазването в страните от ЕС, което изисква създаване на условия за адекватно функциониране на системата за здравно осигуряване в страната. Изработването и провеждането на адекватна здравна политика се усложнява от развиващата се глобална икономическа и финансова криза.

Поради тези особености на българското здравеопазване следва да се възприеме подход за максимално използване на възможностите и потенциала на здравното осигуряване за постигане на основните здравни и социални цели на здравеопазването. Според СЗО общите разходи за здравеопазване като процент от брутния вътрешен продукт (БВП) в Германия[1] са 11.4% през 2009 г., а за България този процент е само 6.4% (The WHO. Data Repository). Следователно, здравните мениджъри са тези, които имат за задача да разработят и внесат в ръководните политически органи на държавата идеи и концепции за такива подобрения в системата на здравното осигуряване, които биха позволили по-ефективно използване на наличните ресурси и постигане на възможно най-добрите резултати в здравеопазването.

Присъединяването на България към ЕС има дългосрочни последствия, изразяващи се в необходимостта да се осъществяват целенасочени практически действия, които да водят до по-пълно интегриране в общността. В областта на здравеопазването това означава подобряване на качеството, достъпността и ефективността на медицинското обслужване на населението. Както посочват в изследванията си редица автори, ако не се предприемат адекватни мерки за възприемане на по-ефективен модел за развитие на българското здравеопазване (Ц.Воденичаров и кол. 2005; Ст.Гладилов и кол. 2004), в периода до 2020 г. то може да задоволи едва

[1] В настоящия труд наименованието „Германия" се използва, за да обозначи съществуващата след обединението на 3 октомври 1990 г. Федерална Република Германия (ФРГ).

минимума от изискванията на ЕС по отношение на предоставянето на медицинско обслужване.

Съгласно принципа за субсидиарност организацията на системата на здравното осигуряване в страните членки на ЕС е в прерогативите на отделната страна. В член 152, (5) от Амстердамския договор е записано, че „действията на общността по отношение на общественото здраве изцяло ще уважават отговорностите на страните членки за организацията и предоставянето на здравни услуги и медицинско обслужване" (Treaty of Amsterdam 1997). Така здравното осигуряване се основава на общи принципи, но всяка страна развива здравноосигурителната си система в тези посоки, които ще я направят най-ефективна и най-резултатна, като се отчитат специфичните условия в нея.

Здравното осигуряване има дълга история, както във ФР Германия, така и в РБългария. Сравняването на съвременното състояние, проблеми и развитие на здравното осигуряване във ФР Германия, и в Р България се основава на това, че то има както общи, така и специфични характеристики, отразяващи конкретните условия в страната. Поради това изучаването на опита на здравноосигурителните системи в двете страни може да доведе до важни изводи относно съвременното развитие на здравноосигурителния модел по принцип и функционирането му в частност.

Здравното осигуряване в Германия се развива в два аспекта: задължително и доброволно, което е достъпно за хора, чиито доходи надхвърлят определен праг на доходите. Като основен проблем на немското здравно осигуряване се очертава постигането на баланс между рационалното използване на ресурсите и предоставянето на качествени и, когато е необходимо, високо технологични здравни услуги за населението, като същевременно от тази система се очаква да разшири покритието си и да предоставя универсално такова. Това изисква използването на комплекс от финансови, организационни и управленски механизми за фина настройка на системата с цел ефективното й функциониране.

Здравноосигурителната система в Р България все още не осигурява гладко и адекватно допълване на двата си стълба: задължителното и доброволното. Задължителното здравно осигуряване в България предоставя универсално покритие и задоволява основни здравни потребности на населението. Настоящият пакет здравни услуги е според съдържанието си всеобхватен, което го прави прекалено скъп. Това

създава състояние на хронично недофинансиране в системата и често трудно преодолими трудности при предоставяне на основните здравни услуги за пациента. През 2012 г. здравноосигурителните вноските представляват 64% от здравноосигурителните приходи на НЗОК (Закон за бюджета на НЗОК за 2012 г.). Субсидиите от държавата се оказват недостатъчни, за да покрият всички необходими разходи. В тази ситуация за да задоволи реални нужди на пациентите, доброволното осигуряване предоставя не само широк спектър от допълнителни услуги, но и пакети с услуги, залегнали в пакета на задължителното.

Реформите в здравноосигурителните системи и в Германия, и в България имат за цел да се осигури достъпа на населението до една добре работеща здравна система с високо качество на здравното обслужване и финансова стабилност на здравното осигуряване. Редица реформи се оказват успешни и водят до положителни промени в здравеопазването. В Германия усилията се съсредоточават в издигане на качеството на здравното обслужване и едновременно стабилизиране на финансовото положение на здравните каси, като се усъвършенства системата от обществени органи за проследяване на качеството и се подобрява работата на програмите за диагностично свързаните групи и общопрактикуващите лекари като вход към системата.

В България в началото на 2011 г. завърши създаването на Националната здравна карта, която изясни състоянието на разпределението на ограничените финансови, материални и човешки ресурси в здравеопазването. Пред българската здравноосигурителна система стоят още редица предизвикателства като: намаляване на свръхпроизводството на здравни услуги, особено в сектора на първичните здравни грижи, подобряване на качеството на здравните грижи, усъвършенстване на процедурите на договаряне на доставката на лекарства и т.н. Належаща е нуждата да се осигури стабилно здравно финансиране, като особено внимание се обърне на програмите за профилактика и промоция на здравето. Един от важните пътища на здравната реформа е да се развият всички аспекти на здравното осигуряване, както задължителното, така и доброволното в една добре функционираща система.

Така актуалността на изследвания проблем произтича, от една страна, от променящата се социално-икономическа среда на функциониране на здравното осигуряване, както във всяка отделна страна, така и от продължаващата финансово-

икономическа криза в глобален мащаб. От друга, изследването е необходимо и поради спецификата на здравноосигурителната система във всяка отделна страна, зависимостта на развитието й от социалните и етични традиции на населението, както и от принадлежността на двете страни към ЕС. Не на последно място, актуалността се дължи на същностни проблеми на здравното осигуряване, свързани с постигане на финансова стабилност на системата, организационното й усъвършенстване чрез преструктуриране и въвеждане на по-ефикасни управленски методи и предоставяне на качествени услуги за населението с най-ефективно използване на материалните, финансовите и човешките ресурси.

В настоящата работа се изхожда от разбирането, че здравното осигуряване като здравеопазна система има дълга история и в момента е в процес на реформи и в двете страни, което изисква по-детайлен поглед към техния опит и разнообразието от мерки, предприемани за усъвършенстването му понастоящем. Едно сравнително изследване може да разкрие и общи, и специфични тенденции, както в развитието, така и в реформите на здравното осигуряване.

Перспективите на здравноосигурителните системи в двете страни, които са изведени въз основа на анализа на съвременното им състояние, са за по-нататъшното им усъвършенстване в посока на по-голяма ефективност и по-високо качество на здравните услуги.

Настоящето изследване се основава на голям обем литература, научни изследвания, нормативни документи, проучвания, посветени на характеристиките на съвременната здравноосигурителна система като цяло и в отделните страни основната част, от които са анализирани в следващата глава.

2. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

Лавината от информация и публикации по въпросите на здравеопазването, здравеопазните системи и здравните грижи може да се преодолее единствено чрез подбор на най-значимото като научна продукция, насочено към създаване на адекватна за всяка страна здравеопазна система.

Литературният ни преглед обхваща публикации на видни европейски учени по избраната от нас тема за здравното осигуряване в Германия и България, същността, проблемите и националната му адекватност.

Литературният обзор обхваща статии, студии, монографии и нормативни документи, свързани със социалните аспекти на здравните грижи, европейската здравна политика и европейските здравни системи , както и същностните проблеми на задължителното и доброволното /частното/ здравно осигуряване в Германия и България през последните години.

2.1. Социални аспекти на здравните грижи

В своя публикация от 2007 г., озаглавена **„Инструментите на социалната политика и по-специално на здравното осигуряване и осигуряването за социални грижи”** *Андре Фридрих* посочва, че Предговор В член 20, параграф 1 от Конституцията на ФРГ гласи :..,, Федералната република е демократична и социална федерална държава ". Този конституционен принцип е същността на системата за социална защита във Федерална република Германия, като неговите основни направления са здравеопазване, социални грижи, пенсии, трудова злополука и безработица. Тя трябва да предостави на осигурения здравни грижи в случай на болест. Осигурителните обезщетения се финансират основно от вноски, които се определят въз основа на заплатата на осигурения. Извършва се преразпределение на средствата на здравното осигуряване като младите и здравите се отказват от част от доходите си в полза на старите, болните и бедните и така функционира принципът за солидарност.

В статията на английски от 2010 г. **„Работещите бедни в Германия: "Измерения на проблема и последици за системата на здравеопазването”** на *H.C. Broding, A. Weber, A. Glatz, J. Bünger* се отбелязва, че "работещите бедни" не могат да преминат прага на бедността, въпреки че работят на пълен работен ден или дори на две места. Отбелязва се тенденция на нарастване на дела на "работещите бедни" в Германия. Връзката между бедността и болестите при "работещите бедни" води до порочен кръг. Бедността предизвиква здравословни проблеми, свързани с по-ниския стандарт на храненето и жилищния фонд, финансовите ограничения, лошите условия на труда, силно рисковото поведение, както и липсата на достъп до здравни услуги. Нарушеният здравен статус, от своя страна, влияе отрицателно върху доходите и заплащането, което

възпрепятства подържането на здравословен начин на живот. Ограничените здравни ресурси налагат използването на превантивни стратегии за подобряване на трудовата заетост и доходите. Здравната и икономическата политика изискват специфични изследвания върху здравните последствия от безработицата и временната заетост.

В теоретичния анализ на *Йоханес Треу* **„Теоретична основа на държавната социална политика, представена с примера на здравното осигуряване в Германия" / Theoretische Grundlegung staatlicher Sozialpolitik dargestellt am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland/** общественото здравно осигуряване в Германия се разглежда като възможно най-институционалната форма на държавната социална политика. Проследява се взаимодействието на държавните и обществени органи, отговорни за правилното функциониране на здравеопазната система.

Книгата на *Сейдъл* и *Джикели* **Steuern und Soziale Sicherung in Deutschland: Reformvorschläge und deren finanzielle Auswirkungen / „Данъци и социално осигуряване в Германия: предложения за реформи и техните финансови последици"/,** издадена през 2006 г., анализира причините и предложенията за реформи в системата за социална сигурност . С помощта на микро-симулационни модели, се изследват и сравняват вариантите за реформи в здравното осигуряване.

В изследването си върху реформата на здравното осигуряване от 2007 г. **Die Reformbedürftigkeit der Krankenversicherung in Deutschland** *Щефан Джагала* отбелязва, че социалната пазарна икономика несъмнено е допринесла в голяма степен за положителното икономическо развитие на Федерална република Германия в последните петдесет години. Понастоящем стабилността на системата за социална сигурност е заплашена от експлозия в разходната си част, която трябва да се предотврати. Авторът отбелязва появата на две класи медицинско обслужване, по-високо и по-ниско, като така принципът на равнопоставеност в социалната държава бива сериозно накърнен. Разглеждането на конкретните аспекти на социалната сигурност е затруднено поради високата взаимозависимост между различните й компоненти.

В **Marktentwicklung und Marktstruktur der privaten Krankenversicherung in Deutschland und Europa** се посочва, че именно в държави като Германия с относително висок стандарт на живот и задоволяване на материалните потребности, на здравето се отдава първостепенно значение. Това се вижда и от

повишаването на здравните разходи: С увеличаването на приходите на населението се наблюдава и нарастване на финансовите средства, използвани за здраве. Така и във ФРГ, както показват демографските изследвания, ориентирането към опазване на здравето се засилва все повече и повече. Това се изразява в едно пораснало самосъзнание за общите здравни рискове, както и затова как да живеем по-здравословно във време на голям стрес и повишени изисквания.

Здравното осигуряване предлага услуги, както за амбулаторно, така и за стационарно лечение, както и за зъболекарско лечение. Разглеждат се някои специфични здравни услуги, предлагани от частното здравно осигуряване, като се изтъкват връзките му с тези в общественото здравно осигуряване и се отбелязва, че частното не би могло да съществува без социалното осигуряване.

През 2004 г. *Julia Lepperhoff* отбелязва в **Wohlfahrtskulturen in Frankreich und Deutschland: gesundheitspolitische Reformdebatten im Ländervergleich**, че реформата на социалното и здравното осигуряване се възприема във Франция като заплаха за личната свобода и демокрация, а в Германия като икономическа заплаха. Налагането на всеобщо здравно осигуряване се разглежда като опит да се засили осигурителният принцип, като се разширяват социалните права.

В книгата **"Standort Deutschland" für Versicherungen: eine vergleichende Analyse ausgewählter europäischer Länder** на *Stefan Häusele* се разглежда промяната в социалната среда в обединена Европа и предлаганата от д-р Ренете Кохер реформа на социалното осигуряване. Анализират се и предложенията на проф. д-р Петер Албрехт относно финансовото управление на портфейлите на осигурителните компании и политиката им в областта на инвестициите и покритието на риска. Проследява се въздействието на макроикономическата структурна промяна върху здравното осигуряване.

Според изследването **Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur- Leistungen- Weiterentwicklung (Секторът на здравеопазването в Германия: Структури и развитие на услугите)** от 2007 г. здравното осигуряване се грижи за това обществото да изпълни задачата си да запази, възстанови или подобри здравето на осигурения. Промоцията на здравето е свързана с увеличаване на контрола на хората върху тяхното здраве и по този начин с укрепване на здравето им.

2.2. Европейска здравна политика, европейски здравеопазни системи

В този раздел на литературния обзор представяме публикации на немски, български и други автори, изследващи неолиберализма и неолибералната политика, пазарната ориентация в здравеопазването и пазарно ориентираните реформи, държавната политика и общественото здравно осигуряване, регулацията и финансирането на здравеопазването, риска в здравното осигуряване и повишаването на себестойността на здравните грижи.

За неолибералните идеи на Фридрих фон Хайек са приведени практически доказателства в изследванията на Жерар Дебрю. Чрез математически методи авторът, който е икономист-нобелист от 1983 г., доказва, че икономическият ръст зависи от определени условия като оптималното разпределение на човешките и финансови ресурси, а също и от правилното насочване на информацията и адекватното стимулиране на производителите. Използвайки статистически анализ авторът доказва, че най-високи резултати се постигат в условията на свобода на производството и търговията. Така Ж.Дебрю теоретично обосновава предимствата на частната инициатива пред упражняването на държавна централизирана икономическа власт.

Идеите на неолиберализма в тази насока са разработени по-нататък от друг нобелист – Милтън Фридман (1976 г.). Неговите трудове са подчинени на една основна тема, а именно, изследването на ролята на пазара. Тя, обаче, не е изолирана от политиката. Стига се до извода, че държавата по необходимост трябва значително да намали и дори да сведе до минимум своето пряко участие и въздействие върху икономическото развитие и развитието на пазара. В този смисъл пазарната икономика работи и като специфична избирателна система, тъй като тя е механизмът чрез функционирането, на който се решават редица обществени проблеми.

Статията **Market-oriented health care reforms: trends and future options** от *W.P. van de Ven* анализира пазарно-ориентираните реформи в публично финансираните здравни системи. Целта на тези реформи е да се направи разпределението на ресурсите в здравеопазването по-ефективно, по-иновативно и по-полезно за потребителите, като същевременно функционират и преференции при запазване на собствения капитал. В същото време, напредъкът в технологиите доведе до

разминаване на предпочитанията на потребителите по отношение на здравеопазването и авторът призовава обществото да се осмисли принципът на солидарност в областта на здравеопазването. В тази статия се посочват някои международни тенденции в реформата на здравеопазването и се разкриват потенциални възможности за действие. В международен план се наблюдават тенденции към всеобщо задължително здравно осигуряване, договори между фондовете- купувачи и доставчиците на обслужване, засилване на конкуренцията между доставчиците на обслужване и укрепването на първичната медицинска помощ. Може да се очаква тези тенденции да продължат да се развиват.

По-спорен е въпросът дали трябва да има и конкуренция между фондовете-купувачи и дали в дългосрочен план ще възникне сближаване към някакъв "идеален" модел. Въпреки че съществува регулирана конкуренция в областта на здравеопазването, може да се търси по-голяма рентабилност, да се извлече по-голяма ефективност и така да се намалят общите разходи. Твърди се, че справедливост може да се поддържа в една конкурентна система за здравни грижи, ако собственият капитал се възприема като "равен достъп до икономически ефективни грижи в рамките на разумен период от време".

Тъй като ефективността на грижата трябва да се разглежда във връзка с медицински показания и със състоянието на пациента, отговорността за икономически ефективни грижи е главно в ръцете на предоставящите здравни грижи. Медицинските специалисти трябва да разработят насоки и протоколи на основата на „най-добри практики”и те да се обвържат с финансови стимули, заложени в договорите.

Твърди се, че фондовете могат да се концентрират върху основните договори за лекарски грижи. Договорите с други доставчици могат да бъдат естествено допълнение към тези договори.

Координирането на договорите между фондовете и потребителите на здравни грижи може да създаде финансови стимули за потребителите да потърсят по-ефективни доставчици. А изборът на здравноосигурителен договор от потребителите е много важен избор в областта на здравеопазването.

В статията **Moglichkeiten der Effizienz-steigerung fur die private und gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland. Analyse unter Berucksichtigung der**

Leistungsfahigkeit internalionaler Krankenversicherungssysteme (2008 г.) *Alexander Wimmer* констатира, че с отварянето на вътрешния пазар за здравни услуги и въвеждането на свободния избор на каса през 1996 г. конкуренцията принуждава здравните каси в Германия да се ориентират към определени клиенти и да се опитват да се справят с оскъдни средства. Предпоставка за успешното погасяване на дълговете на фондовете и за определяне на по-ниски здравни осигуровки за потребителите са ефективните структури. Те водят до намаляване на административните разходи и повече инвестиране в по-добро обслужване на клиентите. Като причини за проблеми в общественото здравно осигуряване се открояват ограничената рационалност на действията на здравноосигурените , опортюнизмът и следването на лични цели, липсата на прозрачност на здравния пазар, пазарно организираната здравна система.

Немският изследовател *E. Knieps* посочва в **„Конкуренция в областта на здравеопазването - политически намерения”** (2009г.), че през последните 20 години стратегията за въвеждане на регулирана конкуренция постепенно е навлязла в корпоративно структурираната германска система за здравеопазване и на осигурените е предоставена възможност за избор на здравен фонд. Съответно, законите, които уреждат членството, премиите за здравно осигуряване и здравните услуги, са адаптирани и са създадени нови правила за публично финансиране, включително схема за изравняване на риска, обхващаща различните видове здравни осигуровки. Възможностите за участие в конкуренцията, възникнала в областта на предоставянето на здравни услуги, не засягат само здравноосигурителните компании, но и отношенията към доставчиците на здравни услуги, както и връзката помежду им. Това важи особено за ролята и функциите на регионалните асоциации на лекарите. Връзката между колективните трудови договори и индивидуалните договори все още е неясна. С по-нататъшното развитие на стратегията за регулирана конкуренция, възможностите и ограниченията на тази конкуренция ще трябва да бъдат изследвани, както и много детайли, като, например, въпросите за поемането на отговорността за предоставянето на здравни услуги.

Напоследък все повече се налага становището, че проблемите на маркетинга в здравеопазването изискват по-широк подход, различен от стандартните пазарни практики. Сериозни автори предупреждават, че търсенето на ефективност чрез чисто пазарни методи може да работи срещу принципа за справедливост в

здравеопазването (Е.Делчева, Д.Калахан и др.). Свободната конкуренция в осигуряването може да доведе до „пазарни дефекти" като „морален риск" (риск от погазване на важни морални норми в здравеопазването), „селекция на риска" (избягване на високо рискови пациенти) или насочване към и подбор на предимно платежоспособни клиенти. В този случай в обществото като цяло намалява удовлетвореността от предоставяните здравни грижи и нараства рискът от отсъствие на адекватни грижи за най-уязвимите групи от населението.

Като отзвук на тези неблагоприятни явления се поражда идеята за социален (социално-етичен) маркетинг. Philip Kotler го дефинира като осъществяване на контрол върху пазара с цел спазване на законността и морала в съответствие с дългосрочните интереси на обществото като цяло (Kotler, Clarke 1987).

В монографията **Regulating Healthcare** (2003 г.) на *Kieran Walshe* се прави изчерпателен анализ на регулацията в здравеопазването. Разглеждат се причините, начините и формите за регулация, както и влиянието й върху здравните организации.

Авторът разглежда регулацията като външен подход за подобряване на резултатите в здравеопазването и посочва предимствата и недостатъците й. Като външен подход тя често пренебрегва фините и специфични връзки, изградени вътре в системата, тъй като при регулацията всички организации се разглеждат като движени от една и съща мотивация и притежаващи еднакви възможности за реализация.

Уолш стига до извода, че стабилните здравни организации разработват и прилагат по-успешни дейности за подобряване на качеството от тези, подложени на значителни организационни промени (Walshe 2003:7).

Същевременно, при осъществяване на регулацията е възможно да се използват методи за подобряване на резултатите на организацията, като се включат вътрешни същностни елементи на системата.

В монографията се привежда и анализира дефиницията на Селзник за регулацията като "постоянен и фокусиран контрол , упражняван от публична агенция върху дейностите, които са съществени за общността" (Selznick 1985: 363).

Уолш обръща внимание на необходимостта да се поставят разумни граници на регулацията, тъй като тя води до определено уеднаквяване и централизация.

Тук той посочва, че регулацията може да се осъществява и от централни и от местни органи и организации.

Това, което отличава регулацията, е че регулаторът е трета страна при определена транзакция или отношение между организации. В условията на пазара, регулаторът е трета страна във взаимоотношенията купувач и доставчик на услуга, като се намесва, за да постави определени приемливи за обществото рамки. Тази трета страна може да е не само правителствен орган , но и публична агенция, като неправителствена организация, например.

Авторът посочва, че независимо от риториката за или против регулацията и при десни и при леви правителства тя е била силно използван механизъм в националната здравна система на Великобритания.

В резултат на анализ на регулацията авторът стига до извода , че съществува международна тенденция за засилване на регулацията в сферата на здравеопазването (Walshe 2003:12). В много европейски страни са въведени програми за външен преглед, инспекция и акредитация (Klazinga 2000). Процесът на икономическо и социално приобщаване в ЕС също води до нарастващо използване на регулацията и на национално, и на европейско ниво (Walshe 2003:13)..

Разглеждат се и трите преобладаващи възгледа за регулацията : 1. тя е движеща сила на промяната, 2. тя е ненужен товар върху здравните организации, 3. тя е прекалено неефективна и е необходима по-строга регулация с агресивни стратегии за прилагането й.

Статията **Social austerity versus structural reform in European health systems: a four-country comparison of health reforms** на авторите *C. Wendt и T. Thompson*, отпечатана в списание International Journal of Health Services през 2004 г., разглежда важни аспекти на структурната и финансовата реформа в здравното осигуряване и здравните системи. Ограничаването на разходите е в обсега на вниманието на политиците в повечето страни от ОИСР. Дискусията за създаване на мощни финансови стимули доминира в политиката по отношение на здравеопазването. Някои европейски здравни системи се насочват и вече прилагат определени схеми за заплащане на болниците като диагностично свързаните групи,

повишаване на здравните вноски и допълнително заплащане /copayments/ в усилията за ограничаване на публичните разходи.

Въпреки че финансовите стимули могат действително да помогнат за понижаване на разходите за здравеопазване, фокусирането предимно върху финансовите стимули пречи да се обърне дължимото внимание на необходимите структурни реформи, на подобряването на непрекъснатостта, качеството и целесъобразността на здравните грижи. Статията се фокусира върху структурните особености на две системи за здравно осигуряване (Германия и Австрия) и две национални системи за здравеопазване (Великобритания и Дания), за да се обсъди влиянието на структурните характеристики на системата върху разходите. Стратегиите за структурни реформи включват увеличаване на зависимостта на лечението на пациентите от общопрактикуващите лекари, подобряване на координацията на болничните и социалните грижи, което да доведе до категорично разделение между амбулаторния и болничния тип грижи и подобряване на непрекъснатостта на лечението чрез по-добро интегриране на секторите на медицинските и на социалните грижи.

В доклада на *С.Гриммайсен и Х.Ротганг* **The changing role of the state in Europe's health care systems**, изнесен на Втората конференция на ESPAnet през 2004 г. е разработена концептуална рамка за описание на ролята на държавата в здравеопазната система що се отнася до финансирането, осигуряването на здравни услуги и правната регулация. Те обосновават извода за намаляващата роля на държавата в тази сфера, за отдръпването на държавата от пряка намеса във функционирането на здравната система, като се аргументират чрез идентифициране на следните тенденции: намаляване на публичните финанси като част от общите разходи за здравеопазване, запазване на общия брой болнични легла при увеличение на броя на леглата в частни болнични заведения, движение на регулацията и организацията на здравеопазването от количествени към качествени промени, като се набляга на утвърждаване на ролята на общопрактикуващите лекари като вход към системата, въвеждане на диагностично свързаните групи, повишаване ролята на пазарната конкуренция в така наречения „вътрешен" или „ограничен" пазар на здравни услуги.

В работата си **„Държавният контрол на проблемите в областта на здравеопазването на Федерална република Германия. Конфликт: дейността на**

общественото здравно осигуряване” (2007 г.) *Даниел Бош* прави проучване на дейността на германския парламент, което показва, че за двадесет години са били приети четиридесет и шест основни закона с 6800 индивидуални правила относно немската система за здравно обслужване. Отбелязва се, че предложения за реформа се издигат често и включват различни здравни политики, като заинтересованите страни изглежда се колебаят "между одобрение и отхвърляне на предложенията за реформа на министъра на здравеопазването почти на случаен принцип” (Bandelow 1998: 18). Последните усилия на правителството на Шрьодер се оценяват като до голяма степен успешни.

Авторът задава въпроси относно причините, поради които структурните реформи в задължителното здравно осигуряване GKV, инициирани от страна на държавата, се осъществяват най-вече в интерес на доставчиците на услуги. Прави се хипотетичното предположение, че това се обяснява с асиметрично разпределение на властта в рамките на здравната мрежа и липса на разделение между регулаторните органи на държавата и обществото.

В свое изследване от 2010 г. по въпроса за равенството между поколенията в задължителното здравно осигуряване *Florian Bachler* анализира дебата за развитието на общественото здравно осигуряване в Германия и разглежда два основни принципа на финансиране: процеса на разпределение (UV) и процеса на финансиране (KDV). Следва описание на параметрите, влияещи върху здравното осигуряване във връзка с двата принципа, както и анализ на стойностите им, а впоследствие и разглеждането им във връзка с общественото здравно осигуряване. Текущите стойности на параметрите се интерпретират като резултат от различното натоварване на поколенията.

В изследването си от 2009 г. **„Предимства и недостатъци на данъците, финансиращи здравната система в Австралия, в сравнение със системата за социално осигуряване в Германия по отношение на определени здравни услуги”** *Торстен Шмид* твърди, че здравните системи могат да се различават по отношение на структурата, организацията, условията на финансиране и разходите за здравеопазване. Те могат да предлагат здравни услуги за населението по различни начини. В този труд системите на здравеопазване в Австралия и Германия се сравняват по отношение на здравното обслужване. Сравняват се избрани здравни услуги за извънболнична медицинска помощ, болнична помощ и доставка на лекарства.

Монографията на *Е.Скривънс* **Quality, Risk and Control in Health Care** (2004 г.) разглежда най-вече качеството на здравното обслужване, но е важно да се отбележи, че като същностна предпоставка за осъществяване на анализа на качеството се приема системния характер на здравеопазването. Повишаването на качеството се търси чрез развитие и манипулиране на системните му характеристики и взаимодействието му с останалите обществени субекти. Авторът отдава заслуженото на Донабедиан, който анализира здравната система и важните взаимоотношенията между организациите, влючени в нея. Монографията на Донабедиан насочва към фокусиране върху здравната система, като посочва, че всяка промяна се отразява на системата като цяло. Скривънс стига до извода, че както недостатъчният контрол върху нея, така и прекаленият контрол, който често води до дублиране и презастраховане, могат да понижат ефективността на системата. Засиленият контрол в сферата на здравеопазването се разглежда, обаче, и като важен фактор за запазване правата, живота и здравето на пациентите.

Постигането на необходимото ниво на контрол и свобода в решенията зависи най-вече от прилагането на адекватни мениджърски подходи. В съвременното здравеопазване централна роля за ефективното управление играе изграждането и функционирането на екипи от различни видове здравни специалисти.

По отношение на управлението авторът подчертава значимостта на мениджърската теория на Деминг за постоянното подобряване на качеството, според която качеството в най-голяма степен зависи от системните характеристики и корегирането на функционирането на системата на основата на постоянен процес на обработване на оперативни данни. Анализът отвежда към комплексността на здравната система, която е изградена от множество по-малки системи, като например, за първична помощ, вторична и третична помощ, които трябва да работят в синхрон за достигане на качество на цялостното обслужване на пациента. Пациентът е ядрото, към което е насочен процеса на подобряване на качеството, и затова системата за отчитане на качеството трябва да е фокусирана върху този пациент.

Монографията подчертава и значението на отчетността пред широката общественост за постигане на висококачествена здравна и медицинска помощ. Тази помощ зависи от обществените възгледи и нагласи за това как да се използват здравните

ресурси. Качеството на здравеопазването се оценява и може да се подобрява, ако в процеса се включат с мнения и предложения всички участници.За да се отговори на очакванията на обществото, здравните организации, персонал и заведения трябва да са обект на контрол за изпълнението на законовите и професионални норми.

В книгата на *Солтман, Бусе и Фигерас* **"Системи за социално здравно осигуряване в Западна Европа"** от 2004 г. здравното осигуряване се разглежда като интегрална част на здравните системи на западноевропейските страни.

Според авторите анализът на данни, идеи и модели в рамките на здравноосигурителната система като цяло може да послужи за разбиране на системи от типа на "публично-частния микс". Такова изследване би предизвикало интерес в източноевропейските страни-членки на ЕС много, от които са възприели модела на здравното осигуряване в процеса на реформи на здравната си система. То показва как са организирани тези системи и как функционират, а също посочва и резултатите, постигнати от тях по отношение на здравното обслужване на населението. Една важна особеност на такова изследване е, че то анализира аспектите и дейността на системата като възприема по-широк поглед към нея и я разглежда като част от общата организационна структура на обществото и проследява влиянието на традициите, навиците, вярванията, установените или нововъзприетите роли в обществото, влиянията от страна на гражданското общество, на социални и политически сили и политическия живот като цяло.

Разглеждането на характеристиките на здравноосигурителните системи в сравнителен план изяснява картината на тенденциите във функционирането и развитието им, на проблемите, които изправят предизвикателства пред икономическата, политическа и социална устойчивост на системата, а както става ясно, и пред устойчивостта на обществото като цяло.

Авторите разглеждат три основни характеристики на здравноосигурителните системи. Първо, те изглеждат частни, а са най-вече обществени и по отношение на финансирането, и на осигуряването на услугите. Второ, те са саморегулиращи се, тъй като се управляват от участниците в тях. Трето, въз основа на първите две характеристики, те могат да се определят като стабилни в организационно и

финансово отношение, което се потвърждава от относителната им устойчивост през 20 век (Saltman et al. 2004:3).

Най-важната особеност на здравноосигурителните системи, която авторите извеждат, е, че конкретното битие на тези системи е не просто един от видовете осигуряване, а въплъщение на определен "начин на живот". Това, което ги отличава от другите видове осигуряване, е обстоятелството, че те преразпределят и материални и нематериални ресурси между групите и индивидите в обществото с крайната цел да допринесат полза за обществото като цяло (Saltman et al. 2004:4).

Авторите виждат тази система като "ключова част от по-широката структура на социалната сигурност и финансова подкрепа, която представлява сърцевината на гражданското общество" (Saltman et al. 2004:4). Тя се основава на "социалния консенсус" (Le Pen 2001) и тъй като е по същността си частна, ролята на държавата в нея може да бъде само на администратор и управител (Saltman and Ferroussier-Davis 2000). Ето защо Солтман, Бусе и Фигерас разглеждат здравноосигурителната система като " жива цялост" (Saltman et al. 2004:4). Важна роля за функционирането й като жив организъм, неразривно свързан с цялостната структура на обществото, и за нейната относителна устойчивост, особено в страни като Германия, играят традициите, неписаните правила, взаимното довереие и усилията на всички участници в системата (Normand and Busse 2002).

Така здравноосигурителните системи се явяват социологически и психологически структури (De Roo 2003), въплъщаващи един основен принцип за европейските общества - принципа за солидарност.

Следователно, тези системи не могат да се разглеждат като чисто икономически. Солтман, Бусе и Фигерас отиват дори по-далеч като подчертават, че съществуващото понятие за тяхната "зависимост от социално-политическия път на развитие" (Wilsford 1994; Peters 1999; Saltman and Bergman 2004 forthcoming) е недостатъчно, за да ги опише. Те разглеждат здравноосигурителната система не като мрежа от институции, а като "административното въплъщение на комплекс от ценности, вкоренени дълбоко в обществото" (Saltman et al. 2004:5). Тези ценности са заложени в националната култура и основани на традиционните принципи за колективна отговорност и социална солидарност. Хофщеде отбелязва, че ако в системата се въведат

нови институции, “постоянното влияние на доминиращата ценностна система “ще изглади тяхната структура и функции, докато те не се адаптират към обществото (Hofstede 1980: 26).

Ето защо Солтман, Бусе и Фигерас стигат до извода, че стабилни са националната култура и свързаните с нея социални ценности, а устойчивостта на здравноосигурителната система е следствие на тази обща стабилност на обществената организация (Saltman et al. 2004:5). Така тримата автори стигат до обяснението за това, защо политическите идеи навлизат внимателно в сферата на здравното осигуряване, установените институции рядко претърпяват радикални промени, а цялостният модел на здравно осигуряване е модел на стабилност и устойчивост. (Saltman et al. 2004:5).

Преминавайки към структурно описание на здравноосигурителната система, Солтман, Бусе и Фигерас посочват седем главни компонента на системата, които те извличат на основата на изследването си на страните със здравноосигурителна система. Първият компонент са прозрачните осигуровки, които не се основават на риска, произтичащ от здравословното състояние на членовете. Така финансирането е прозрачно и “изолирано от политическите битки, свързани със захранване от държавния бюджет” (Saltman et al. 2004:6). Второ, здравните фондове събират или получават парите от осигуровките и договарят и заплащат за здравните услуги на доставчиците на тези услуги. Те са нон-профит организации, които се контролират от национално законодателство или държавен регулаторен процес.

Третият компонент въплъщава принципа на солидарност в покритието, финансирането и предоставянето на пакет от услуги. Финансовите средства се преразпределят чрез различни механизми за обединяването им или субсидиране на определени дейности, а на ползвателите се предоставя един и същ пакет от услуги, от който могат да се възползват при нужда. Четвъртият компонент е плурализмът, многообразието на участниците и организационните структури, основани на различни принципи – професионални, географски, политически, религиозни. Многообразие е характерно и за доставчиците на услуги, както по отношение на собственост, така и на организация и предлагани услуги.

Петият компонент е корпоративният модел на договаряне между основни групи на социалните партньори, което улеснява процеса на преговори и цели защита не

само на националните, но и на груповите интереси, представлявани от фондовете и професионалните асоциации.

Шесто, здравноосигурителните системи предоставят възможност за споделено участие в управлението и вземане на решения от множеството участници в процеса. Най-ярката му проява е саморегулацията, осъществявана чрез преките преговори между фондовете и доставчиците на услуги относно заплащането, качеството на услугите, обема на работата и обслужваните пациенти.

Накрая, членовете на здравноосигурителната схема имат право на индивидуален избор на доставчика на услуги, а във все повече страни и на фонд, в който да се осигуряват.

Тези седем особености на здравното осигуряване се определят от повечето изследователи като същностни структурни договорености на осигурителната система (Glaser 1991; Hoffmeyer and McCarthy 1994; Normand and Busse 2002).

Солтман, Бусе и Фигерас поставят и някои съществени въпроси и очертават предизвикателства по отношение на взаимодействието между политическите системи и здравното осигуряване (Saltman et al. 2004:8). Те отбелязват, че системите на здравното осигуряване в Германия, Холандия, Белгия, Швейцария се развиват и просперират главно под грижите на ляво ориентирани правителства, докато в страни като Гърция, Италия, Португалия и Испания те се свързват с десни режими и са заменени с национални здравни системи след като ляво ориентирани партии идват на власт.

Следващият проблем е относно стабилността на тези системи. Поставя се въпросът за степента на тази стабилност и за сравняването на здравноосигурителната система с националните здравни системи по отношение на тази стабилност, както и по отношение на прилагане на принципа за социална солидарност.

Друг проблем се състои в това, че здравноосигурителните системи се свързват с относително по-голям дял от брутния обществен продукт, който се използва за здравеопазване, докато същевременно обществата, където те функционират, са с по-ниски доходи (Saltman et al. 2004:8). В последното десетилетие тези страни биват критикувани, че лошо координират предоставянето на здравни услуги от различните доставчици и дублират диагностични тестове (Schwartz and Busse 1996). Германската

система се сочи за неефективна и спънка в икономическото развитие на страната (Henke 2002; Simonian 2002).

Настоящата икономическа, политическа и социална обстановка в Европа се характеризира с динамизъм и промени и пред здравноосигурителните системи се изправя предизвикателството на промяната и въпроса докога тези системи ще останат относително стабилни.

В същата книга Солтман, Бусе и Фигерас разглеждат икономическата устойчивост на здравноосигурителните системи. Икономически предизвикателства се появяват пред системите на национално, европейско и глобално ниво.

На национално ниво предизвикателствата пред здравноосигурителните системи са да се предоставят достатъчно финансови ресурси, да се осигури оперативна ефикасност. Страните с такава здравна система са изправени пред дилемата да определят какви и доколко пазарните сили да бъдат задействани в една саморегулираща се система, основана на принципа на солидарността. Оттук произтича и проблемът за това доколко и как ще се развива конкуренцията между нон-профит организациите и търговските дружества, които оперират в здравното осигуряване (Saltman et al. 2004:10).

Според авторите на наднационално ниво се проявяват тенденции за конфликти поради изискването на ЕС да развива единния пазар и оттам да определя еднозначно всяка икономическа дейност или като публична, или като частна. Те отбелязват, че ЕС трябва да реши как да категоризира здравноосигурителните системи, които се управляват чрез частни компании, но по определение провеждат обществена дейност. Друг проблем е дали търговските дружества в здравната система трябва да се регулират на национално или регионално ниво (Saltman et al. 2004:11).

Друго наднационално предизвикателство е резултат от дейността на Европейския съд, която размива националните граници, като дава възможност на пациенти да се лекуват в други европейски държави, като здравноосигурителната система на пациента е задължена да заплати за интервенцията. Така се очертава една бъдеща конкуренция между европейските здравни системи, които ще се стремят да привличат както националните пациенти, така и тези от други страни. Тази конкуренция може да доведе до силен натиск да се хармонизират пакетите от здравни услуги, за да не се допусне изтичане на пациенти към други страни (Saltman et al. 2004:11).

Авторите посочват, че на глобално ниво европейските страни се сблъскват с ожесточена икономическа конкуренция. Затова социалните разходи, включително вноските за здравеопазване от работещите и работодателите, оскъпяват труда и оттам правят европейската продукция по-неконкурентноспособна.

Политическата стабилност на системите за здравно осигуряване се корени в тяхната органична връзка с гражданското общество. Традиционно ролята на държавата е тази на регулатор, контрольор на дейността на системата. В последните 10-15 години, обаче, се проявява склонността на държавата да се намесва по все по-голямо разнообразие от добре познати и нововъзникващи въпроси. В много страни започва преразглеждане на процесите на саморегулация при преговорите между фондовете и доставчиците на услуги (Saltman et al. 2004:12).

Политическото предизвикателство към традиционното действие на здравноосигурителния модел е свързано с европейския принцип за субсидиарност. Проблемите с единния европейски пазар водят до Декларацията от Лаекен от декември 2001, в която се обявява намерение да започне развитие на експлицитна европейска здравна политика.

По отношение на социалната стабилност на здравноосигурителната система предизвикателството е да се намери равновесие между решаването на икономическите проблеми на системата и запазването на солидарния й характер и традиционните социални ценности, залегнали в нея (Saltman et al. 2004:13).

Цялостно погледнато, предизвикателството е да се “трансформира един социално успешен, но основан на традициите модел към новата, неустойчива и несигурна икономическа ера” (Saltman et al. 2004:14).

Въз основа на разгледаните особености и предизвикателства пред здравноосигурителния модел, авторите извеждат концептуална рамка, която да се използва за описване и оценяване дейността и резултатите от здравноосигурителната система (Saltman et al. 2004:15).

Тази концептуална рамка се състои от няколко нива. Най-ниското ниво – обществото с националната култура и ценности - служи като най-важната основа, от която по-високите нива получават своя характер и легитимност и от която по-високите нива зависят. Принципът за солидарност заема централно място сред принципите на

обществото, върху които се гради здравноосигурителната система. Националната държава е второто ниво, което е основна конструкция, върху която лежи здравноосигурителната система. Регулаторната и управленска роля на националното правителство се изразява в поставяне на правила и контролиране на решенията на институциите на здравното осигуряване.Третото ниво съдържа фактическата организационна и административна уредба на здравното осигуряване.Най-високото ниво, което тримата автори идентифицират, зависи от другите три нива и е финансирането.

Развитието на здравните системи по отношение на закупуването на услуги с цел подобрение на резултатите от дейността им е темата на монографията на *Фигерас, Робинсън и Якубовски/ J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski/* **Purchasing to Improve Health Systems Performance** (2005). Те очертават основната посока на развитие на механизмите за разделяне на закупуването на здравни услуги от предоставянето им. Посочва се, че отговорността за тези две отделни дейности се поверява на отделни организационни структури. Основанията за това организационно разделение са обобщени в няколко групи.

Ако е организационно обособено, закупуването на здравни услуги може да се обвърже с преследването на определени приоритети и с наличните ресурси и така да включи в себе си планирането на здравните и медицински дейности. Така по-лесно се вземат пред вид нуждите и очакванията на населението. Фондовете като купувачи на услугите ще разполагат с необходимите икономически лостове за постигане на ефективно и качествено обслужване. Организационното отделяне на закупуването на здравни услуги спомага за намаляване на административните ограничения и командния стил при управлението на системата. Осъществяването на функцията на закупуване на услуги от отделна институция дава възможност за развитие на пазарна конкуренция между доставчиците.

Определени форми на обособяване на функцията на закупуване на услуги са въведени в националните здравни системи на Швеция, Испания, Великобритания, Италия. Функцията за закупуване чрез преговори е априори залегнала в здравноосигурителния модел на здравеопазване. Авторите посочват, че в тези страни закупуването на услуги е било пасивен процес, изразяващ се главно в рамбурсиране на

направените разходи, без да се води диалог относно цените, ефективността (Figueras et al. 2005: 3). Сочи се, че напоследък се въвеждат определени форми на закупуване, които да отчитат резултатите. Важен фактор в тази насока е въвеждането на пазарна конкуренция между фондовете. Авторите, обаче, изследват различни механизми, използвани за закупуване на здравни услуги, и изказват мнение, че все още предстои да се идентифицира коя схема закупува услуги с по-голяма ефективност и в съответствие с нуждите на населението.

Авторите разглеждат няколко функции на здравната система. Закупуването на услугите свързват със събирането на приходи и обединяването на финансовите ресурси. Като други три основни функции на здравната система се определят създаването, осигуряването и опазването на ресурсите. Като основно взаимодействие между тези функции се изтъква, че закупуването е механизъм, чрез който държателите на финансови ресурси ги преразпределят към доставчиците на услуги (Perrot, 2002).

Авторите разглеждат понятието "закупуване на услуги" като по-широко и съдържащо не само процеса на рамбурсиране на извършени услуги, но и процеса на избор кои услуги, как и от кого да се закупят. Така се постига финансово ефективно разпределение на ресурсите. За да опишат цялостно различните компоненти на стратегическото закупуване на услуги и тяхната организационна идентификация, авторите разглеждат следните взаимоотношения: отношенията между ползвателите на услуги и фондовете като трета страна, отношенията между купувачи и доставчици на услуги, отношенията между правителството и купувачите на услуги (Figueras et al. 2005:6).

Във взаимоотношенията между потребител и третата страна /фонда/ главните въпроси са степента, до която агентът отразява нуждите и предпочитанията на ползвателите. Във второто взаимоотношение централно място заемат разнообразните механизми, които купувачът използва спрямо доставчика на услуги за осигуряване на качествени услуги, както и организационното своеобразие на двете страни (Figueras et al. 2005: 290 -300). В третото взаимоотношение купувачът действа като представител на държавата, а държавата действа като принципал и контролира действията на купувача и системата като цяло.

Разглеждайки тази концептуална рамка, авторите търсят начините, по които ще се подобрят резултатите на системата, като се отчитат политическите, административни и законови фактори.

Разглеждайки закупуването с цел постигане на най-добри резултати за здравето на населението, в **Purchasing for Health** (1995 г.) *Дж. Овретвейт (Øvretveit, J.)* разграничава функциите закупуване на здравни услуги от "поръчването"/ commissioning / и "договарянето" им. Поръчването е функция на правителството или на публичния сектор, което се основава на национална здравна стратегия за подобряване на здравето и изпълнението й чрез услуги, превенция и допълнителното влияние на други сектори. Закупуването е просто покупко-продажба на услуги от здравни заведения. Договарянето се ограничава до създаване на договорно споразумение за доставяне на услуги срещу заплащане, като в него са уточнени заплащането, проследяването, преразглеждането на отношенията.

В сборника **Health Care Coverage Determinations: An International Comparative Study** (2005 г.) под редакцията *на Тимъти Джост (Timothy Jost)* се разглежда комплексната връзка между непрекъснато повишаващата се себестойност на здравните услуги и развитието на високотехнологична апаратура за целите на здравеопазването. Това зависи в голяма степен от начина, по който дадена страна финансира своето здравеопазване. В Германия това проличава в предложенията за реконструкция на взаимоотношенията между фондовете и доставчиците на здравни услуги.

Авторите разглеждат как новите технологии повишават цената на здравните услуги поради различни причини. Изказва се предположението, че при здравноосигурителната система отделните индивиди биха пожелали да получат услуги, които не биха ползвали, ако заплащат направо от джоба си. Пред доставчиците на услуги също стои изкушението да се предписват изследвания и интервенции, които може да не са наложителни. Така системата се свързва с морален риск от ненужно претоварване с излишна дейност. За да избегнат този риск, осигурителите все по-често прилагат оценка на здравните технологии.

Този подход се въвежда успоредно с опити за определяне на здравни приоритети. Идентифицира се и основен пакет услуги, като периферните услуги са на

разположение при заплащане от частно застраховане или директно от ползвателя на услугата.

Сборникът обръща полагащото се внимание и на друго важно направление - практикуването на медицина, основана на доказателства. Това е опит да се практикува медицина, основана на здрави научни основи и следователно, с доказана ефективност. Оценъчният подход се прилага все повече и към интервенциите с използване на високи технологии. В много страни вече съществуват специални институти, натоварени със задачата да осъществяват такива оценки.

Здравноосигурителните институции често са подложени на натиск да заплащат високотехнологични и скъпи процедури. Главният проблем е да се идентифицират подходящи процеси на вземане на решения, така че да се осигури обществения интерес и решенията да са научно обосновани, ефективно да използват ресурсите и да са правилно разпределени за ползване от членовете на осигурителните схеми. Това включва трудни решения за начина на разпределение на ограничени ресурси и съответно на лечение, което не е достъпно за всички нуждаещи се.

Тези решения трябва да се вземат от упълномощените институции. Обсъжда се предложението на Norman Daniels и James Sabin за четири главни критерия за преценка при предоставяне на осигурително покритие. Те са четири групи: осигуряващи прозрачност, осигуряващи разумно използване на ресурсите на основата на доказателства, осигуряващи възможност за преразглеждане на решенията, осигуряващи подходяща законова регулация, която да подържа първите три критерия. В сборника се разглеждат възможностите за прилагане на този модел в публичните и в частните осигурителни дружества.

В статията **„Здравните реформи и стратегиите за намаляване на разходите в Европа: примера на Германия, Великобритания, Швейцария, Италия и Франция” (Healthcare reforms and cost reduction strategies in Europe: the cases of Germany, UK, Switzerland, Italy and France (2010)** на *Симонет* се анализират здравните реформи, провеждани в европейските страни. Използвайки специфичен подход към всяка държава, се анализират здравните реформи, като например: по-голямата конкуренция между здравните каси в Германия; лекарските практики в Обединеното кралство,които разполагат с финансовите средства ; моделите за

управление на здравните грижи в Швейцария, здравните мрежи във Франция, както и децентрализацията на системата на здравеопазването в Италия. Установява се, че съществуват различни подходи за контролиране на разходите за здравеопазване. Някои от страните се основават на конкуренцията в публичния сектор чрез създаване на квази-пазари (Великобритания), конкуренцията в осигурителния сектор, особено в Швейцария и Германия, организационните реформи във Франция чрез създаване на здравни мрежи и децентрализацията в Италия.

Здравната реформа, започнала в началото на 1980-те години, се характеризира с общ политически дневен ред, чиято главна черта е приложението на неолиберална, пазарно-ориентирана философия, която вдъхновява развитието на здравната политика и организацията на здравеопазването.

В **“The New Health Policy” („Новата здравна политика”)** (2009) *Robin Gauld* разглежда конкурентни организационни модели на здравеопазване, мениджърски и финансови споразумения, повлияни от частния сектор. Тези идеи са свързани със засилващото се политическо влияние на социалдемократическите партии.

Неолиберализмът води до промяна в управленските механизми и в ролите на основните участници в здравния сектор. Монографията се фокусира върху “новата” здравна политика, като привежда доказателства от здравните системи на Великобритания, Нова Зеландия и САЩ. Тази нова здравна политика се осъществява в условия на повишаващо се търсене на услуги и растящи разходи, нови заболявания и рискове, демографски промени.

Неолибералният подход в здравеопазването съвпада с избиране на десни правителства във Великобритания. В здравеопазването се търси отделяне на купувача от доставчика на здравни услуги и прилагане на пазарните механизми. Правят се стъпки към създаване на солидни системи за здравен мениджмънт и се обръща внимание на подобряване на услугите чрез употребата на стимули и предоставяне на по-големи отговорности на повече участници. Разнообразни финансови инициативи, включително реформа на бюджетната система, използването на стимули за по-добри резултати (диагностично свързаните групи), въвеждането на доплащане на услугите от пациентите се използват за повишаване на ефективността на системата.

След като на власт идва лейбъристкото правителство на Тони Блеър (1997–2007) се възприема друга концепция за развитие на здравеопазването. Работи се за повишаване ролята на държавата при прилагане на хуманни принципи за осигуряване на достъп до здравни услуги, като държавата се намесва главно чрез създаването на подходяща регулация за работата на системата. Същевременно, се търси демократизация на системата.

В организационно отношение неолиберализмът силно критикува бюрократичната организация на здравната система. Постреформаторската епоха се отдалечава от пазарната ориентация, създава "мрежите" и "партньорствата", които се различават, както от механизмите на бюрокрацията, така и от тези на пазара. Мрежите се появяват между групи от доставчици на услуги, които работят независимо, но са свързани в общата мрежа с цел повече информация, по-бърз достъп или общо финансиране. При партньорството съществува взаимодействие, сътрудничество и доверие на основата на общи интереси поради обща дейност (Gauld 2009:8). Понастоящем могат да се срещнат всички типове организации - бюрократични, мрежи и партньорства, които са публични или частни.

Други важни тенденции са застаряването на населението, повишаването на търсенето на здравни услуги и ограниченото финансиране.

Постреформаторските виждания сочат интеграцията като важен лост за организационно подобряване на системата, като интеграцията се търси, и в структурата, и в създаване на интеграционни програми. Високото качество на обслужването се определя като важна цел на промените.

Проблемът за качеството изпъква във връзка с третирането на медицинските грешки, недостатъчното внимание към лечебния процес и липсата на комуникация и координация между здравните заведения. Съществуващите различия в лекуването на пациенти с едно и също болестно състояние означава, че им се поставя различна диагноза, предлагат им се различни грижи и им се предписват различни лекарства, като всяко от тези различия може да се дължи на лекарска грешка. В резултат се засилва мнението за стандартизация на медицинската практика, за да се намалят вариациите в лечението. Всичко това води до активно и практическо участие на мениджърите, професионалистите и пациентите в създаването на програми за

подобряване на качеството. Все повече се обръща внимание на задоволството на пациентите от обслужването, което е резултат от подобрено административно и здравно обслужване, подобрени лечебни заведения, подобрено информационно обслужване.

Тези промени водят след себе си задействането на повече механизми за включване на пациентите в планирането на грижите, разширяването на услугите и повишаване на разходите. Във фокуса на подобряване на качеството е прилагането на такива финансови модели, които да го подпомагат, като например заплащането за постигнати резултати. Тези резултати могат да се търсят многостранно – от броя на доволните пациенти през извършените манипулации до използването на информационни технологии в лечебния процес. Предизвикателството, което авторът отбелязва в тази насока е, че не всички аспекти на медицинското обслужване се поддават на измерване (Gauld 2009:16).

Същевременно, друга тенденция е широкото разпространение на разнообразни незаразни заболявания, дължащи се на променящия се начин на живот, модели на потребление, условия на околната среда като замърсяване и ниво на стрес. Това изисква по-голямо внимание към поведението на населението и създаване на услуги за подпомагане на хората в новите условия на живот (Gauld 2009:17).

Основен проблем, посочен от автора, са нарастващите доказателства за неравенство при достъпа до и резултатите от здравните грижи. Това неравество, подчертава авторът, е икономическо, социално и културно неприемливо. Възможности да му се противодейства съществуват чрез създаване на повече стратегии за разширяване на достъпа и подобряване на качеството за голямата част от населението.

Неолибералната "реформаторска" ера се характеризира най-вече с въвеждане на пазарните механизми и очаквания те да подобрят предлаганите услуги.

"Постреформаторската" ера обръща внимание на други механизми. Разработват се програми за по-добра координация на услугите, подобряване на качеството, промоция на здравето. Здравните специалисти заемат централно място в управлението и вземането на здравни решения. Демократизира се процесът на здравеопазване, като в него се включват активно всички участници, включително пациентите и обществеността.

Според *Paul Braasch* немското здравеопазване се намира в криза (**Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur- Leistungen- Weiterentwicklung**). Въпреки постоянната политическа намеса в здравеопазването напоследък не може да се постигне желаното продължително осигуряване на пациентите с достатъчно здравни услуги. Демографското развитие и техническият напредък поставят здравния пазар и отговорните за взимането на решения в Германия, в повечето развити, а и в някои развиващи се страни, пред големи предизвкателства.

През последните години немското здравеопазване е изправено пред повишени изисквания. Както по отношение на приходите, така и по отношение на разходите може да се постигне ефективно развитие само чрез продължителни съществени реформи. Демографските промени, напредъкът в медицинската техника и нарастването на търсенето на медицински услуги от потребителите, което е следствие от повишения жизнен стандарт, водят до все по-голям преразход.

В световен мащаб се налагат различни форми на здравна помощ, които варират от предимно държавно до напълно частно осигуряване и са в различна степен качествени и скъпи. Осигурителните пазари са също така различно организирани. Според автора оценката на ефективността на немското здравеопазване е трудна, може би и невъзможна, точно заради неговата комплексност и многоизмерност. По отношение на пациентите цел на всички конкуриращи се здравни системи е едно ефективно предлагане с по-голяма здравна сигурност и минимални цени.

Във всички страни членки на ЕС средната продължителност на живота се е покачила на 70 години, за разлика от началото на седемдесетте години, когато е била 50. Това се дължи на по-добро здравно осигуряване, промяната в начина на живот, подобрената хигиена и хранене. Детската смъртност също непрекъснато намалява. В Германия броят на болничните легла на 1000 жители е 8,5, като този брой е по-голям само в Япония, а в световен мащаб е средно 5. Следователно в Германия е много вероятно наличието на свръхкапацитет. И въпреки че в Германия голяма част от населението е здравноосигурено, частните разходи за стационарна помощ са доста високи. След последните реформи размерът на здравните осигуровки се определя не от здравните каси, а централно от здравното министерство, като в случая финансовата автономия на касите е заместена от централизирана държавна инстанция. Здравните каси

могат да изискват надбавки, които не трябва да надвишават 1% от осигуровките на здравноосигурените. Надпреварата между държавния и частния осигурителен пазар е невъзможна, защото в повечето случаи е невъзможен свободният избор между тях. Намаляване на административните разходи може да се постигне чрез централизирано внасяне на здравноосигурителните вноски. Авторът обобщава, че голяма част от промените се оценяват скептично и проблемите на здравеопазването в Германия се засягат бегло.

На индивидуално ниво търсенето на здравни услуги произтича главно от пациента. Той решава дали да потърси лекарска помощ или не, с изключение на спешните случаи. Тъй като пациентите плащат само част от здравните услуги, (другата се поема от здравната каса), те са един вид стимулирани да консумират много здравни услуги, като по този начин водят нездравословен начин на живот и често боледуват или пък са прекалено внимателни и ходя за най-дребните неща на лекар.

На колективно ниво задължителното здравно осигуряване осигурява срещу здравни рискове, които са силно зависими от пола и възрастта. Нуждата от лечение за новородените е голяма, за младежите рязко спада и се покачва при мъжете с напредване на възрастта. Във финансирането си социалното немско здравеопазване не сформира рискови групи, осигуровките се определят от доходите (колкото са по-високи,толкова по-големи са и осигуровките). Съществуват колективни договорни отношения между здравните каси, съюзите на лекарите и болниците.

Прегледът на литературата, посветена на европейската здравна политика и европейските здравноосигурителни системи, завършваме с особено важния **Доклад 2000 на Световната Здравна Организация**. В него дебело се подчертава, че проблемите на здравеопазните системи представляват неразривна част от социалната сфера на съвременните общества. Те задоволяват може би най-основната човешка потребност – потребността от физическо и психично здраве, която е най-важната предпоставка за всяка човешка дейност.

Обобщаващият постигнатото през 20 век и основополагащ за развитието през 21 век документ, **Доклад 2000 на Световната Здравна Организация**, разглежда здравето като “неотменима ценност” (WHO 2000:4).

Той дефинира здравната система като включваща “всички дейности, чиято основна цел е да подобрява, възстановява и подържа здравето” (WHO 2000:4). Според тази дефиниция в системата попадат, както официалните здравни заведения и здравния персонал, така и всички лекуващи, които използват традиционна или нетрадиционна медицина /билколечение, акупунктура ит.н./. Дадената дефиниция не предполага някакво ниво на интеграция на всички практикуващи или лечебни заведения и така всяка страна може да се разглежда като имаща своя здравна система, доколкото в нея някой практикува медицина (WHO 2000:5).

На свой ред здравеопазната система се разглежда като по-тясно понятие от здравната система. Тя се дефинира в Доклада като включваща “ превантивните, лечебни и палиативни интервенции, насочени към индивида или населението” (WHO 2000:5). Там се отбелязва още, че здравеопазната система характеризира голямата част от заетостта, разходите и дейностите на здравната система (WHO 2000:5). Ето защо за целите на нашето изследване ще използваме понятията “здравна система” и “здравеопазна система” като синоними.

Отделният човек влиза в съприкосновение със системата или като пациент, или като вносител на финансиране в нея (WHO 2000:7).

Глава втора на Доклада предлага рамка за оценяване на дейността на здравната система и разглежда факторите, които допринасят за нейното функциониране като добър стопанин на предоставените й ресурси и очакваната от нея грижа за пациентите. Една от особеностите на системата е, че тя, като правило, засяга основната способност на хората да съществуват в целостта си на човешки същества. Ето защо важна страна на системата е способността й да отговаря на очакванията на тези, които потребяват нейните услуги. Освен това тази система най-често е изключително скъпа, като съсредоточава в себе си значителни финансови, материални и човешки ресурси.

От съвременните здравеопазни системи се очаква да въплащават, да се изграждат и функционират на основата на редица общочовешки принципи. Функционирането им е свързано с предоставяне на равен достъп, равноправно отношение към пациентите, стабилно развитие и добро качество на услугите. Като допълнение те трябва да бъдат разумно подържани по отношение на финансирането им.

Централно място в описанието на здравната система заема извеждането на нейните функции и цели. Доклад 2000 изброява четири функции на здравната система: “предоставяне на индивидуални или колективни здравни услуги, създаване, обединяване и разпределяне на приходи с цел закупуване на тези услуги, инвестиране в хора, сгради и оборудване, и оперирane на системата като най-общ пазител, управител на ресурсите, властта и очакванията към нея.” (WHO 2000:24).

Като цели на здравната система Докладът определя отзивчивостта към немедицинските очаквания на хората и справедливия финансов принос (WHO 2000:25).

Доклад 2000 посочва, че резултатите на здравната система се определят от следните пет аспекта: нивото на здраве, разпределението на здравето сред населението, цялостното ниво на отзивчивост към очакванията, разпределението на системата и разпределението на финансовите средства (WHO 2000:27).

На свой ред отзивчивостта на системата спрямо очакванията на хората може да се измери, като се изследват седем елемента: уважение към личността /уважение към човешкото достойнство, поверителност, автономност/ и ориентация към клиента /внимание към пациентите, качество на услугите, достъп до социални мрежи, избор на доставчик на услуги/ (WHO 2000:27).

При разглеждането на справедливия принос към финансирането на системата Докладът отбелязва, че справедливият финансов принос много често се свързва със обединяване на финансови потоци или субсидиране на услуги. Същевременно той е тясно свързан със справедливото разпределение на здравните услуги (WHO 2000:38), тъй като приносът би трябвало да съответства на получената услуга.

Доколко системата работи добре зависи от това как изразходва предоставените й средства.Не случайно основната функция на здравната система е определена като “stewardship /служене/”, което е “внимателно и отговорно управление на нещо, което е предоставено за грижи” (WHO 2000:45). Тази функция до голяма степен се осъществява чрез регулиране на дейностите в системата от страна на различни органи като правителството, осигурителните фондове и т.н. Всяка функция на здравната система може да се осъществява от една или няколко организации.

Здравната система включва хората в дейностите си в различно качество – като пациенти/ползватели на услуги/, здравни специалисти /доставчици на услуги/, донори на финансови средства (WHO 2000:50). За да създава добри здравни услуги съответната здравна организация може да бъде изложена на влиянието на различни вътрешни стимули като предоставяне на права за вземане на решения, развитие на отчетността, действие на пазарните сили, предоставяне на финансова отговорност, мандат, ограничен от наличието на финансови средства (WHO 2000:66). Ако тези стимули не се използват правилно, възниква напрежение. Ако мениджърите нямат достатъчно права за вземане на решения, ако механизмите за отчетност не работят добре, ако не се допуска действието на пазарните сили, които да осъществяват регулация на използването на средствата, ако мандатът на организацията не е обвързан финансово с предоставените средства, дейността на организацията и/или на системата се затруднява в един или друг аспект (WHO 2000:68).

За да осъществят целите си за постигане на добро здраве, отговорност и справедлив финансов принос, здравните системи трябва да формулират определени приоритети. Определянето на приоритети е комплексна задача, тъй като те зависят от редица, понякога противоречащи си, критерии и осъществяването им е свързано с множество управленски механизми, финансови и нефинансови стимули, организационни структури (WHO 2000:69).

Всяка здравна система има свои особености по отношение на ресурсите, с които разполага : здравен персонал, брой на болнични легла, заведения за амбулаторна помощ, лекарства, апаратура, финансови средства, отделени за здравеопазване (WHO 2000:87). Проблеми като лошо състояние на здравните заведения, нисък морал и неспазване на етични норми от здравния персонал, отсъствието на апаратура водят до дисбаланс на системата. Той възниква и поради бързия технически прогрес и честата финансова невъзможност да се осигурят най-съвременните средства за лечение.

Доброто управление предполага надзор над елементите на системата и влияние върху техните решения чрез подходяща регулация. Покупателите и доставчиците на здравни услуги се нуждаят от подходящи стимули, за да търсят най-ефективните начини, за да отговорят на здравните нужди на населението. Един от механизмите за демократизиране на вземането на решения в здравната система и за

привличане на различните участници за активна работа за функционирането на системата е децентрализацията (WHO 2000:91).

Посрещането на разходите на системата се осъществява чрез събирането на средства от различни източници. Вътре в системата, обаче, те биват преразпределени така, че да се намери най-подходящия начин да се задоволят потребностите на различните групи от населението. В различните здравни системи се използват разнообразни подходи за разпределение на риска и субсидиране на бедните слоеве на населението (WHO 2000:101).

Различните начини за заплащане на доставчиците на услуги предопределят до голяма степен тяхното поведение. Качественото здравно обслужване изисква прилагане на най-подходящите начини за заплащане, но и на правилните стимули, създавани вътре и извън организацията (WHO 2000:111).

В Доклада се отбелязва, че всички особености на финансирането и преразпределянето на средствата в системата засягат пряко, както нейната справедливост, така и нейната ефективност (WHO 2000:113). Резултатите от дейността на системата няма да отговарят на нейния потенциал, ако обединените финансови ресурси не се оползотворят за постигане най-доброто съчетание от дейности, които да подобрят здравето и удовлетворят очакванията на населението.

2.3. Здравно осигуряване: задължително и доброволно (частно)

Представените в този раздел автори отразяват в публикациите си развитието и проблемите на задължителното и доброволното (частното) здравно осигуряване в Германия и в България. Почти никъде не се прави сравнителен анализ на здравното осигуряване в двете страни, което е една от задачите на нашето дисертационно проучване. В третия раздел на обзора сме представили и български изследователи, които се изявяват предимно в областта на доброволното (частно) здравно осигуряване.

В **„Структурно неравенство в здравната система на Германия" (Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen in Deutschland)** от *Астрид Цванциг* (*Astrid Zwanzig*) се стига до извода, че здравната система в Германия, с променилите се към 2008 г. здравно осигурителни нужди на пациентите и след демократичните промени в

организацията и нарастващите медицински възможности, е изправена пред растящата необходимост да разпредели правилно(справедливо) здравните ресурси. Здравната система се развива все повече чрез взаимодействие между икономичното използване на ресурсите и социалната справедливост.

На фона на това, че в Германия продължителността на живота и заболеваемостта са в зависимост от социално-икономическите фактори, възниква въпросът дали средствата и услугите на здравната система се разпределят на принципа на социалната справедливост. Трябва да се вземат предвид потребностите от лечение и необходимостта от спешна намеса за лечение на заболяванията.

Понастоящем в Германия може да се наблюдава тенденцията извънмедицински селективни критерии да оказват значително влияние върху здравното осигуряване на болните. В различна степен критерии като статута на осигурените, социалното положение, както и видът на заболяването, водят до една неравнопоставеност в грижата за болния и влияят дори върху решенията на лекарите относно лечението.

Разлики се наблюдават не само във времето за чакане да бъдат обслужени и да им бъдат предписани лекарства, но и до някаква степен, в терапията. Така например, съществуват по-скъпи и по-добри начини на лечение, които социалното здравно осигуряване не покрива като, например, протонната терапия при рак на простатата.

В резултат от здравните реформи от 1990 г. пакетът с предлагани услуги на задължителното здравно осигуряване е ограничен. Очакванията са чрез доплащанията и лишаването от някои услуги да се осъществят някакви спестявания. Това води до ограничаване на качеството на обслужване, което засяга осигуряващите се в задължителното здравно осигуряване (ЗЗО). В допълнение, определени здравни услуги започват да се заплащат от собствения джоб или за тях е необходимо да се сключи договор за допълнително осигуряване. Финансовото участие на осигуряващите се би трябвало да доведе до свиване на разходите в задължителното здравно осигуряване. Ограничаването на пакета услуги в ЗЗО и по-широкото стимулиране за самофинансирано допълнително осигуряване създава предпоставки новостите в медицината да са на разположение предимно на средните и заможните икономически

групи, които могат да си позволят допълнителното осигуряване или се осигуряват частно.

Един по-нататъшен аспект на неравнопоставеното третиране между ЗЗО и частното осигуряване е, че частно осигуряващите се пациенти имат неограничен избор на лекар и могат да се лекуват и от лекари, които не работят в съответната болница. Когато осигуряващите се чрез ЗЗО искат да предприемат смяна на лекар, тъй като са недоволни от своя лекуващ лекар, те трябва да плащат всеки път допълнително по 10 евро.

Проникването в здравното осигуряване на неолиберални идеи, изискващи повече „лична отговорност”, и конкуренцията за привличане във фондовете на по-рентабилни осигуряващи се (с възможно най-голям доход, здрави и с най-ограничена предразположеност към заболявания) води до трудности при покриването на скъпото осигуряване на хронично болните.

В **„Здравна икономика: Представяне на икономическото мислене за студенти по медицина” / Gesundheitsökonomik: Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken für Mediziner /** *Щефен Флеса* отбелязва през 2007 г., че лекари, медицински сестри и други здравни работници имат необходимост от изрично обучение в сферата на икономиката. Той отбелязвя , че основополагащ принцип на всяко осигуряване е разпределянето на някакъв голям риск сред повече хора. Осигуряването не намалява средно статистическите разходи, а е инструмент за превъзмогване на несигурността. Едно несигурно покриване на щетите се заменя със сигурно такова.

Принципът на едно здравно осигуряване е следствие от това, че рискът от едно катастрофално финансово бреме за един болен може да се подели между осигурените. От здравното осигуряване се очаква да покрие очакваните разходи чрез използване на осигурителните премии. Авторът посочва, че това е принцип на еквивалентност. Тук има две основни възможности: при първата сумата от премиите може да покрие всички разходи на едно осигурено лице от първия до последния ден на осигуряването. Тъй като повечето хора в по-млада възраст са по-здрави, в тази възраст те пестят пари, които използват по-късно, когато са по-възрастни и по-болни. Общо взето, това е изгодно за всички осигурени.

В противоположност на подобно "капиталовложение" е вторият принцип на осигуряване, изискващ покриването на разходите не за общото осигурително време на един индивид, а за една година на всички осигурени. Премиите на всички осигурени трябва да финансират всички разходи в рамките на една година. Тогава се говори за колективен еквивалент.

Частното здравно осигуряване харчи капиталовложения за покриване на разходите, докато в основата на ЗЗО е простото покриване на разходите. Допълнителни разлики между тези два типа осигуряване са начинът на определяне и размерът на премиите. При ЗЗО, като част от социалното осигуряване, осигуровката зависи от доходите. Колкото по-висок е доходът на осигурения, толкова по-висока е месечната здравна осигуровка. От друга страна, осигуровката не зависи от индивидуалния риск. Старите хора плащат същата осигуровка като младите, дебелите - като слабите, болните - като здравите, жените - като мъжете. Това е едно следствие от солидарността като основен принцип на ЗЗО.

В частното здравно осигуряване, обратно, премията зависи от рисковия фактор, но не и от доходите на осигуряващия се. Жените плащат повече от мъжете, защото бременността и раждането са по-скъпи за здравната каса. Хора, които встъпват в осигуряването в по-напреднала възраст, плащат повече от хора, които се осигуряват от по-рано. Наличието на рискове (напр. предишни заболявания) води до определяне на по-високи премии. Солидарността не се насърчава, а се търси справедливо заплащане и предоставяне на услугите.

През 2007 г. приблизително цялото население на Германия се радва на здравноосигурителна защита. Преобладаващата част (88%) се осигурява чрез ЗЗО, останалата е частно осигурена.

В **Nachfrage nach Krankenversicherung: eine Untersuchung des Wahlverhaltens der freiwillig Versicherten in Deutschland /„Търсенето на здравни осигуровки: проучване на поведението на доброволно осигурените лица в Германия”/** *Ян Филип Роведер (Jan Philipp Rohweder)* твърди, че нуждата от здравно осигуряване изисква известна свобода на потребителите относно избора между различните алтернативи на действие. Той разглежда и анализира различните типове здравноосигурени, техните вноски и права, включително правото на избор на здравен

фонд. Чрез четири социално-политически начина на разпределение се реализира солидарният принцип при изчисляване на вноските към касата за задължително здравно осигуряване и безплатното съосигуряване на семейни членове: 1) Преразпределение от богати към бедни, при което членове с високи приходи плащат по-високи вноски за приблизително същите здравни услуги като членове с по-ниски работни заплати. 2)Преразпределение от бездетни към многодетни семейства, при което родителите на деца, имащи право на здравни услуги, плащат за осигуряването на цялото семейство точно толкова високи вноски, колкото семейства без деца и неженените/неомъжените. 3)Преразпределение според възрастта, при което, независимо от възрастта, се събират еднакви вноски, въпреки че разходите за по-възрастните осигуряващи се са по-високи. 4)Преразпределение от здрави към болни, при което оформянето на вноските не зависи от индивидуалната предразположеност към заболявания.

В **„Структурните принципи на задължителното здравно осигуряване в светлината на последните изменения в правната област”** (2009 г.) на *R. Wittag* се отбелязва, че заболяването често е свързано със значителни финансови разходи (разходи за лечение, болнични разходи) и загуби (пропуснати ползи). Рискът от заболяване изисква осигурително покритие, чрез което финансовата тежест на риска се разпределя върху много хора, както е типично и за други рискове (трудови злополуки, безработица, инвалидност, напреднала възраст). Чрез фондове, работещи според публично-правния Закон за задължително здравно осигуряване, от една страна, и частните здравноосигурителни каси, от друга страна, законовата разпоредба създава условия за осигуряване срещу риска от болест. Значението на здравното осигуряване е видно от факта, че осигурените в Германия са около 71 милиона души, което е над 85 процента от населението, докато при частните здравни застрахователи са напълно осигурени около осем милиона души, около 10 процента от населението. Броят на осигурените в GKV(задължителното здравно осигуряване) и в PKV (частното здравно осигуряване) е такъв спрямо 1 януари 2009 г. и със сигурност се увеличава като резултат от плановете на федералното правителство за покритие от 100 процента. Правото на обществено здравно осигуряване е част от социалната държава и поради това е специално административно право. По-конкретно, то се разглежда като част от социално-осигурителното законодателство, което от своя страна представлява част от

осигурителното право. Системата за социално здравно осигуряване в Германия е създадена въз основа на "Закона за здравето на работниците" от 21 юни 1883г. Задължителното здравно осигуряване е по този начин най-старият клон на социалното осигуряване в Германия.

Във **„Финансова свобода на действие при задължителното здравно осигуряване"** (2007 г.) *Бертолд Дензъл* повдига въпроса дали може да се постигне равновесие между конкуренцията и принципите на общественото здравно осигуряване. Авторът прави разграничение между пряка и косвена свобода на действие. В това изследване се разглежда начинът, по който здравните фондове действат, за да влияят на членовете си чрез стимули за постигане на най-здравословен начин на живот, или за възможно най-отговорно и икономично използване на енергия. Разликата между преки и непреки методи за въздействие е условна, тъй като те често се припокриват. Например, доброволните услуги за превенция се разглеждат като непреки, тъй като не е задължително здравноосигурителните дружества да ги предлагат. При фондовете, които предлагат компенсации при провеждане на превенция, тези мерки са преки.

Според изследването **„Самоуправлението като организационен принцип на задължителното здравно осигуряване"** на *Йенс-Ото Холгер* от 2007 г. социалната държава в Германия има много силни страни една, от които е самоуправлението при социалното осигуряване. При създаването на фондовете за социално осигуряване през осемдесетте години на 19-ти век общественото самоуправление се възприема като организационен принцип. Тогава, както и сега, идеята е чрез децентрализирано самоуправление да се поставят отговорността и контрола в ръцете на тези, които следва да бъдат защитени от обширна социална здравна система. Това са на първо място, работниците, които са защитени срещу превратностите на живота и на второ, работодателите, които получават социален мир на основата на предсказуемост. Социалното осигуряване във Федерална република Германия се осъществява чрез независими органи със специален характер и собствена правосубектност. Основните им характеристики са независимост от държавните органи и участие на заинтересованите и данъкоплатците при вземането на решения. Организационният принцип на обществено самоуправление се базира на активното

участие на работниците и на колективното договаряне, на принципа на социално партньорство. Демократичната идея за "представителство с цел регулиране" е в основата на интегрирането на служители и представители на работодателите в административната дейност на институциите за социална сигурност. Поради житейски опит и/или връзки с различни групи от населението, тези представители биват включени във вземането на решения за социално и здравно осигуряване.

В **„Бъдещи проблеми във финансирането на общественото здравно осигуряване и техните решения, с особен акцент върху моделите на Rürup и Lauterbach”** (2008 г.) на *Ян Лазер* се отбелязва, че разходите за задължително здравно осигуряване през 2002 г. възлизат на около 57 процента от общите разходи за здравеопазване и следователно, са съществени за здравеопазването. Почти 90 процента от населението е защитено срещу финансовите рискове в случай на заболяване чрез здравните осигуровки. Приходите на здравното осигуряване, обаче, не могат да се развиват със същата динамика, както разходите, което води до финансов дефицит. Обосновава се тезата, че съществуващата система на здравеопазване в бъдеще не може да бъде финансирана по същия начин. Предложени са някои идеи с цел решаване на проблемите на задължителното здравно осигуряване.

В статията **„Неравнопоставеността при здравните доплащания, свързана с доходите, образованието и пола при пациенти на 65+ години - систематичен преглед”** на *S Corrieri, D Heider, H Matschinger, T Lehnert, E Raum, HH König* се посочва, че във всички страни от ОИСР се наблюдава тенденция за увеличаване на доплащанията от пациентите, за да се балансират нарастващите общи разходи за здравеопазване. Фокусът е върху неравенството по отношение на размера на доплащанията, свързано с доходите, образованието или пола в старческа възраст. На базата на онлайн търсене са прегледани 29 проучвания, осигуряващи информация за бенефициенти на 65+ години по отношение на доходи, образование и пол. Хората с ниски доходи плащат най-високите здравни доплащания като процент от техните доходи. Лекарствата по рецепта представляват най-голям дял. По-ниската образователна степен е свързана с по-високи доплащания за лекарства с рецепта и по-висока вероятност за недостатъчна осигурителна защита.Като цяло жените са изправени пред по-високи доплащания поради техните по-ниски доходи и по-ниска ставка за участие в

трудовия процес, както и по-малка степен на спонсориране на здравните грижи за тях от страна на работодателите. Въпреки че при повечето проучвания се установява, че образователното неравенство и неравенството между половете са свързани с доходите, то може да има и последици, предизвикани единствено с образованието, например, нездравословен начин на живот, който води до по-високи плащания за по-ниско образованите хора, или последици, свързани с пола, като полово специфични заболявания.

В друга статия **The effect of private health insurance on medical care utilization and self-assessed health in Germany (2010 г.)** от *Hullegie и Klein* се отбелязва, че в Германия служителите обикновено са задължени да участват в системата на здравното осигуряване, където покритието е универсално, здравните вноски и размерът на доплащането са умерени, а вноските се основават на доходите. Въпреки това, те могат да купят частна осигуровка, ако доходът им надхвърля прага на задължителното осигуряване. При частното осигуряване премиите са в зависимост от възрастта и здравето, физическите лица могат да изберат за какви услуги да се осигурят, размерът на самоучастието е по-висок и доплащанията са често срещани. Изследва се ефектът на частното покритие върху броя на посещенията при лекаря, броя на дните, прекарани в болница и самооценката за здравното състояние на осигурените. Авторите установяват отрицателни последици от частното осигуряване върху броя на посещенията при лекар, не установяват промяна в броя на дните на хоспитализация, но наблюдават положителен ефект върху здравето.

През 2010 г. в списание „Здравна политика” са публикувани резултатите от изследване на ефекта на интегрираните болнични грижи върху удовлетвореността на пациентите и свързаното със здравето качество на живот. Проучването е направено сред пациенти със сърдечни заболявания в Германия от *S. Nickel S, B.Thiedemann, O.von dem Knesebeck.* От 2004 г. голямата немска здравноосигурителна компания Techniker Krankenkasse предвижда договори за интегрирани болнични здравни грижи за своите членове. Участват около 750 пациенти от осем болници. Най- ниска удовлетвореност е установена при предоставянето на компетентност на пациентите, за да се справят с проблемите в къщи след изписването ("обучение на пациентите"). Ползите от интегрираните болнични грижи са намаляване на средната продължителност на

болничния престой и на времето на изчакване за започване на рехабилитация. От друга страна, няма статистически значими разлики по отношение на съобщаваните данни от пациентите относно подобряване на здравето и свързаното с него качество на живот. Като цяло според изследването програмата за интегрирани болнични грижи не оказва влияние върху подобряване здравето на пациентите и качеството им на живот, но тя има положително влияние върху удовлетвореността на пациентите и върху ефективността на болничната помощ.

В едно пилотно проучване с цел измерване на удовлетвореността на пациентите, участващи в един проект, *Braun S, Kreimeier S и Greiner W.* анализират качеството на интегрираните здравни грижи като нова форма на организация в здравеопазването. Като цяло участниците в проучването са много доволни от условията на лечение под формата на интегрирани здравни грижи. 75% от анкетираните са "много доволни" или "по-скоро доволни" от набора от услуги, предлагани по проекта. Около 80% от анкетираните са готови отново да участват в проекта и го препоръчват. Изследването показва също, че съществува потенциал за подобряване на информирането на пациентите за новата форма на здравни грижи.

Kliche T, Schreiner-Kürten K, Wanek V, Koch U. са публикували в статията си **Health Promotion Effectiveness: Testing the German Statutory Health Insurance Agencies Evaluation System in Health Promotion, and Preliminary Findings from 212 Health Training Courses** резултатите от изследване на ефективността на програма за промоция на здравето. Целта на проучването е била да се разработи система за измерване и оценка на курсове за здравно обучение, организирани и предлагани от германските дружества, работещи в задължителното здравно осигуряване. Участниците от 212 курса за младежи и за възрастни са били насочени към насърчаване на физическата активност, справяне със стреса или подобряване на качеството на храненето. 80% от участниците са били жени. Дейностите са довели до подобряване здравето на всички подгрупи участници, независимо от тяхната възраст, пол и образование. Следователно програмите за промоция на здравето на здравноосигурителните дружества могат да се предлагат навсякъде, лесно достъпни са и водят до ефективна промоция на здравето в Германия. Препоръчва се тези методи да бъдат използвани и от други здравни доставчици.

Електронният вариант на списание Европейски журнал по здравна икономика представя през 2010 г. статията **Preferences for health insurance and health status: does it matter whether you are Dutch or German?** от *JM Vroomen и P Zweifel.* Тя представя изследване на предпочитанията относно здравното осигуряване на лица с и без хронични заболявания в двете страни, Германия и Холандия, проведено през 2005 и 2006 г. Резултатите показват ясно изразена съпротива срещу ограниченията при избор на лекар при отделните пациенти с хронични заболявания и в двете страни.Според авторите участниците в диагностично свързаните групи трябва да бъдат компенсирани за това, че приемат ограниченията, които им се налагат при участие в тях, включително ограниченията при избор на лекар.

Статията на *Флориан Бухнер и Юрген Васем* **"Необходимост от по-нататъшно подобряване: изравняване на риска в германската здравноосигурителна система"** разглежда важна особеност на обществената система на осигуряване, а именно, изравняването на риска. Здравните вноски в Германия са обвързани с доходите и това налага общата сума от здравните вноски да се преразпределя чрез определени механизми. Като важни детерминанти на механизма за еквализация се използват възрастта, пола, здравословното състояние до момента. Въз основа на детерминантите са идентифицирани 670 нива на риска. Те се използват, за да се определят финансовите средства, които всеки фонд получава съобразно рисковата си структура. Въпреки механизмите за изравняване на риска, не може да се осигури напълно справедливо разпределение на средствата. Това на свой ред води до желание на по-гъвкавите клиенти да търсят фонд с по-ниски вноски. Така продължават да съществуват стимули за присъединяване към фонд с "по-добра" структура на клиентите и води до селекция на риска.

В списание "Sozial- und Präventivmedizin " *Й. Висонг и Т. Абел* са посветили обстойна статия на схемите за изравняване на риска. Статията е опит за дискусия и предварителна оценка на еквализационните схеми, предлагани за използване в Германия. На базата на данни от подобни схеми в Холандия и САЩ авторите стигат до извода, че формули за изчисление на риска, включващи само социо-демографски характеристики, могат да предвидят до една четвърт от отклонението. Те предлагат усъвършенствана формула, която да се повлиява от досегашни диагнози,

хоспитализации, общ здравен статус. Авторите предлагат при изчисление на риска да се включат и икономически данни за съответния район като себестойността на здравните услуги, например.

В сборника **Fairneß, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung (Справедливост, ефективност и качество на здравното осигуряване)** на издателство Springer се разглежда балансирането на рисковата структура на здравните фондове от задължителното здравно осигуряване, което се схваща като основа за една повишаваща ефективността конкуренция между касите. Изравняването на рисковата структура е предпоставка за едно функциониращо, социално договорено съревнование в рамките на задължителното здравно осигуряване, схващано като следваща солидарния принцип общност на осигурените. Балансирането на рисковата структура изпълнява успешно две задължителни функции на една реформирана структура на задължителното здравно осигуряване: първо, създаването на еднакви шансове за старт на конкуренцията между касите; второ, избягването на умишлен рисков подбор на членовете от касите.

Новата система би насърчила осигуряващите се към "сърфиране" из касите на принципа: осигурените избират една "по-евтина" каса със съответно "по-малко" предлагани услуги, стига да са здрави (млади) и при нарастваща опасност от заболявания (в напреднала възраст) сменят касата си с една "по-скъпа" с широк обсег на предлаганите услуги.

Конкуренцията в рамките на здравноосигурителна система, основана на солидарността, има за цел да предотврати монополна злоупотреба с властта, да се съобрази по-добре с исканията на гражданите и да вземе мерки за тяхното изпълнение.

През 2010 г. в изследване, отразено в статията **„Дългосрочни здравноосигурителни плащания за лечение на депресия в Германия”,** *K Stamm, I Reinhard, HJ Salize* установяват, че заболяването депресия и неговото диагностициране е свързано с огромни икономически последици. Началото на това заболяване и диагностицирането му водят до рязко нарастване на здравните разходи (според данни на осигурителите). Стига се до извода, че има спешна нужда от развитие на първичната превенция и стратегии за ранна интервенция.

Мисията на доброволния (частния) здравноосигурителен фонд е обект на по-малък брой, но съществени публикации (*Ц.Воденичаров, В.Борисов, В.Петков и др*).

Най-общо мисията на ДЗОФ се формулира като даване принос за укрепване и повишаване здравето на българската нация чрез удовлетворяване на здравни потребности, необхванати или недостатъчно обхванати чрез задължителното здравно осигуряване, което в България е организирано в една структура. Главният подход, използван за реализиране на тази мисия, е да се предостави на осигурените свободен избор на здравно осигурителен фонд и да се поеме адекватен ангажимент от страна на ЗОФ за качеството на здравното обслужване на неговите клиенти.

Ц. Воденичаров и В.Борисов виждат мисията на доброволните здравно осигурителни фондове в това да се постигне **широк медико-социален, хуманно-етичен и икономически ефект** не само за осигурените във фонда лица, но и за семействата им и професионалния им кръг като тяхна социална микросреда. Мисията на ДЗОФ се реализира чрез три основни принципа: самоотговорност за здравето, самоорганизираност за здравето и избор на здравни услуги с високо качество (Воденичаров, Борисов 1999).

Частното здравно осигуряване в Германия, както се вижда от сборника **Marktentwicklung und Marktstruktur der privaten Krankenversicherung in Deutschland und Europa**, има по-богати традиции от българското. В държави с един относително висок стандарт на живот, при който задоволяването на основните материални потребности за живот като прехрана, облекло и жилище за по-голямата част от населението са даденост, на здравето се отдава първостепенно значение. Това се вижда и от повишаването на здравните разходи: С увеличаването на доходите на населението се наблюдава и покачване на здравните разходи. Тази "еластичност" на разходите се усилва и от бързия напредък на медицинската технология, който се наблюдава през последните десетилетия.

В сборника се цитират демоскопски изследвания, показващи, че и във Федерална република Германия ориентацията към подържане на здравето се засилва все повече и повече. Това се изразява в едно пораснало самосъзнание за здравните рискове, както и затова как да живеем по-здравословно във време на голям стрес и напрежение. Ето защо не е изненадващо, че ангажирането на хората със здравните проблеми непрекъснато се увеличава с възрастта.

В Германия, както и в повечето други европейски страни, високата значимост на здравето е една от най-важните причини здравеопазването да се подчинява не само на пазарно-икономически принципи, но и в голяма степен да се регулира от държавата. Редом с пазарно-икономическите и държавните елементи в немското здравеопазване има и "корпоративни" елементи, които са от особено важно значение.

Държавното регулиране и здравният пазар се насочват така, че в случай на нужда всеки гражданин да притежава необходимото здравно осигуряване, което да осигурява възможно най-доброто качество на здравните услуги, които да останат достъпни. Здравноосигурителната система е централният регулиращ механизъм за постигане на тези цели. В тази система се определя кой и в какъв размер финансира здравните услуги и как предлагащите медицински услуги могат да окажат влияние върху обхвата и качеството на услугите.

Този начин на осигуряване предлага защита на осигурените за амбулаторно, стационарно и стоматологично лечение. Социалното здравно осигуряване предвижда реимбурсиране на разходите за голям списък услуги. За услугите, които са извън този списък, гражданите могат да сключат допълнителен договор в частна осигурителна компания. Понастоящем в Германия съществуват няколко направления на този тип здравно осигуряване:

Допълнително здравно осигуряване за болнично обслужване. С него осигуряващите се в задължителното здравно осигуряване могат да покрият сметките, които не се поемат от здравните им каси като, например, за преглед от частен лекар и за допълнителните разходи при престой в болница в стая с едно или две легла.

Осигуряване съобразно броя на дните на хоспитализацията. Това осигуряване важи неопределено във времето и е независимо от други услуги като за всеки ден от болничния престой се изплаща една предварително договорена сума.

Здравно осигуряване за пътуване в чужбина. Това направление на осигуряването поема разходите в случай на болест по време на пребивавания в чужбина и с това осигурява здравно покритие в страните, в които задължително осигурените нямат или имат само ограничени права за здравно обслужване.

Осигуряване за дългосрочни социални и здравни грижи. Във връзка със застаряването на населението от 1995 г. гражданите са задължени да се осигуряват

срещу риска да изпаднат в нужда от дългосрочни социални и здравни грижи. Затова е възприет принципът: "Осигуряването за дългосрочни грижи върви заедно със здравното осигуряване." Според това гражданите с частна здравна застраховка трябва да се осигуряват частно и за риска да се нуждаят от дългосрочни грижи. Тъй като задължителното осигуряване също не покрива всички разходи за дългосрочните грижи, частните здравни осигурители предлагат едно допълнително осигуряване и за гражданите със задължителна здравна осигуровка.

С различните видове осигуряване, които след обединението на Германия са на разположение и на гражданите в новите федерални области, частното здравно осигуряване покрива финансовите рискове от болест, отговаряйки на настоящите нужди на осигурените. С това частното здравно осигуряване е една неоспорима част от грижата за автономния и достоен живот на гражданина, една съществена част на разгърнатата здравноосигурителна система и на индивидуалното здравно осигуряване в Германия.

В книгата си **„Частно здравно осигуряване: Консултации и продажби”** (2000 г.) *Клаус Рендген* твърди, че услугите трябва да бъдат адекватни, подходящи и икономични, те не трябва да надвишават това, което е необходимо. Услуги, които са ненужни или неефективни, не би трябвало да се предоставят чрез здравното осигуряване. При сключване на договора за здравно осигуряване с частна компания се прави опит да се вземат пред вид всички известни обстоятелства, които имат отношение към поемане на здравния риск, да се уведоми осигурителя относно предишни заболявания и изследвания, разкриващи рискови фактори.

На търсенето на адекватен модел на ДЗО в България са посветени публикации, изследвания, концепции и мнения на представители на академичните среди, изпълнителната власт и експерти. Въз основа на извършения анализ на международни и национални източници, разглеждащи българската здравна реформа от научен, правен, административен и статистически аспект, като системен здравно-политически модел се налага разработения в „**Социално-либерален модел за развитие на здравеопазването в Р.България до 2009 г.**”. Негови автори са *проф. Ц.Воденичаров, проф.С.Гладилов, проф.К.Чамов и д-р Д.Кръшков*. Публикацията е направена в сп. Социална медицина през 2005 г.

Тази концепция за социално-либерален модел за развитието на здравеопазването в България съдържа стратегически идеи за мисията и управлението на българската национална здравна система и неините сектори. Проф. Ц. Воденичаров и съавтори извеждат ключовите думи на следващите етапи на здравната реформа – „демонополизация" и „право на избор". Моделът работи и като стратегия за развитие на българското здравно осигуряване, като го базира на принципите на солидарността, отговорността и свободния избор. Моделът съдържа цяла система от дейности, насочени към преодоляване на проблемите за развитието и на задължителното, и на доброволното здравно осигуряване.

Проф.Ц. Воденичаров и съавтори извеждат следните **основни стратегически приоритети** на реформиращото се здравеопазване:

1. Гарантиране на социално справедлив достъп до различните нива на медицинска помощ при определени стандарти при спазване на принципа „Равен достъп при равни здравни потребности". Този достъп на населението до здравни услуги се постига посредством усъвършенстване на организацията на труда чрез връзка, координация и приемственост между общопрактикуващите лекари и тези в извънболничната специализирана и в болничната помощ.

2. Превръщане на профилактиката и здравната промоция във водещ приоритет на националната здравна система.

3. Извеждане на здравните проблеми на подрастващите (до 18-годишна възраст) като друг национален здравен приоритет, като се поеме обществено-държавен ангажимент за гарантиране на тяхното профилактично, диагностично, лечебно и рехабилитационно обслужване. Като средства за реализиране на тази цел се посочват интегрирани дейности, провеждани от специално създадени за новородените и децата в предучилищна и училищна възраст здравни заведения.

4. Гарантиране на здравна сигурност и солидарност чрез постигане на баланс на обществените и индивидуалните права, отговорности и интереси и финансова стабилност на здравеопазната система.

При **реализиране на тези стратегически приоритети** водеща роля ще има професионалният мениджмънт на интегрираната здравна система, съставена от национални и регионални звена.

Основните **цели**, към които да се стреми българското здравеопазване в процеса на реформата, са очертани по следния начин:

1. Осигуряване на здравно обслужване с достатъчно високи стандарти и доказана ефективност.

2. Утвърждаване на европейските здравно-политически принципи, адекватни на глобалната стратегия на СЗО „Здраве за всички в 21-ви век" като основа за провеждане на реформата. Така ще се определят базовите здравни услуги и стоки за населението чрез прилагане на критериите за медицинска ефективност, икономическа и социална приемливост.

3. Демонстриране на политическа воля за доближаване на България до страните от Европейската общност и чрез въвеждане на минимален праг на финансовите ресурси, осигурени за здравеопазването, който за 2006 г. е 5.0% от БВП, а към 2009 г. е 5.9% от БВП. Средствата за увеличението се осигуряват от държавния и общинските бюджети и НЗОК. През периода 2005 – 2009 г. средствата от доброволните здравно-осигурителни фондове да достигнат 1.1% от БВП, а за отделните домакинства да се задържат и да не превишават нивото на 2003 г. -1.2% от БВП.

4. Усъвършенстване на системата за отчисляване на задължителните вноски за здравно осигуряване, като тези, отделяни от работодателя, да се внасят в НОИ, а тези от здравноосигурените да се внасят в избран според желанието на всеки един от тях лицензиран здравноосигурителен фонд.

5. Премахване на монопола в задължителното здравно осигуряване чрез въвеждане на: а) свободен избор на здравноосигурителен фонд, б) свободен избор на здравни услуги и стоки, в) стимулиране на развитието на доброволното здравно осигуряване чрез преференции за работодателя и работещите.

6. Въвеждане на „тристълбов модел" на здравно осигуряване, който утвърждава фондовете като основни източници на здравни услуги за гражданите на страната. Тяхното функциониране осигурява:

Първо, задължително здравно осигуряване, основано на пълната солидарност и реализирано чрез лицензирани здравноосигурителни фондове. Размерът на здравноосигурителната вноска зависи от дохода на осигуреното лице. Всеки

гражданин ползва при необходимост здравни стоки и услуги от основния здравноосигурителен пакет, възприет от съответния здравноосигурителен фонд.

Второ, задължително допълнително здравно осигуряване, основано на частична солидарност. Всеки здравноосигурен внася във фонда според доходите си и определена според индивидуалните възможности допълнителна премия, като ползва избрани от лицето здравни услуги и стоки над основния пакет, но в рамките на определен лимит.

Трето, доброволно здравно осигуряване, основано на ограничената солидарност. В този случай всеки здравноосигурен сам избира необходимите му пакети здравни услуги и стоки.

Четвърто, на всеки здравноосигурен гражданин се гарантират здравните услуги и стоки, включени в основния здравноосигурителен пакет.

7. Поемане на здравните разходи при превишаване на потреблението по основния здравноосигурителен пакет и при наличие на социални показания. Разходите се поемат от специализиран финансиран от държавата фонд, който заплаща медицинската помощ на социално слабите и на неосигурените по обективни причини до момента на внасяне на законно дължимите вноски.

8. Разработване на Национална стратегия за развитие на капацитета на българското здравеопазване, както и на такива стратегии на областно ниво, като се вземат предвид реалните здравни потребности на населението.

9. Издигане като основна задача на новата лекарствена политика на реалното увеличаване броя на лекарствопотребителите при нов механизъм за контрол върху лекарствопотреблението (чрез използване на сравнителен анализ на търсенето и предлагането, ценообразуване, нова организация на търговете и промяна в нормативната база). Разходите за скъпо лечение до определен лимит би следвало да се поемат от държавата по специални програми.

10. Снижаване на относителния дял на разходите за лекарства от 30% до 15-20% от общите здравни разходи, покривани от бюджета и осигурителните фондове.

11. Поемане на отговорност от държавата и общините за стоматологичната профилактика и лечение при децата, учениците и социално слабите слоеве от населението над предвидените за целта средства от здравноосигурителните фондове.

12. Преоценка на създадената порочната практика на изключване на финансирането на общинските болници от общинските бюджети. Този подход е крайно неефективен, тъй като лишава местните органи на самоуправление от задължението и възможността , както да осигуряват, така и да проследяват предоставянето на необходимата медицинска помощ на населението в общината.

13.Целенасочено внедряване на електронно здравно досие, лична електронна здравна карта на пациента и автоматизирани информационни системи в лечебни заведения и здравноосигурителни фондове като етап от внедряването на Национална система за електронно здравеопазване.

14. Провеждане на ефективен публичен контрол върху всички аспекти на процеса на здравно осигуряване на населението чрез разширяване участието на пациентските организации в управителните органи на здравноосигурителните фондове.

15. Създаване на ефективно публично-частно партньорство в здравеопазването на базата на нови нормативни и организационни технологии за преодоляване на относително изолираното функциониране на частния сектор като партньор, споделящ отговорността за общественото здраве.

16. Гарантиране на безпрепятствен достъп на всеки пациент до личния му лекар, като се осъществи следното:

- въведе се оптимален брой на записани пациенти при един личен лекар,

- регламентира се ефективна система за публично-държавен контрол върху цялостната дейност на личния лекар,

- внедри се система за повишаване на квалификацията и подобряване на организацията на труда на личния лекар,

- въведе се нова система за финансиране на личия лекар на база брой обслужвано население и обем извършена работа,

- премахнат се потребителските такси,

- развият се груповите практики от общопрактикуващи лекари така, че да осигуряват 24-часова неотложна медицинска помощ, както и повишаване на квалификацията и спазване на правата на лекарите по Кодекса на труда,

- подобри се координацията на личния лекар със системата за спешна медицинска помощ, специализираната извънболнична и болнична помощ.

17. Подобряване на достъпа на пациентите, особено на селското население и рисковите професионални групи, до високоспециализирана болнична медицинска помощ чрез актуализация на Националната здравна карта.

18. Премахване на статута на търговски дружества на университетските болници, специализираните национални центрове и диспансерите.

19. Качествено подобряване на приемствеността между доболничната и болничната помощ, като се спазва принципът за свободния избор на болнично заведение. Належаща е необходимостта от единна информационна система в здравеопазването, чрез която да се осигуряват данни за интегрираното медицинско обслужване.

20. Регламентиране на водещата роля на лекаря-специалист в диагностично-лечебния процес чрез въвеждане на по-подходящи механизми на заплащане на труда, като реално се остойностяват различните видове медицинска дейност.

21. Приоритетно развитие на промоцията на здравето като основа за здравно обусловено качество на живот.В националните програми да се наблегне на програмирани превантивни дейности по управление на социално-значимите заболявания (рискови фактори и групи) и условията на труд. Общината следва да се превърне в основна естествена територия за реализиране на комплексни оздравителни дейности на нейните жители.

22. Влагане на ново съдържание в профилактичната дейност в училищата в духа на стратегията на СЗО за промоция на здравето, като се изгради пряка организационна и информационна връзка между училищната здравна служба и личния лекар.

23. Усъвършенстване на достъпа на населението до специализирана и високоспециализирана медицинска помощ. Трансплантацията на органи следва да се съсредоточи в университетските центрове в София, Пловдив и Варна и да се наблегне чрез национална програма върху формирането на екипи от високо квалифицирани специалисти и осигуряването на необходимата материална база.

24. Осъществяване на обективно необходимата актуализация на правната уредба във връзка с приватизацията в областта на здравеопазването при спазване на следните основни принципи:

- запазване на държавни и общински лечебни заведения за доболнична и болнична медицинска помощ, гарантиращи високо качествена и високо специализирана здравна помощ, в съчетание с равен достъп до здравни услуги и стоки за всички слоеве от населението,

- осъществяване на етапност при приватизацията в здравеопазването.

25. Привличане на наши и чужди капитали за изграждане на съвременна мрежа за санаторно лечение и рехабилитация на базата на лечебните минерални води и др. климатични фактори.

26. Създаване на по-ефективна система за специализация и непрекъсната квалификация на всички категории медицински персонал чрез достъп до нови учебни форми: изнесено обучение, дистанционно обучение, регионални семинари и др.

27.Усъвършенстване на учебните програми в медицинската образователна система за осигуряване на здравното обслужване с адекватно подготвени кадри чрез въвеждане на европейските стандарти за минимално изисквано ниво на компетентност.

28. Въвеждане на професионалния мениджмънт и маркетинг в управлението на здравеопазването. Разработване от медицинските университети и внедряване на програми за системно и продължаващо академично обучение по здравен мениджмънт въз основа на държавен стандарт по нива и длъжности. Създаване на нова генерация здравни мениджъри, съчетаващи в себе си логиката на медика с логиката на икономиста.

Авторите предлагат социално-либерален модел за по-нататъшното развитие на българското здравеопазване, вкл. участието на държавата и ДЗОФ в неговата реформа. Моделът е съобразен със социално-икономическите условия в страната и с хроничното недофинансиране на здравеопазването. Подчертава се необходимостта постепенно да се достигне до европейското ниво на финансиране, да се ограничи монопола на НЗОК. Предвижда се финансирането на здравеопазването да се извършва от НЗОК и доброволните здравноосигурителни фондове, както и от държавата.

В статията си **„Конкуренцията между здравните фондове: позицията на частното здравно осигуряване PKV”**, публикувана през 2009 г., *V. Leienbach* изтъква, че конкуренцията между частните здравни осигурители (PKV) и задължителните здравноосигурителни каси (GKV) в Германия е далеч от безупречна, но предимствата, произтичащи от съществуването на PKV и GKV за осигурените, надвишават недостатъците. Германия е единствената страна в света, където двете системи се състезават за най-добрите услуги за здравно осигуряване и предоставят действителни алтернативи. Те представляват два различни начина на финансиране, обединени в една обща система на здравеопазване.Двойната структура стабилизира и подобрява медицинската инфраструктура за всички осигурени лица. Правилата на конкуренцията, обаче, може да се спазват само, ако се отчитат особеностите на системата и ако се подържа съществуването и на двете алтернативи.

В цитираната по-горе книга **Marktentwicklung und Marktstruktur der privaten Krankenversicherung in Deutschland und Europa**, разглеждаща частното осигуряване в Германия и Европа, се прави сравнение между частното здравно осигуряване (ЧЗО) и задължителното здравно осигуряване (ЗЗО) на този етап на развитието им:

Докато ЗЗО предлага на един определен от закона широк кръг от хора многобройни социални привилегии (освобождаване от или намаления при заплащане на услугите на лекари и зъболекари и на лекарства), ЧЗО като доброволно осигуряване се сблъсква със затруднения от пазарно естество (финасови дългове и пазарни цени).

Докато в ЗЗО по закон е даден доста изчерпателен единен каталог с услуги, обхватът на услуги в ЧЗО се диференцира според индивидуалните желания на клиентите.

Докато при ЗЗО цените на услугите се изравняват вследствие на схемите за изравняване на риска, при ЧЗО цените могат свободно да се определят въз основа на пазарни механизми и предвиденото в закона.

Докато за ЗЗО е типична работата чрез предлагане на здравни услуги и стоки, ЧЗО работи на принципа на рамбурсиране на разходите.

Докато при ЗЗО в определени области на здравното обслужване има задължителни доплащания, в ЧЗО се практикува свободен избор на услуги със съответното парично участие.

Ст. Гладилов и Н.Велева основателно посочват, че поради дефицит на информация пациентът не е напълно свободен да избира вида на медицинската помощ и трябва да разчита на лекаря, който се явява в ролята на негов агент. Като такъв лекарят следва да защитава интересите на пациента, но не винаги личните интереси на лекаря съвпадат с тези на пациента. Затова именно здравноосигурителният фонд е призван да подкрепя, информира и ориентира пациента, за да може той да вземе правилните решения относно здравето си, а също и относно диагностичните и лечебни процедури, от които се нуждае (Гладилов, Н.Велева 2005).

Последната реферирана от нас публикация е монографията **„Европейският пациент на бъдещето" (The European patient of the future)** от *Ангела Култер и Хелън Мейдж (Angela Coulter, Helen Mage)*. Онова, което ни дава основание да я разгледаме тук, е ракурсът на потребителя на здравни услуги, неговата роля днес и утре, как той приема семейния лекар, какво е влиянието на здравноосигурителната система върху него и т.н.

Монографията насочва вниманието ни към обстоятелството, че пациентите вече не разглеждат себе си като пасивни ползватели на здравни услуги, а очакват да бъдат въвлечени във вземането на всякакъв тип решения в сферата на здравеопазването. С развитието на медицината се променя не само медицинската технология, но и обектът й – пациентите, които желаят да са все по-информирани и да имат възможност да изказват мнение относно алтернативите на своето лечение. Потребителят очаква да се прецизират здравните услуги във всяко отношение- и като обем, и като качество, и като инвазивност на интервенцията.

През погледа на пациента се очертават някои основни дилеми в здравната политика: дали пациентът ще се съгласи да замени възможността за дългосрочни грижи от един семеен лекар с тази за бърз достъп до различни здравни специалисти, желаят ли хората да поемат повече отговорност за собственото си здраве, как всепроникващата информация се отразява на правото на пациента за поверителност на информацията и

дискретност. Посочват се различни фактори, които влияят на очакванията и предпочитанията на пациентите.

Отговорите на тези въпроси авторите намират, като изследват влиянието на типа здравна система и нейното финансиране върху възгледите на пациентите. Решенията на пациентите зависят в голяма степен от необходимостта да заплащат или не определени услуги директно от джоба си, както и от свободата да избират с кой специалист да се консултират или от задължението това да е личният лекар, който да служи като вход в системата. Различните страни възприемат технологичните нововъведения и новоразработените лекарства с различна бързина, което се отразява на степента на задоволство на пациентите от здравеопазването. Степента, до която пациентът или обществото като цяло се включват в решенията в сферата на зравеопазването, варират в различните страни и това води до формирането на различно отношение към него.

Различните пациентски нагласи имат различна сила при формиране на общественото мнение за реформите в здравеопазването. Изследването посочва, че във Великобритания очевидно принципът за равнопоставеност на пациентите играе водеща роля пред загрижеността за осигуряване на по-качествени услуги. Посочва се, че предоставените на джипитата възможности за насочване на финансирането към по-качествени услуги по тяхно усмотрение повдигат сред обществеността въпроса за равните шансове за лечение.

Авторите посочват, че в бъдеще съществуват възможности за различни начини за адаптиране на системите към недостига на ресурси като например, увеличеното участие на пациента в поемане разноските по лечението,ограничаването на достъпа до определени услуги, въвеждането на пазарни механизми, поставянето на таван на разходите, контрола върху цената на лекарствата и материалите, регулирането на използването на определени скъпи технологии, промяна в заплащането на здравния персонал.

Авторите са на мнение, че поради ограничаване на здравните услугите в основния пакет бъдещият пациент ще има повече права, а и задължения да избира интервенцията, здравното заведение, лекаря и да участва в политическия и обществен дебат за здравеопазването.

Анализът на нагласите на пациента показва, че понастоящем пациентите в страни с различни здравни системи са против повишаването на техния принос към разходите за здравеопазване, независимо дали като част от общите данъци при националните здравни системи, или като повишаване на вноските в страни със здравно осигуряване. В това отношение авторите посочват два пътя: увеличение на директните плащания от страна на пациента, което ще означава ограничение на принципа за солидарност, или въвеждане на пазарни механизми, което ще ограничи принципа за равнопоставеност.

В монографията се отбелязва, че ролите на здравния персонал претърпяват коренна промяна. Развитието на технологията и медицинското знание изисква растяща специализация, поради което личните лекари се обединяват в общи практики, където различните лекари работят с дадена апаратура или извършват някои манипулации. Медицинските сестри вече се доказали, че са добре квалифицирани и в много страни те вече са упълномощени да поставят първоначална диагноза и да изписват лечение в някои случаи, а при грижите за раковоболните, например, те имат централна роля в напътствията и подкрепата относно начина на живот и прилагане на предписаното от лекаря лечение. Ролята на фармацевтите се разширява, като те се превръщат във високо квалифицирани консултанти при избора на медикаментозно лечение.

Авторите разглеждат предимствата на различните средства за получаване на медицински съвети от разстояние, като посочват възможностите за намаляване на времето за чакане пред кабинета на лекаря, най-ефективно използване на времето и уменията на лекаря и останалия персонал, уеднаквяване на лечебните протоколи, намаляване на различията в лечението на еднакви клинични случаи. Възможностите за усъвършенстване на начините за предоставяне на съвети от разстояние включват по-бързо и качествено обслужване чрез специализираните телефонни линии за справки и съвети и подготовка на обслужващите тези линии, по-добро техническо оборудване на кабинетите и развитие и пропагандиране на новите начини за информиране.

Развитието на автономията на пациента се обосновава като основно направление за усъвършенстване на здравното обслужване. Съществуват богатство от възможности в тези насоки при превенция на заболяванията, промоция на здравето и стратегиите за самопомощ, като ефективно здравеопазване и високи резултати могат да

се постигнат чрез повишаване информираността на пациентите. Главно предизвикателство е осигуряването на надеждна, обективна и пълна информация, която да не скрива рисковете и страничните ефекти на препоръчваното лечение.

Активността на пациента нараства все повече и при избора на лечебно заведение и лекуващ лекар, дори извън националните граници, което се подкрепя от движението към обща европейска здравна политика на ЕС.

Една всеобхватна тенденция е стремежът да се подържа общественото доверие към здравната система на съвременния етап на промени и реформи, като се постига социален консенсус относно баланса между предоставените здравни услуги и разходите за здравеопазване. Съществен механизъм в тази насока е разширяването на пациентските права, провеждането на обществена дискусия за ограничаването на здравните услуги в осигурителния пакет, за избора на здравни приоритети, цената на здравеопазването и обема на предлаганите пакети здравни услуги. Авторите посочват, че в повечето случаи такива дебати се провеждат по-често формално, тъй като политиците осъзнават колко трудни са те и колко чувствителни са хората при обсъждане проблемите на здравеопазването.

3. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

Нашата методология е насочена към проучването на състоянието, обхвата, възможностите на една от основните здравеопазни системи –здравноосигурителната, в две страни на Европейския съюз, с оглед на оценката и анализа на организацията и управлението на тази система като цяло и на отделни нейни елементи, за да се определи нейната ефективност, структурна адекватност, както и потребностите от по-нататъшното й реформиране.

ЦЕЛТА на нашата докторска разработка е:

- чрез идентифициране на проблемите на функциониращите понастоящем в Република България и ФР Германия здравноосигурителни системи;

- критичен и сравнителен анализ на последните реформи и на методите за управление на тези системи, както и

-чрез анкетно проучване и други социологически методи на изследване да се проучи мнението на здравноосигурени граждани от двете страни, с оглед

а) **съпоставянето** на състоянието и проблемите в съвременното развитие на зравноосигурителните системи в България и Германия и

б) **очертаване** на насоките и перспективите за по-нататъшното развитие на задължителното и доброволното здравно осигуряване преди всичко и главно за реформиращото се българско здравеопазване, което среща редица проблеми.

За постигане на тази разгърната и трудна за постигане цел си поставихме и следните основни **задачи:**

1. Да се проведе анкетно проучване на мнението на здравноосигурени граждани относно системата на здравното осигуряване в двете страни чрез формиране и допитване до две анкетни групи – в Република България и ФРГермания.

2. Да се обоснове необходимостта от използване на положителния опит на страните от ЕС, и по-специално, на ФРГ в областта на задължителното и доброволното здравно осигуряване.

3. Въз основа на събраните данни да се направи **критичен анализ** на двете национални здравноосигурителни системи: на състоянието и проблемите им, на качеството и ефективността на предоставяната медицинска помощ и здравни услуги, на организацията и финансирането на здравеопазните им системи. След критичния анализ на здравеопазването в двете страни през последните няколко години, да се приложи *КОМПАРАТИВНИЯ метод* (к.м.Ек.Ал.) за изследване на явления и системи (в случая здравноосигурителните) с оглед на тяхното сравняване и посочване на предимствата и недостатъците на всяка от тях.

4. Да се приложат сравнителния метод и сравнителния анализ на актуалните проблеми и провежданите реформи за усъвършенстване на здравното осигуряване на двете страни.

5. Да се очертаят перспективите за развитие на организацията, финансирането и дейността по осигуряването на здравни услуги и стоки и да се формулират приоритетните насоки за развитието на здравноосигурителните системи в двете страни и да се разработят препоръки за усъвършенстване на задължителното и доброволното здравно осигуряване в страната с повече проблеми в тази насока.

Към проучването пристъпваме, ръководени от следните четири **работни хипотези:**

1. Съществуват както общи, така и специфични особености в състоянието, проблемите и структурите на здравноосигурителните системи на двете страни в областта на финансирането, организацията и предоставянето на здравни услуги.

2. Съществуват особености в двете страни по отношение на здравния мениджмънт, потребностите от медицинска помощ и услуги, ефективността и удовлетвореността от здравните грижи.

3. Съществуват много общи, но и редица национални особености и характеристики при реформирането на здравноосигурителните системи в двете страни.

4. Проучването на опита на германската здравноосигурителна система (системата на Отто фон Бисмарк) допринася за решаването на наболелите проблеми на българското здравно осигуряване.

Използвали сме следните по-важни **изследователски методи**:

1. Документален метод – анализиране на законови и подзаконови нормативни документи, регулиращи здравното осигуряване.

2. Сравнителен анализ на материали и резултати от научни проучвания относно здравното осигуряване (интуитивно-логически метод).

3. Исторически метод за разкриване на тенденциите, реформите, практиките и насоките в развитието на здравното осигуряване

4. Теоретико-критичен анализ на концепциите, опита и добрите практики на здравното осигуряване във ФРГ с оглед на анализирането и синтезирането на натрупания опит с цел формулиране на препоръки за развитието на българската система за здравно осигуряване.

5. Използвани статистически методи

А. Описателни методи и методи за оценка

1. Честотен анализ на качествени променливи (номинални и рангови), който включва абсолютни честоти, относителни честоти (в проценти), кумулативни относителни честоти (в проценти).

2. Графични изображения. Анализ на данните чрез представянето им в статистически таблици с цел осъществяване на първоначален синтез на индивидуалните данни и диаграми за онагледяване на по-общите наблюдения.

Б. Методи за проверка на хипотези

1. Непараметрични методи

1.1 Метод хи-квадрат (Chi-square test) или точен тест на Фишер (Fisher's exact test) – търсене на връзка между две качествени променливи.

Използваното от нас критично ниво на значимост е $\alpha = 0.05$. Съответната нулева хипотеза се отхвърля, когато Р стойността (P-value) е по-малка от α.

За обработка на данните от проучването, беше използвана версията на SPSS – SPSS for Windows 13.0.

6. Социологически методи

6.1. Анкетен метод за проучване на отношението и оценката на здравноосигурени в трудоспособна възраст относно състоянието и проблемите на системата за здравно осигуряване в Р България и във ФР Германия.

6.2. Интервю –телефонно и пряко.

6.3. Метод на критичната рефлексия – за анализ на принципите на здравеопазната система и защитата на правата на пациентите.

7. Разработване на препоръки за развитие на здравното осигуряване в България, което включва следните етапи: идентифициране на резултатни управленски методи и подходи и доказване на приложимостта и ефективността им в съществуващите условия.

Относно обхвата на проучването, анкетното проучване е проведено със здравноосигурени граждани в трудоспособна възраст относно състоянието, развитието и проблемите на здравното осигуряване във ФРГермания и РБългария.

Обект на проучването е здравното осигуряване в България и Германия, което се изследва чрез установяване на мнението на здравноосигурените за основни негови аспекти и проблеми, за предимствата и недостатъците му.

Логически единици на проучването са здравноосигурени лица, съответно, във ФРГ и РБългария.

За събиране на данни за мнението на анкетираните е създаден въпросник, който е използван и в двете страни с цел сравняване на получените резултати. Почти всички въпроси са от закрит тип с цел получаване на по-точна информация, поддаваща се на статистическа обработка.

Признаците на наблюдение, които са използвани в анкетата, са:

- социални и демографски характеристики като възраст, пол, образование, трудова дейност,

- брой и вид на посещенията при лекар: профилактични, при общопрактикуващ и при специалист,

- оценка на състоянието на задължителното и доброволното (частното) здравно осигуряване,

-място и роля на всеки от тези сектори в общата система на здравно осигуряване,

-мнение относно изразходване на средствата на здравното осигуряване,

- становище относно размера на средствата, отделяни от държавния бюджет,

- мнение за условията за лечение и възстановяване от заболявания, за качеството на медицинското обслужването, както и за равния достъп до медицинска помощ при задължителното и доброволното (частното) здравното осигуряване,

-мнение относно размера на задължителните здравни вноски и премиите при доброволното здравно осигуряване,

- удовлетвореност на пациентите от предоставените от различните сектори на здравното осигуряване услуги.

В анкетата участваха 603 лица, 284 здравноосигурени в България и 319 – в Германия. Проучването е проведено в периода април –декември 2010 г.

Анкетираните здравноосигурени лица не са преднамерено подбрани. Анкетата бе направена сред здравноосигурени лица в редовно обучение или в кратковременни курсове за преквалификация на възрастни в различни университети (пет

университета- за извадката за Германия и три – за България), както и сред пациентите на общопрактикуващи лекари и лекари-специалисти.

Броят на анкетираните от двете страни е почти еднакъв с цел улесняване на сравнението. Събраната първична информация бе обработена и анализирана и бяха изработени статистически таблици, отразяващи съответните явления и тенденции по признаците на наблюдение, залегнали в анкетната карта.

Възрастта на анкетираните варира между 18 и 65 г. Възрастовото разпределение на анкетираните показва, че най-голям процент са тези в младежка възраст (според критериите на ООН – 35 г.) и в най-благоприятната творческа възраст, а именно, между 18-35г. От анкетираните в Германия те са 85.2%, а в България – 64.1%. Това дава възможност да се проучи мнението не само на настоящите здравноосигурени, но и на тези, които ще бъдат основата на здравното осигуряване през следващите години.

Важни закономерности и тенденции в развитието на здравното осигуряване днес стават очевидни чрез анализ на емпиричните данни от собственото проучване. Тези тенденции засягат мястото и ролята на задължителното здравно осигуряване и на доброволното (частно) осигуряване, отношението към съвременните здравеопазни системи, финансирането на здравеопазването и управлението и разходването на средствата, събирани от здравните фондове, желанието да се сключи договор с фонд за доброволно (частно) здравно осигуряване, състоянието на материално-техническата база на здравеопазването,осигуряването на условия за лечение и възстановяване от заболявания в условията на различните видове здравно осигуряване, равния достъп до здравно обслужване на различни слоеве на населението, оценка за размера на здравните вноски и премии. Тези данни спомагат да се направят изводи в няколко главни насоки:

1. Разкриват тенденции в отделни направления и аспекти на системата на здравно осигуряване във всяка от двете страни поотделно,

2. Дават възможност за сравнение на различните видове и сектори на здравното осигуряване вътре във всяка страна.

3. Дават възможност за сравнение на системите на здравно осигуряване в двете страни като цяло и по сектори.

Методите на изследване включват също така преглед на литературата, индивидуални и групови дискусии, телефонно проучване. Идентифицирани са монографии и публикации в научни списания и съобщения в пресата, които съдържат доказателствен материал и информация относно здравните системи в страните, където се провежда анкетното проучване. Проведени са и дискусии с отделни здравноосигурени или с групи от тях с продължение от един - два часа. В някои групи не са обсъдени всички теми, а в други – темите са разисквани по-дълбоко и широко, отколкото в останалите.

Бе проведено и телефонно проучване, за да се допълнят качествените данни и мненията, изказани при проучването в двете национални групи респонденти.

4. ОСНОВНИ ТЕНДЕНЦИИ В СЪВРЕМЕННОТО РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА В ГЕРМАНИЯ

Задължителното здравно осигуряване в Германия (Gesetzliche Krankenversicherung - GKV) предоставя организационна рамка за осъществяване на общественото здравеопазване и откакто Законът за здравното осигуряване е влязал в сила през 1883 г., данъкоплатците, застрахователните фондове, доставчиците, лекарите и болниците са обвързани с него.

4.1. Съвременни реформи във финансирането на здравноосигурителната система в Германия

Реформите във финансирането на здравноосигурителната система във ФРГ са обусловени от променящата се социално-икономическа обстановка в страната и състоянието на обществените и частни здравни осигурители. Намаляващата приходна база на всички социално осигурителни схеми е резултат от характерния за Западна Европа процес на все по-бързо застаряване на населението и намаляване на броя на работещите. От една страна, броят на тези, които имат правото и задължението за социално здравно осигуряване, намалява. От 24.6 милиона души през 1996 г. той достига 23.2 милиона през 2004 г. От друга, делът на заплатите в общия вътрешен продукт пада от 69.2% през 1993 г. до 65.1% през 2004 г. (Pfaff et al. 2006: 38-39). В началото на 21 век

се наблюдават тенденции за нарастване на разходите за здравеопазване по-бързо от общия вътрешен продукт, но приходната основа на социалното здравно осигуряване не се развива успоредно с нарастването на националното богатство.

Усилията са насочени към компенсиране на намалението на приходите отчасти чрез повишаване на средния процент на вноските, който от 13.4% от брутната заплата през 1996г се вдига на 14.2% през 2006г. Здравноосигурителните вноски се разпределят поравно между работодателите и работниците или служителите. Реформата от 2004 г., обаче, въведе допълнителни вноски за работниците и служителите от 0,9% за покриване на протези и платен отпуск по болест, като се отдалечи от традиционно равното разпределение на вноски между работниците и работодателите. Тези допълнителни вноски се равняват на 140 милиарда евро през 2004 г.

Характерно за немската здравноосигурителна система е, че процентът на вноските варира между здравните фондове. Процентът на вноските в задължителното здравно осигуряване се регулира от държавата и в различни периоди се поставят различни ограничения. В частното здравно осигуряване премиите зависят, както от индивидуалния здравен риск, така и от рисковата структура на даден фонд.

Здравноосигурителната система получава приходите си предимно от здравноосигурителните вноски. Друг важен източник на финансови постъпления за здравните фондове са средствата, идващи от данъчните постъпления. Един голям процент (40%) от бюджета на Германия в социалната сфера се финансира чрез данъци (Backer 2005). През 2006 г. 4.2 млрд.евро са били прехвърлени в обществената система от увеличените данъчни приходи от цигари. През 2007 и 2008 г. тази сума е 1.5 милиарда евро годишно. Най-съществената част от финансите на здравните фондове, обаче, се получава като кръстосани субсидии по социално осигурителни схеми, които покриват техния риск, например, по отношение на пенсионерите и безработните (Altenstetter and Busse 2005:124).

В една конкурентна среда здравните фондове разполагат с различни механизми за предоставяне на намаления на вноските на своите членове. Първо, това се отнася за включените в диагностично свързаните групи, но понякога също и в програмите за промоция на здравето или за тези пациенти, които приемат определен общопрактикуващ лекар като постоянен вход към предоставянето на здравни услуги.

Второ, здравните фондове могат да предоставят бонуси и на тези, които не консумират никакви услуги за определен период, както това се прави в частноосигурителния сектор.

Срещу своите вноски здравноосигурените получават според нуждите си медицински услуги съобразно известен брой юридически правила, зад които стои принципът за солидарност и разпределянето на финансовите средства от здравите към болните, с което немската система става привлекателна и за много други страни (Александрова Ек. 2011) . Пакетът от здравни услуги и придобивки е почти един и същ в различните здравни каси и е доста всеобхватен в сравнение с този в други страни, най-вече в зъболечението и реимбурсирането на лекарства (Beske 2005).

През последните години вниманието е насочено към по-ефективно регулиране на функционирането на пазара на здравни услуги във ФРГ. Конкуренцията на този пазар е ограничена поради необходимостта от съвместяване на конкурентните механизми и произтичащите от принципа за солидарност правила. Операциите на фондовете се наблюдават от Федералния офис за осигуряване (Bundesversicherungsand), който изработва годишен отчет за развитието на пазара и практиките в него. Освен законовите ограничения за обективна реклама, най-важната регулация се отнася до връзката между фондовете и тяхната клиентела. Фондовете трябва да приемат всеки, който иска членство и не им се позволява едностранно прекратяване на здравния план. На свой ред служителите имат право да прекратят своето членство след изтичане на период от 18 месеца или в случаите, когато вноските се повишават. За разлика от частния сектор на здравно осигуряване не се позволява на обществените фондовете да отказват членство на основата на предшестващи заболявания и да провеждат политика на ограничаване на членството. На този фон бизнес мениджърите изглежда имат ограничени възможности да се представят по-добре от своите конкуренти.

Развитието на пазарни отношения между доставчици и купувачи на здравни услуги генерира селективни политики на фондовете по отношение на договорите с медицинските професионалисти, които на свой ред започват в определени случаи да реагират пазарно (Bode 2004a). Здравните фондове се договарят индивидуално с доставчиците на медицински инструменти, терапевтични пособия и лекарства, както и с мрежата от местни доставчици на медицински грижи. Някои здравни фондове дават

по-ниско заплащане на доставчиците на здравни услуги, които от своя страна понякога са склонни да избягват или да поставят в неизгодно положение членове на тези фондове.

Още с реформите от 1993 г. в немското обществено здравно осигуряване се въвежда редистрибутивна схема за компенсация на рисковата структура на фондовете, което е още един израз на преобладаването на ценностите за социалната справедливост и намаляването на неравенството между фондовете. Те получават субсидии от централен пул в случаите, когато техните членове носят здравен риск, надвишаващ средностатистическия здравен риск. Кръстосаните субсидии отчитат размера на заплатите, относителния брой на осигурените във фонда роднини, пола, възрастта и процента на пенсионерите. Размерът на тези субсидии е значителен. През 2004 г. общите локални здравни фондове /АОК/са получили 12.6 милиарда евро, а всички ВКК, обратно, са платили 9.3 милиона в схемата. През 2007 г. схемата за корекция на риска води до финансов трансфер на 18.5 млрд. евро. Същата схема осигурява средства и за диагностично свързаните групи. Схемата за изравняване на риска подържа разликите във вноските към фондовете по-поносими за населението.

Същевременно здравноосигурителните фондове се сблъскват с изострена конкуренция и използват радикални бизнес механизми. Те намаляват разходите, от една страна, чрез фино преценяване на реимбурсираните стоки и услуги и, от друга, чрез сериозен натиск върху заплащането на доставчиците на услуги- лекарите, които заедно със своите асоциации противостоят на тази тенденция. Здравните фондове като АОК икономисват и от административни процедури, например, чрез сливания и програми за лекуване на диагностично свързаните групи. Опитите да се привлекат или запазят достатъчен брой членове, които са с нисък риск, чрез изкуствено подържане на ниски вноски, често се провалят.

С поставянето на определени рамки на конкуренцията въз основа на вноските, германската здравноосигурителна система се ориентира все повече към конкуренция въз основа на предоставяните услуги и стоки. Това дава възможност реимбурсирането на услугите да се обвърже с тяхното качество, като лекарите предоставящи по-добри услуги получават по-добро заплащане (Rosenthal and Frank, 2006).

Въвеждането на диагностично свързаните групи преследва, както чисто медицински, така и цели в областта на здравния мениджмънт. Изхожда се от презумпцията, че ако в един фонд има много членове, страдащи от хронични заболявания, техните вноски няма да покрият лечението им и разходите, съответно дълговете на фонда, ще се увеличат. Управителите ще бъдат принудени да вдигнат вноската като процент от доходите и фондът, който носи голяма обществена полза като лекува хронично болни, ще се окаже в сложно икономическо положение. Ето защо диагностично свързаните групи са обвързани с функционирането на финансовия механизъм за адаптиране на риска, посочен в чл. 166 на ГСК-К5 (Sozialgesetzbuch V). Като резултат е възможно финансовото положение на разглеждания фонд не само да не се влоши, но и да се подобри. Така определени групи хронично болни пациенти стават привлекателни за здравноосигурителните фондове и вместо да представляват пациенти, носещи лоши рискове, те се превръщат във финансово изгодни за фонда (Busse, 2004). Така се постигат и клинични и здравномениджърски цели.

В областта на амбулаторните грижи фондовете използват различни механизми за определяне на бюджет или таван на разходите, които могат да се комбинират с определяне на обхвата на услугите и лекарствата, които се реимбурсират, и така служат като стимул за включване или изключване на услуги (Busse, Riesberg, 2004:).

Комплексно понижаване на обществените разходи и повишаване на приходите се постига чрез увеличаване на старите и внедряване на нови доплащания. Относителният дял на частните разходи в общите разходи за здравеопазване се е увеличил значително през годините: от18.4% през 1995 до 23.1% през 2004 (OECD, 2007). Според данни на ОИСР директните плащания представляват 10% от общите разходи през 2000 г., цифра подобна на тази във Франция (OECD, 2001).

Реформата от 2004 г. въведе фиксирана такса за посещение при лекари за извънболнична помощ. Пациентите трябва да плащат по 10 евро на календарно тримесечие за първо посещение в кабинета на лекар (или болнична амбулатория) и за посещение, при всеки следващ лекар без направление от лекаря, при който е било първото посещение. Съществува и дневна такса за лечение в болница /такава съществува и във Франция, и в България/.

Целта на доплащанията е да се намалят ненужните посещения при лекаря, да се повиши информираността за разходите и насърчаването на самолечение на дребни заболявания (Gebhardt, 2005). Лекарите прехвърлят тези плащания към здравните каси, така че таксата от 10 евро не е стимул за доставчиците на услуги да привличат пациенти, за да генерират по-високи доходи.

В посока на подържане на принципа на социална солидарност и осигуряване на равен достъп до здравни грижи при необходимост са и приетите подзаконови актове за отпадане на доплащането въз основа на определени възраст, доход и здравен статус. Деца до 18-годишна възраст са освободени от доплащания. За хората с ниски доходи и на хронично болните, съществуват годишни граници на доплащания (2% и 1% от брутния годишен доход на домакинство от 2004 г.). Хората, които отделят повече от 2% от годишния си доход за медицинско лечение, са освободени от потребителски такси. Този процент е 1% за хронично болните. Потребителските такси, обаче, са се повишили значително със здравната реформа от 2004 г. Понастоящем съществува допълнително заплащане на лекарства, достигащо до 10% от действителната цена /с горна граница от 10 евро/.

Емпиричните изследвания показват смесени резултати по отношение на въздействието на таксата от 10 евро върху използването на амбулаторни здравни услуги. Данните от Bertelsmann Stiftung's Gesundheitsmonitor показват, че броят на посещения при лекаря са намалели (с около 8% между 2003 г. и пролетта на 2005г.), но остават сравнително стабилни след това (Gebhardt, 2005). Grabka et al. (2006) съобщават за намалели ненужни консултации за 2004 г.- годината на въвеждането на таксата от 10 евро (Schreyogg J., Grabka, 2008 г.). Zok първоначално доказва, че хората с ниски доходи започват да избягват посещения при лекар скоро след въвеждането на таксата от 10 евро, но не получава същите резултати в по-късно проучване (Zok, 2005). В друго проучване лекарите твърдят, че броят на медицински необходимите посещения също е намалял, както и че пациентите са направили по-малко профилактични прегледи (Gebhardt, 2005). В по- ново изследване, J.Schreyogg и M.M. Grabka (2008) не могат да намерят доказателства, че таксата от 10 евро действа като спирачка за хората с ниски доходи или хронично болните.

Резултатите от научните изследвания показват временно постигане на целите, но и някои отрицателни социални и здравни ефекти върху достъпността на лечението. Увеличаването на участието на пациентите при поделяне на разходите се омекотява от правилата за освобождаване от доплащане и тавана на доплащанията, които гарантират достъпността на здравните услуги, особено за лицата с ниски доходи и лица с тежки и / или хронични заболявания. Все пак е необходимо да се подава достатъчно информация на здравноосигурените относно разпоредбите, защото съществува информация,че , ако игнорират детайлите в новите правила, хората може да се откажат от необходими или препоръчителни грижи (напр. профилактични услуги).

Развитието на механизмите на финансиране на здравноосигурителната система се движи в определена посока през последните години. Промените включват споменатото по-горе премахване от пакета на заплащаните услуги на някои стоки и услуги. Повишението на допълнителното заплащане – постоянно през последните две десетилетия –е достигнало нов етап с реформите от 2004 г. и 2007 г.

Резултатите от всички тези мерки са, че между 2003 и 2004 г., разходите на един здравно осигурен намаляват с 3.5% в обществения сектор на осигуряване, със значителна социална неравнопоставеност във влиянието на тези финансови съкращения (Bocken et al. 2005). Същевременно се забелязва нов растеж на разходите на здравните фондове, поради нарастващия брой лекарствени рецепти и, в по-малка степен, повишаващите се разходи за болнично лечение. В началото на 2006 г. правителството реагира на това с нови регулации предвиждащи, между другото, по-нисък праг на цените в рамките, на който лекарствата се реимбурсират, както и повишение във вноските на работодателите по отношение на “дребната” трудова заетост /занаятчийската дейност/.

С приетия през 2007 г. Закон за засилване на конкуренцията в задължителното здравно осигуряване (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz—GKV-WSG) от 1 януари 2009 г. се създава Здравният фонд (Gesundheitsfonds). От една страна, той работи като общ пул за финансовите средства на обществените здравни фондове, като обединява средствата от три източника: вноските от служителите, работодателите и отделените за целта данъчни приходи. Използваната от него схема за изравняване на риска е по-усъвършенствана, като отчита демографски характеристики: възрастта и

пола, но и клиничните характеристики и прогресията на болестта съобразно списък от 80 заболявания лечението, на които изисква големи разходи.

От друга страна, размерът на процента на вноските се определя от правителството и това измества конкуренцията от размера на вноските към различни допълнителни премии или реимбурсиране, заедно с все по-диференцирани пакети услуги, и аспекти на качество и обслужване. Конкуренцията за допълнителни премии (или реимбурсация, съответно) се засилва, тъй като тези премии се плащат (или получават) само от осигурения, докато увеличенията или намаленията на размерите на процента на вноските са споделени равномерно между здравно осигурените / служители и техните работодатели. Въпреки това, две изисквания ограничават конкурентната роля на допълнителната премия: първо, тя не може да надвишава 1% от дохода на домакинството, и второ, Здравният фонд трябва да покрива най-малко 95% от всички разходи на фондовете (Henke 2007).

Ако дадена здравна каса не може да покрие разходите си с финансите, отпуснати от Здравния фонд, тя може да налага допълнителна премия, повишаваща здравната вноска. От друга страна, здравните каси, които се управляват ефективно, могат да изплатят обратно на своите осигурени суми от излишъците.

В момента финансирането на медицинските услуги се развива все повече в посока на засилване на участието на всеки отделен здравноосигуряващ и засилването на солидарността чрез насочване на данъчни приходи към здравеопазната система. Три тенденции подкрепят тази насока на развитие. Първо, има значително повишение на нерегламентираните частни плащания за отделни медицински услуги (individuelle Gesundheitsleistungen), които докторите на частна практика предлагат на пациентите си. Известен тип лечения и манипулации започват да се продават на свободния пазар. Честата практика денталните лекари да препоръчват на пациентите лечение, включващо допълнително плащане по-високо, отколкото при предишната /пропорционална/ реимбурсационна схема, оказва такова влияние (Wienefoet 2006). Второ, последните здравни реформи показват известно отстъпление от основен принцип на немския здравно осигурителен модел, т.е. равенството на вноските във фонда. От 2004 г. служителите плащат допълнителна вноска за покриване на зъболечението /в размер на

0.9%/. Накрая, инжектират се целеви финансови приходи в бюджетите на здравните фондове, основани върху приходите от продажба на цигари.

Като цяло проблемите във финансирането на немската здравна система остават и се причиняват до голяма степен от фактори извън здравния сектор. Няма единодушие по това доколко ефективна е немската здравноосигурителна система. Някои експерти смятат, че системата води до скромни резултати срещу високи разходи, но други доказват, че Германия харчи на глава от населението по-малко за медицински придобивки и услуги, отколкото много други европейски държави, като същевременно предоставя много щедро обслужване (Beske 2005).

4.2. Реформи в организацията на здравното осигуряване във ФРГ

Реформите в здравното осигуряване във ФРГ се осъществяват в контекста на международната тенденция към пазарна ориентация и либерално управление (Giaimo 2002, Palier 2005), като се възприемат някои механизми като нови организационни стратегии на здравните фондове и непрекъснат обществен дебат за перспективите на немския модел. Коментирайки новия модел, Altenstetter and Busse (2005:122) отбелязват "зависимостта от избрания път и институционалната инерция".

Въпросът за ефективната организация и управление на здравноосигурителната система се отнася до глобалния подход към организиране на здравеопазването, политическата ориентация, договорната политика, административния мениджмънт и обслужването на клиентите. Те се реализират в определено административно устройство и връзка между членовете и техните здравни фондове.

Новият модел въвежда нови организационни взаимоотношения на регулирана конкуренция между структурите в системата на здравното осигуряване. В немската здравноосигурителна система тази конкуренция се развива както между отделните каси за здравно осигуряване, така и между двата сектора - социалното и частното осигуряване. Това засяга работата и на техните управленски, и на административните им структури.

Частният стълб на здравеопазването, който осигурява покритие и за основния пакет услуги, и за всички останали стоки и услуги, се ползва от по-богатите германци, които могат да излязат от обществената система, когато заработват повече от 4 050 евро на месец (за 2009 г.). Понастоящем приблизително 10% от населението /8.4

милиона души/ са напълно покрити от частното осигуряване (Verband der privaten Krankenversicherung, (2008). Два пъти повече от това, 17 милиона от осигурените в обществените каси през 2005г., притежават и малък допълнителен план за здравно осигуряване. Държавните служители, пък, нямат право на обичайната осигурителна формула на задължителните здравни фондове и са принудени да прибягнат до частно осигуряване.Част от разходите за тяхните медицински услуги директно се реимбурсират от държавата. Частните фондове най-общо се основават на различни финансови схеми. Също така те предоставят по-високи такси на доставчиците на услуги, така че се предполага, че последните често привилегироват пациентите, които са здравно осигурени в частни компании. Оценките показват, че тази клиентела, т.е. 10% от населението, покриват 20% от доходите на общопрактикуващите доктори (Leclerc 2006). Частният сектор леко се разширява, тъй като 150 000 осигурени преминават от нон-профит сектора към частното осигуряване всяка година.

Здравната администрация играе ключова роля за доброто управление на здравното осигуряване. Пазарната конкуренция води до повишаване разходите за административно обслужване и реклама. През 2004 г. административните разходи са се повишили средно с 23 евро на един член на фонд спрямо 1998 г. (Statistisches Bundesamt Deutschland (2007). Ето защо усилията се насочват към по-ефективно административно обслужване.

Ефективната организация и управление на здравноосигурителната система се свързват не само с добре работещата администрация, но най-вече с ефективните механизми на организация и управление на структурите на здравноосигурителната система. Основна характеристика на немската система за организация и управление на здравното осигуряване е традицията на “социална корпоративност” (Altenstetter and Busse 2005: 122-123). Управлението на сектора на здравеопазването е децентрализирано и е прехвърлено към независими квази-публични органи /здравните каси/, управлявани от представители на осигурените /често профсъюзите/ и на работодателските асоциации. Главните регулаторни механизми, засягащи осигуряването на стоките и услугите, както и решенията за финансовите принципи, се определят от държавата, която обаче се включва в постоянен обмен на политически идеи с представители на здравните фондове. Тази социално-политическа конфигурация е интегрална част от традицията на модела на

Бисмарк. За разлика от други здравноосигурителни системи ролята на частните осигурителни компании в Германия винаги е била по-силна, докато ролята на държавата като управител е ограничена.

В съответствие с Ordnungspolitik, държавата в лицето на Федералното министерство на здравето осигурява подходящи общи законодателни постановки (Sauerland 2009). Детайлите относно регулирането на здравната система се договарят чрез широк обществен консенсус, постигнат чрез съвместната работа на обществени представителни органи и организации, които често имат по-актуална и по-обективна информация за състоянието на проблемите. Понастоящем обединителен регулаторен орган, представляващ различни интереси и въведен от Закона за модернизация от 2004 г., е Общият федерален комитет (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA), посочен в чл. 91 на ГСК-К5. Важни задачи се поставят и на Института по качество и ефикасно здравно обслужване (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWIG), който в много отношения е аналогичен на британския Институт по здраве и отлична клинична практика.

Общият федерален комитет е корпоративен орган и се състои от представители на различни организации: Националната асоциация на лекарите от задължителното здравно осигуряване (KBV), Германската федерална асоциация на денталните медици (KZBV), Германската асоциация на болниците (Deutsche Krankenhausgesellschaft). Изследователите подчертават все още слабата позиция на пациентските организации, чиито представители могат да участват в работата на комитета, но без право на глас (Sauerland, 2009).

Организацията и функционирането на здравноосигурителната система в Германия се осъществява в условията на сложно взаимодействие на държавни и обществени органи и организации, които въплъщават корпоративния принцип на управление и взаимодействие (Александрова Ек. 2010б). Саморегулацията на системата чрез редица обществени органи е в центъра на функционирането й, а държавните органи задават само най-общата законова рамка за действие на тези органи. Централно място сред тези органи заема Общият федерален комитет.

Взаимодействието между държавни и обществени органи се осъществява и на процесуално ниво, като често държавните органи само поставят крайния срок за

решаване на даден проблем от широк кръг обществени организации и се намесват само, ако не се стигне до решение в определения срок. Такъв е случая с приемането на програмите за диагностично свързаните групи (Burau, 2007). При тези механизми най-вече задължителните здравноосигурителни фондове, но и частните такива, се намират в непрекъснат пряк или косвен диалог с държавата и обществеността. Например, задължителните фондове работят в тясна връзка с Федералната организация на лекарите от здравноосигурителните фондове, както и с отделни групи лекари (Do¨ hler, 2002). Така работата на фондовете се подлага на постоянна оценка и самооценка.

Новият модел на организация на здравно осигуряване води до известно ограничаване на правомощията на "корпоративните" бордове за сметка на нахлуване на механизми, почерпани от частния бизнес (Bode 2004b, 129-139). Основни отдели на фондовете работят за участието им на пазара и за взаимоотношенията им с бизнес партньори и клиенти и така смисълът на мениджмънта се концентрира върху това да се постигне успех на пазара.

Проявяват се тенденции някои здравни фондове да се грижат по-добре за хора с по-голяма вероятност да сменят фондовете и за тези, които като цяло консумират по-малко медицински услуги от средните. Все пак настоящият немски модел на задължителен здравен фонд е далеч от това напълно да възприеме методите на частния осигурителен сектор. Като институции задължителните здравни фондове все още значително се различават от комерсиалния бизнес.

Що се отнася до институционалните аспекти, здравните фондове задължително са членове на федерации, на които са поверени регулаторни задачи в полза на държавата, като договарянето на условията и цените с организациите-доставчици, които специфицират условията за реимбурсация, като поемат инициативи по отношение на общественото здраве и оформянето на общественото мнение за здравната политика. Тези федерации също имат някои законови отговорности по отношение на финансовата междуфондова солидарност между техните корпоративни членове. Вътрешната структура на управление на здравните фондове е отворена и за влиянието на асоциации на осигурените /често профсъюзи/ и работодателите, независимо от реално намаляващото влияние на тези заинтересовани.

Немската здравноосигурителна система създава организационни предпоставки за все по-широко включване на населението в нея чрез задължителното включване на населението, като постига почти универсално покритие. Преди около пет години броят на неосигурените лица в Германия варира според някои оценки между 80 000 и 300 000 души (Gress et al. 2006), а според други е около 200 000 лица (0.2% от населението) (Laschet, 2005). Понастоящем в здравното осигуряване са включени и фермерите, студентите, повечето безработни, голямата част от пенсионерите , инвалидите и тези заети с дребни занаятчийски дейности /наричани в Германия "мини" работни места/, при които се печелят заплати до 800 евро на месец.

Въвеждането на универсалното задължително здравно осигуряване е повратна точка в организационното развитие на здравноосигурителната система във ФРГ. Законът за засилване на конкуренцията в задължителното здравно осигуряване, в сила от април 2007 г., прави универсалната здравна застраховка задължителна за всички граждани и им дава право на достъп до минимален пакет услуги. Днес всеки гражданин трябва да сключи или обществена здравна застраховка или частна. Докато публичните застрахователи винаги са задължени да застраховат всеки желаещ, частните осигурители са свободни да сключват договори или не. Съгласно новия закон, лицата имат право да се осигуряват най-малко по основния пакет услуги там, където за последно са били осигурени: в обществен фонд или в частна компания.

От януари 2009 г. частните здравни осигурители са длъжни да разширят достъпа до основния пакет. Съществуващите клиенти са имали право да изберат този нов план в рамките на шест месеца от въвеждането му, т.е. преди 1-ви юли 2009 година. Новите осигурени могат да изберат този пакет без лекарска оценка за здравословното им състояние и риска. Основният пакет включва ползване на услуги, подобни на тези, предлагани в общественото здравно осигуряване. Осигурителните планове не могат да изключат, каквито и да е услуги, залегнали в този план. Премията по този план не трябва да превишава максималния процент, използван за вноските за задължително здравно осигуряване, и може да бъде намалена, ако надхвърля определен процент от доходите на осигурения. Частните компании очакват значително повишение на обикновените премии, изчислявани според риска, като твърдят, че задължението за оферта на основния

пакет без лекарски преглед може да увеличи моралната опасност осигуреният да не съобщава за действителното си здравословно състояние.

Реформите от 2004 и 2007 г.променят и условията за включване на осигурените в двете отделни системи за здравно осигуряване – обществената задължителна система и частната система, които предоставят почти универсално осигурително покритие. Системата на задължителното здравно осигуряване днес обхваща 85,5% от населението на ФРГ (Statistisches Bundesamt Deutschland 2007, Bundesministerium für Gesundheit, 2007). Осигурените са записани в една от 196 здравни каси и осигуровката е задължителна за тези, които печелят по-малко от 4 050 евро на месец (през 2009 г.), за пенсионери, студенти, безработни и хора с увреждания, като това е и семейна застраховка, т.е. членовете на семейството, включително деца до 25 години се осигуряват безплатно. Лица с доходи над прага и самостоятелно заетите лица може доброволно да останат в социалната система, в която вноските са свързани с доходите, или да се откажат и да закупят частна застраховка. Здравноосигурителните каси са длъжни да сключват договори с всички желаещи.

47 частни здравни осигурители събират индивидуални премии, изчислени на основата на риска в зависимост от здравословното състояние, възрастта, пола, покритието и така нататък . Премиите частично се заплащат от работодателя (най-високата средна вноска на работодателя в задължителното осигуряване служи като максимум). В момента около 10,2% от населението има частна здравна застраховка (Statistisches Bundesamt Deutschland 2007 г.; Verband der privaten Krankenversicherung 2008 г.).

С цел да се повиши финансовата справедливост в здравното осигуряване: лицата с високи доходи не могат да напуснат общественото осигуряване толкова лесно и техните вноски остават в рамките на обществената система. След реформата от 2007 г. здравно осигурените могат да се откажат от общественото осигуряване, ако доходите им надвишават прага за доходите не за една, а за три последователни години.

Включването на здравноосигурените в един или друг фонд в рамките на обществената системата се влияе от цената и качеството на диференцирания пакет услуги. Почти един на всеки четири човека е сменил своята здравна каса поне веднъж (Braun et al., 2006). Проучванията показват, че основната причина за смяна на фонда е

промяна на процента на вноската. Лицата, които са променили фондовете си, са били в по-добро здраве от тези, които не са (Worz, Busse, 2005), и по-младите хора са били по-склонни към промяна от тези в третата възраст (Braun et al., 2006).

Като цяло организационното развитие на здравноосигурителната система в ФРГ показва някои основни тенденции. Макар и коригиран от някои механизми на регулираната конкуренция, „корпоративният модел" на управление на здравното осигуряване се запазва. Нараства значението на постигането на ефективност на работата на здравната администрация, където навлизат все повече стратегии от частния бизнес. Най-съществената промяна си остава въвеждането на универсалното задължително здравноосигурително покритие за населението.

4.3. Реформи в предоставянето на здравни услуги в здравноосигурителната система на Германия

Осигуряването на основен пакет услуги за всеки гражданин, както и разнообразяването на пакетите услуги, предлагани от различните каси и частни осигурителни компании в рамките на здравноосигурителната система е друго основно направление на реформата. В немското здравно осигуряване съществува тенденция да се включат в пакета услуги на задължителното застраховане само необходимите от медицинска гледна точка услуги и да се прави точна преценка на включените и изключените от пакетите услуги (Bode 2000; Popp 2003). Така например, от пакета услуги са изключени лекарствата без рецепта за леки заболявания и са въведени по-строги правила за оценка на здравните технологии (Busse и Riesberg 2005).

Здравните фондове разработват варианти за специални предложения за своите членове. След началото на по-широко навлизане на конкуренцията, те заимстват идеи от частния бизнес по отношение на работата с клиентите /съветване, информация за ползвателите, здравни чекове, мениджмънт на реимбурсациите/ и работят за повишаване на доверието на осигурените в тях като подобряват административното обслужване, информацията и материалната база. Черпейки от опита на частните осигурители, някои обществени фондове поверяват на други компании-подизпълнители дейността по привличане на нови членове. Договорните агенции продават пакети с допълващи осигурителни полици, които не се предлагат на всеки, обаче, като най-често са изключени възрастните и хронично болните.

Съгласно закона от 2007 г. задължителната кошница услуги е разширена с нови или допълнителни услуги, особено в областта на превенцията и рехабилитацията. От април 2007 г., здравните каси са длъжни да плащат за рехабилитационни услуги на възрастни хора. Това има за цел да подобри здравното състояние на нарастващия брой възрастни, вследствие на застаряването на населението, както и да им се помогне след заболявания и за това да водят активен и автономен живот. С цел подобряване на работата по предотвратяване на заболяванията здравните каси сега възстановяват разходи за ваксинации, препоръчани от института Роберт Кох. Финансова подкрепа за семействата с деца в рехабилитационни заведения също са добавени към каталога от услуги на задължителното обществено застраховане.

Основната цел на въвеждането на основен пакет услуги е да се приближи частното осигуряване до системата на общественото задължително здравно осигуряване и така, законът от 2007 г. представлява първата стъпка към единен пазар за здравно осигуряване. Съществен принцип, управляващ предоставянето на услуги от здравното осигуряване е записаното в Социалния кодекс - Книга V, че задължителното здравното осигуряване трябва да "предоставя медицински услуги, необходими в съответствие с принципите на солидарността и при необходимост по достатъчно ефективен начин' (Sozialgesetzbuch V). Това създава предпоставки основният пакет услуги на задължителното немско осигуряване да остава, както и досега, доста изчерпателен. Като цяло около 95% от услугите на задължителното здравно осигуряване са еднакви във всички фондове, които предоставят такова застраховане (von Maydell et al., 2006).

Изборът на здравноосигурените пациенти се разширява, тъй като здравните каси на задължителното здравно осигуряване вече могат да предлагат различни пакети услуги и застрахователни продукти, като например GP центрове, здравни планове с приспадане на финансови средства, диагностично свързани групи и така нататък. При включването към общопрактикуващ лекар се очаква осигурените да приемат да бъдат насочвани от него, което да доведе до по-качествени услуги, при които лекарят да действа като осведомен агент на пациента, като го насочва към определени варианти на лечение като диагностично свързаните групи, например. Така се увеличава изборът и се отговаря на нуждите на осигурените пациентите да избират пакети, които да бъдат съобразени с техните индивидуални предпочитания.

Конкретните решения относно това кои услуги се реимбурсират от социалното здравно осигуряване и нивото на реимбурсиране на услугите в Германия се вземат децентрализирано и се извършват от самоуправляващи се органи, съставени от осигурителите (здравните каси) и доставчиците (лекари и болници). Федералното правителство има само надзорни правомощия и определя регулаторна рамка, в която самоуправляващите се органи имат право да вземат решения.

Според ревизирания член 53 от Кодекса за социално осигуряване V, здравните каси предоставят нови опции в четири области. На първо място се предлагат отчисления за заплащане от джоба директно на лекаря. Това е възможност за задължително осигурените лица да запишат отчисления, а именно, определена максимална сума, която осигуреното лице заплаща от джоба си директно на лекаря за период от 1 година и която след това му се възстановява от фонда. Преди тази опция е била достъпна само за доброволно осигурените в обществената система. Второ, възможността за възстановяване на вноски, ограничена до една месечна вноска, ще бъде на разположение и за задължително осигурените. Трето, предоставя се право за реимбурсиране на разходи. Здравноосигурените в задължителното осигуряване вече могат да избират между класическите обезщетения в задължителното обществено осигуряване, които се изразяват в получаване на услуги, и новите предложения за реимбурсация на използвани услуги. Освен това, схемата за заплащане на такса съобразно получената в амбулаторни условия медицинска услуга може да се размени за по-висока допълнителна премия, която да се ползва по желание на осигурения за допълнителни услуги от различен тип (както се прави в частното осигуряване). Четвърто, предлагат се нови форми за оказване на лекарска помощ, които предоставят възможности и за възстановяването на вноски. Тази опция е открита за осигурените, които са се включили в някоя от новите форми на грижа, като GP центровете, диагностично свързаните групи или схеми за интегрирани грижи (Sozialgesetzbuch V). Използването на пакетите по тези направления изисква осигурените да са регистрирани във фонда най-малко от три години, да бъдат самоосигуряващи се и да не се ползват от кръстосано субсидиране по други пакети.

Обществените здравни каси имат право да продават допълнителни полици за здравно осигуряване с пакети от съпътстващи услуги в полза на своите членове.

Политиката на намаляване на разходите, която е набрала скорост, включва рефинансирането на вноските в случаите, когато членовете не консумират услуги и намаления по вноските за членовете, участващи в дейности за промоция на здравето.

Паралелните продажби и на други услуги са се увеличили силно. Така например, през 2005 г. около 10% от членовете на здравния фонд на техниците /ТК-Techniker Krankenkasse/ и «Германския здравен фонд за служители» /DAK/ са се ориентирали към схемите за рефинансиране на вноските. По отношение на намаленията за дейности, подобряващи здравето, DAK се е кооперирала с немска туристическа компания и предлага уелнес програми в чужбина (DAK. Reisen und Gesundheit). По отношение на допълващите здравноосигурителни планове (Zok, 2005), почти 1 милион полици са били продадени през 2005 г.

Новите пакети услуги дават възможност материалните и финансови средства да се насочват по-добре към предпочитанията на осигурения. Това е основно средство за повишаване на ефективността на здравноосигурителната система. От друга страна, това намалява преразпределението на средствата в системата, тъй като позволява на младите с по-високи доходи да изберат договори с по-високи отчисления, да има по-малко кръстосано субсидиране към възрастните хора и лицата с ниски доходи, като намалява солидарността при ползването на услугите.

В опитите за предоставяне на все по-разнообразни услуги и привличане на нови членове фондовете често прибягват до различни маркетингови стратегии. Здравните фондове използват насочването на услугите, които предлагат, към определена клиентела, което е типично за бизнес стратегиите. Тя обикновено се състои от млади и здрави хора така, че значителна организационна енергия се влага в бизнес планове, насочени към подобряване на рисковата структура на фонда чрез привличане на хората с най-нисък риск, т.е. най-изгодните членове, като по-високо платени специалисти от, например, компютърните компании, които използват новите информационни технологии и центрове за информация по телефона. След като привлекат такива членове те ги стимулират по различни начини да следват здравословен начин на живот (Denzel 2007).

В резултат новите здравни фондове бързо привличат по-млади и здрави членове. Така например, броят на хората във фондовете от ВКК мрежата се е повишил

от 5.2 милиона души през 1995 г. до 10 милиона през 2005 г. (Zwanzig 2008).Традиционните фондове остават с повече високо рискови осигурени и икономическият натиск върху тях е значителен, тъй като губят здрави членове със скорост по-голяма, отколкото привличат нови (Buchner, Wassem 2003). Например, предишните фондове за работници на ръчния труд, наречени "общи локални здравни фондове" /АОК/ са се стопили от 22.4 милиона членове през 1995г. до 18.2 милиона през 2005 г. (Zwanzig 2008).

От Консултативния съвет за оценка на развитието на системата на здравеопазването се изисква да представя доклад на Министерството на здравеопазването и на законодателната власт на всеки две години с цел да се идентифицират областите, в които здравните услуги са прекалено много на брой и незадоволителни по качество, и да конкретизира и анализира мерки за решаването на тези проблеми.

Тъй като напоследък немската здравеопазна система е възприела концепцията за 'регулираната' конкуренция и е определен таван на здравноосигурителните вноски, а възможностите за избор на фонд и лекари от пациента са доста големи, значителни усилия се насочват към повишаване на качеството на оказваната медицинска помощ, което е важен елемент на конкуренцията между доставчиците на услуги.

В областта на предоставянето на качествени медицински услуги, немската здравеопазна система традиционно разчита на механизмите на саморегулация на всеки един добре квалифициран медицински професионалист, на механизмите на регулация, създадени от обществени органи и държавни органи.

Германският социален кодекс, книга 5, част четвърта (Sozialgesetzbuch V) представлява законовата рамка на мерките за осигуряване на качествено обслужване в задължителното здравно осигуряване. Законът за модернизацията на задължителното здравно осигуряване от 2004 г. въвежда система за вътрешен качествен контрол. Член 137 от Книга 5 предвижда Общия федерален комитет да определя мерки за подържане и повишаване на качеството в болниците и спазването на медицинските стандарти за качество. В духа на немския 'корпоративизъм' Общият федерален комитет бива подпомаган от Асоциацията на частните здравни осигурители и Германската

медицинска асоциация. Комитетът е наел Федералния офис за осигуряване на качеството, който изработва доклади за всяка болница. Федералният офис е структура, създадена от Германската медицинска асоциация, Германската асоциация на болниците и задължителните и частните здравноосигурителни фондове. Доклади по качеството съставят и Асоциацията на лекарите в задължителното здравно осигуряване и различните фондове, което дава възможност за предоставяне на обективна и обемна информация на пациентите.

С научни и практически задачи в областта на осигуряване на качествено здравеопазване е натоварен и Институтът по качество и ефикасно здравно обслужване (Institut fu¨ r Qualita¨ t und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) (вж. Sozialgesetzbuch V, 2005: чл.139), който се финансира от задължителните здравноосигурителни фондове.В рамките на института се извършват значителни изследвания на качеството на предоставяните здравни услуги, ревизират се насоките за практикуване на медицина, основана на доказателствата, предлагат се изменения и подобрения в програмите на диагностично свързаните групи, оценяват се лекарства и се предоставя тази богата информация на обществото. Ето защо служителите му, в по-голямата си част, имат медицинско образование и по същество се занимават с научни изследвания и проучвания.

Доказано е, че пациентите в Германия имат силен интерес към информацията за качеството на здравните услуги (Nolting and Wasem, 2002; Dierks and Schaeffer, 2005). По този начин информацията за качеството на услугите се превръща във важен параметър на конкуренцията между доставчиците на здравни услуги. Самата конкуренция на основата на данните за качеството на услугите пък се превръща в стимул за по-нататъшно подобряване на качеството в немската здравна система (Sauerland, 2009).

Идеята за добър мениджмънт на предоставянето на здравни грижи получава важен импулс от Закона за конкуренцията в задължителното здравно осигуряване през 2007 г. Различни елементи (например фамилните лекари като вход за системата, прегледи за включване в системата, измервания за качество и т.н.) се възприемат, за да подобрят качеството на грижите и да контролират разходите чрез по-добра координация и по-ефективно използване на ресурсите за здравни грижи. След

реформата от 2004 г. броят на центровете за фамилни лекари, диагностично свързаните групи, центровете за медицински грижи и проекти за интегрирани грижи, се увеличават постоянно.

Понастоящем здравните каси предлагат центрове с общопрактикуващи лекари на техните членове (Bundesministerium für Gesundheit 2008). Данните за здравеопазването на Gesundheitsmonitor на Bertelsmann Stiftung показват, че тези, които се включват в GP програмата обикновено са възрастни, имат по-тежки заболявания, и страдат по- често от хронични болести, отколкото тези, които не участват (Bo¨ cken 2006). Броят на посещенията при специалист без направление е по-нисък в групата на пациентите, участващи в схемата GP, отколкото сред неучаствалите, което показва, че личните лекари са поели своята роля за управление и координиране на предлаганите услуги. Най-често участниците в програмата за обслужване от общопрактикуващи лекари са доволни от координиращата роля на на техните семейни лекари: 92% смятат, че направленията са дадени в точния момент и че ОПЛ обяснява изпращането при специалист по разбираем начин. Важно е, че пациентите държат да имат правото на свободен избор на специалист, а предоставените финансови предимства са основен стимул за включване в GP схемите (Bo ¨ cken, 2006).

Лекари и пациенти могат да участват в програмите за диагностично свързаните групи, които осигуряват координирани грижи по централно дефинирани, аргументирани стандарти на доброволни начала. Здравните каси в момента предлагат диагностично свързани групи за шест хронични заболявания: диабет тип 1 и 2, коронарна болест на сърцето, рак на гърдата, астма и хронична обструктивна белодробна болест. През декември 2008 г. повече от 5 милиона души са участвали в програми за диагностично свързани групи (AOK Kompakt, 2008). В провинция Северен Рейн повече от 70% от амбулаторните лекари участват в програмите за диагностично свързаните групи (Kassenbezogener Qualitätsbericht für das DMP). В допълнение за здравните каси е изключително изгодно да участват в диагностично свързани групи: броят на хронично болните, регистрирани в диагностично свързани групи (ДСГ), се взема предвид в схемата за адаптиране на риска. Резултатите от проучвания на мнението на пациенти и лекари, извършени от фондовете, показват, че и лекарите, и пациентите са доволни от качеството и координацията на грижите в програмите за диагностично свързаните групи.

Лицата, участващи в диагностично свързани групи, показват по-добри здравни резултати, като например подобряване на нивата на кръвната захар и кръвното налягането (Van Lente, Willenborg, 2006 г.; Elkeles et al. 2008). Особено значими са тези програми при контролиране на съпътстващите заболявания. В една програма за диабетици в източната провинция Саксония-Анхалт броят на годишните очни прегледи се е увеличил до 83% само за две години. (Kassenbezogener Qualitätsbericht für das DMP)

Създаването на медицински центрове (поликлиники) и сключването на договори за интегрирани грижи от страна на здравните каси и лекарите с цел стимулиране на интегрираната грижа се въвежда през 2004 г. За осъществяване на вътрешното сътрудничество между медицински и немедицински специалисти (като логопеди, професионални терапевти и др.) и специалисти, предоставящи дългосрочни грижи, 1% от общия бюджет на задължителното здравно осигуряване се пренасочва към тези нови договори за сътрудничество на специалисти. В източните провинции медицинските центрове и поликлиники се приемат добре, защото по същество те възстановяват позната вече форма на амбулаторни грижи в бившата ГДР (Henke, 1991 г.), като от 2005 г. броят им е нараснал от 270 до повече от 1000 в края на юни 2008 г. (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2008). Понастоящем броят на договорите за интегрирани грижи расте непрекъснато: от 613 договора в края на първата година (2005), заедно с финансов ресурс от 237.4 милиона евро и 2.07 млн. осигурени, до 6492 договора, заедно с финансов ресурс от 959 милиона евро и 4,475 775 осигурени в края на септември 2008 г. (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) 2008).

Като цяло, реформите от 2004 г.и 2007 г. създават правната и организационна рамка за по-добра координация и сътрудничество при предоставяне на здравни услуги. Все повече ДСГ, договори за интегрирани грижи и центрове за медицински грижи показват, че доставчиците и платците бавно, но сигурно се ангажират в нови форми на работа и са доволни от качеството на грижите по тези програми.

4.4. Изводи

Теоретико-критичният анализ на последните тенденции в развитието на здравноосигурителната система в Германия обхваща съвременните реформи във финансирането на здравноосигурителната система. Редистрибутивната схема, т.нар.Здравен фонд с отчитане на заболеваемостта – ДСГ(диагностично свързани групи),

и определянето на таван на здравните вноски в ЗЗО подпомага запазването на социалния характер на дейността на здравните каси. Пазарът на здравни услуги със строга регулация и прилаганите мениджърски подходи като точната преценка при реимбурсиране на услуги вече и в ЗЗО подпомагат намаляването на разходите в системата на ЗЗО. Повишение на приходите на здравните каси се цели чрез въвеждане на доплащане за здравните услуги.

Конкуренцията при предлаганите услуги, предоставянето на допълнителни премии и реимбурсации обвързват здравните вноски с предоставянето на здравни услуги, съответстващи на потребностите на здравноосигурените.Това е и един от начините за преодоляване на свръхпотреблението на здравни услуги.

С цел подържане на социалния характер на здравноосигурителната система се въвежда универсалност на здравната осигуровка, като посоката е към покриване на цялото население от този тип осигуровка, свързана с основен пакет услуги, достъпен както в задължителното, така и в частното осигуряване. Така се преодолява разликата между системата на здравното осигуряване и националните здравни системи като тази във Великобритания. Това е в унисон и с проследената световна тенденция към създаване на универсални здравни системи.

Увеличаването на държавните средства, отделяни за здравеопазване, е също характерно за ФРГ, като се правят опити средствата от продажба на цигари целенасочено да се използват за укрепване на здравната система. Това се оказва обща тенденция и за системите на здравно осигуряване като тази във ФРГ, и за националните системи като тази във Великобритания.

Съществена реформа в организацията на здравното осигуряване се постига чрез редица мерки за повишаване ефективността на здравната администрация. Значими промени в двустълбовия здравноосигурителен модел се постигат чрез повишаването на прага на доходите за преминаване към частно ЗО, както и необходимостта този доход да се получава не една, а три последователни години. Поддържането на принципа на социалната корпоративност в здравноосигурителната система се осъществява чрез функционирането на Общия федерален комитет, където взаимодействат държавата и обществените организации. Безспорно най-значимата съвременна реформа в

организационно отношение е въвеждането на универсално ЗЗО, което да предоставя достъп на цялото население до основния пакет услуги.

Както с промени в Социалния кодекс, така и чрез слагане на таван на здравните вноски конкуренцията между здравните каси се насочва предимно към здравните услуги. Реформите в предоставянето на здравните услуги са насочени към разширяване избора за пациентите и разнообразяването на услугите. Тук се включват всички области на здравеопазването от промоцията на здравето до рехабилитацията и грижите за терминално болните. Такава е целта и на допълнителните договори за съпътстващи услуги /здравни, социални, туризъм/. Ефективно функциониране на системата се постига и чрез точна преценка на включените в пакетите услуги според нуждите и предпочитанията на осигурените и разширяване на основния пакет. Използват се редица стимули, най-вече реимбурсации за осигурените, които не използват услуги. Пациентите се окуражават да изберат общопрактикуващ лекар като вход към системата. Това е още една характеристика, която се оказва обща за здравното осигуряване и националните системи като британската, например. Характерно за немското здравно осигуряване е, че дори и при въвеждане на общопрактикуващите лекари като „вход" за системата, възможностите за избор на лекар и лечебно заведение остават много широки и ОПЛ в много случаи действа по-скоро като консултант и експерт с цел избягване на лутането в системата и дублиране на прегледи и изследвания.

Въвеждането на диагностично свързаните групи и интегрираните грижи са други механизми за предоставяне на конкретни услуги, съобразно нуждите на конкретните пациенти. Тези реформи водят, от една страна, до разширяване на обхвата на здравните услуги (и като разнообразие на услугите, и като пациенти, до които те да достигнат), а от друга, до по-фина преценка на необходимостта от дадена услуга и така се постига по-висока ефективност на системата.

След задействане на механизми за насочване на всеки пациент към конкретно необходимите му услуги, друга основна насока на реформи в здравноосигурителната система на ФРГ са мерките за повишаване на качеството на услугите, като от проблем, решаван на ниво отделен здравен специалист, качеството се превръща в проблем, решаван от гражданското общество. В посока на осигуряването на

качествено обслужване се работи и чрез вече споменатите организационни форми - ОПЛ, ДСГ, интегрираните грижи.

5. СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

5.1. Анализ на данните за България

Анкетираните са разпределени в три възрастови групи с относително равен брой членове: 101 – са от 19-25 г., 81 – от 26 до 35 г. и 102 – от 36-65 г. Голям процент от анкетираните са със средно образование (60.1%), а останалите са с висше бакалавърско (26%) или магистърско образование (13.9%). По отношение на семейното си положение приблизително еднакъв процент са неженените/неомъжените (48,15%) и женените/омъжените (43,6%). Разведените са само 4,6%, а вдовците/вдовиците - 3,7%. Анкетираните се разпределят в 7 групи съобразно трудовата си дейност, като са обхванати от ръководен персонал и професионалисти до студенти и работещи на половин ден.

5.1. 1. Профилактичните прегледи в условията на здравното осигуряване.

По отношение на честотата на посещенията при личния лекар **(Въпрос 5)** голямо количество от анкетираните (35,76%) посещават личния си лекар веднъж годишно и същото количество (35,42%) – веднъж на 6 месеца, т.е. това са относително здрави хора. Само 17,01% посещават личния си лекар на всеки 3 месеца, а 10,42% - веднъж на месец.

Провеждането на профилактични прегледи през последната година **(Въпрос 6**) е осъществено при 66.5% от анкетираните. От посочилите броя на профилактичните си прегледи през последната година най-голям процент (42.6%) са направили само един профилактичен преглед.

5.1. 2. Заболеваемостта в условията на здравното осигуряване.

Въпрос 7 проучва при какъв специалист са се преглеждали анкетираните през последната година. 43.9% са посетили специалист по АГ, 28.2% - по вътрешни болести, 18.8%- офталмолог, 17% - УНГ, 15.81% -невролог, 11% – хирург, 9.97% - дерматовенеролог и 19.5% - друг специалист.

При изследването на заболеваемостта се употребяват освен използвания от нас метод – „по обръщаемост", още няколко подобни метода от клинично, патологоанатомично и мениджърско естество. Така че посочените тук проценти ни дават известна представа за заболяванията сред контингентите на здравното осигуряване в страната, но те следва да се прецизират с допълнителни проучвания върху „айсберга на заболеваемостта" (В.Борисов и др.). Въпреки това, обаче, данните имат своята значимост в рамките на нашето изследване, защото ранжират потребностите от съответните клинични специалисти.

От отговорите на анкетираните става ясно, че най-предните позиции се заемат от акушер-гинеколозите и интернистите, следвани от офталмолозите, УНГ специалистите и невролозите. Тази констатация представлява важна насока, която мениджърите на висшето медицинско образование и следдипломното обучение следва да съобразяват, за да се подготвят съответния брой специалисти за нуждите на здравноосигурителната система.

Установява се значителна статистически значима зависимост между посещенията при специалист по вътрешни болести и възрастта ($P<0.0001$). От посетилите такъв специалист 18,8% са на възраст между 19 и 25 г., 30,0% - между 26 и 35г. и 51,3% -между 36 и 65 г., тоест с нарастване на възрастта нараства и посещаемостта при специалист вътрешни болести.

Таблица 1. Разпределение на посещенията при интернист според възрастовите групи.

Посещения	Брой и процент на посещенията	Възрастови групи			Общо
		19 - 25	26 - 35	36 - 65	
Не посетили	Брой	86	57	61	204
	% в отговора	42,2%	27,9%	29,9%	100,0%
Посетили	Брой	15	24	41	80
	% в отговора	18,8%	30,0%	51,3%	100,0%
Общо	Брой	101	81	102	284
	% в отговора	35,6%	28,5%	35,9%	100,0%

Увеличаването на прегледите и посещенията с напредването на възрастта свързваме с неблагоприятната възрастова структура на населението и недостатъчно ефективната здравна и социална политика спрямо възрастното население в България, отразено в почти всички научни публикации на българските автори през последните няколко години, включени в нашия книгопис.

Тази констатация кореспондира с резултатите от лечението по линия на здравното осигуряване на пациенти в Първа МБАЛ – София през 2005 г.и 2010 г. В кардиологичното й отделение са хоспитализирани и лекувани с болести на органите на кръвообръщението, както следва: през 2005 г.: общо 1212 души (493 мъже и 719 жени); през 2010 г.: общо 1367 души (471 мъже и 896 жени). Относителният дял на възрастните над 65 г. е съответно 75% и 68% от всички преминали през отделението болни. Въпреки незначителното му намаление прави впечатление много високият дял на възрастните и старите хора.

В гастроентерологичното отделение на същата болница през 2005 г. са лекувани 57% и през 2010 г. – 48% пациенти над 65 г. Независимо от лекия спад на тези проценти високият им относителен дял е очевиден (Цв.Димитров. Старостта и стареенето в континуума на човешкото здраве, С., 2011).

В нашето изследване е установена статически значима зависимост между посещенията при интернист и трудовата дейност (P<0,05). От посетилите такъв специалист най-голям процент (31,3%) са професионалистите, работещи в производството и услугите.

Установена е статистически значима зависимост между посещенията при невролог и семейното положение на пациентите (P<0,05).

Установена е статистически значима зависимост между посещенията при невролог и трудовата дейност на пациентите (P<0,05). Най-висок е процентът на обслужващия персонал – 22.7%, следван от ръководен персонал и администрация - 20,5% и професионалисти в производството и услугите – 20.5%.

Установява се статистически значима зависимост между възрастта и прегледите при дерматолог (P<0,05). Най-младите са най-голям процент от посетилите дерматологични кабинети: 51,9% са между 19 и 25 г., 33,3% - между 26 и 35 г. и 14,8% - между 36 и 65 г.

Статистически значимата зависимост между посещенията при офталмолог и възрастта (P<0,05) показва, че при повишение на възрастта нарастват и посещенията при офталмолог. От посетилите специалист по очни болести 22,0% са между 19 и 25 г., 30,0% -между 26 и 35 г. и 48,0% - между 36 и 65 г.

Установената статистически значима зависимост между прегледите при офталмолог и образованието (P<0,01) показва, че при най-младата група непосетилите офталмолог към посетилите се отнасят като 87.4: 12.6 , при втората група 75 : 25, а при най-възрастните съотношението все повече се движи в посока към повече посещения при офталмолог и е 67.5 : 32.5.

Статистически значимата зависимост между посещенията при офталмолог и трудовата дейност (P<0,01) показва, че от посетилите офталмолог най-голям процент са професионалистите (32.7%), след това ръководния персонал и администрацията (23,1%), а след това студентите (15,4%).

Проучването дава данни за статистически значима зависимост и между посещенията при АГ специалист и възрастовите групи. От посетилите такъв специалист 36.4% са на възраст между 26 и 35 г., следвани от тези между 36 и 65 г. – 33.1%.

Хронични заболявания (**Въпрос 8)** през последните 5 години имат 39.7% от анкетираните. Най-голям процент анкетирани посочват като хронични или остри заболявания тези, свързани главно с дихателната система: ОВИ – 7.3%, грип – 3.4%, ангина – 3%,бронхопневмонии и възпаления на горните дихателни пътища – съответно, по 2.6%. Подобен процент страдат от хипертония (2.6%) или са имали гинекологични заболявания (2.6%).

Въпрос 9 събира информация относно явяването на ТЕЛК и ЦТЕЛК. От анкетираните само 5% са се явявали на такава комисия, което потвърждава, че болшинството от анкетираните са като цяло здрави хора. Това е така, защото болшинството от анкетираните са студенти, които рядко достигат до ТЕЛК.

Статистически значима зависимост съществува между явилите се на ТЕЛК и трудовата дейност . От тези, които са се явявали на ТЕЛК, най-голям процент (28.6%) са от ръководния персонал или администратори. Голям процент от явилите се са и професионалистите -21.4%. Следват ги обслужващия и техническия персонал с по 14.3%.

5.1.3. Одобрение на задължителното здравно осигуряване.

Данните от анкетата очертават картината на здравноосигурителната система в България.

Централен въпрос за здравноосигурителната система са възможностите за лечение и възстановяването след заболяване. Дейностите по възстановяването са особено важен елемент на промоцията на здравето, представляваща философия и основна цел, прокламирана от СЗО.

Мнението на респондентите относно това дали ЗЗО предоставя достатъчно възможности за лечение и възстановяване при заболяване **(Въпрос 10)** показва, че по-голямата част от анкетираните са негативно настроени, като 25.5% отговарят с категоричното „не", 39.7% - с „по-скоро не", а 23.4 % -с „по-скоро да". Това показва, че като цяло по-голямата част от анкетираните са негативно настроени относно възможностите за лечение в рамките на ЗЗО. Статистически значими зависимости между паспортните данни и отношението към ЗЗО не се установяват.

Таблица 2. Мнение относно възможностите за лечение в ЗЗО

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен Процент
Възможности за лечение в ЗЗО	0 не	74	25,4	25,5	25,5
	1 по-скоро не	115	39,5	39,7	65,2
	2 по-скоро да	68	23,4	23,4	88,6
	3 да	20	6,9	6,9	95,5
	4 нямам мнение	13	4,5	4,5	100,0
	Общо	290	99,7	100,0	
	Не дали отговор	1	,3		
Общо		291	100,0		

Общо на 65.2% от анкетираните не се предоставят достатъчно възможности за възстановяване на здравето след заболяване. Това е една тревожна констатация и следващите данни от анкетата помагат да се изяснява доколко това се дължи на организацията на здравноосигурителната система или на вътрешни социално-икономически проблеми, изострени от световната икономическа криза.

5.1.4. Дефекти на задължителното здравно осигуряване.

Въпрос 11 дава по-детайлна информация относно недостатъците, които респондентите откриват в ЗЗО**.** 49.5% от анкетираните посочват бавното обслужване, а 40.5% - недостатъчния достъп до лекари. 39.5% смятат, че преобладават финансовите интереси, а не интересите на пациента. 30.2% посочват лошата материална база, 27.8% - нерегламентираното плащане от джоба на пациента, 26.5%- неефективното лечение, а 18.2% - ниското ниво на хигиена. Други особености са посочени от 2.7%.

Тези, посочили бавното обслужване като отрицателна черта на ЗЗО, се разпределят главно във възрастовите групи 19-25 г. -43.9% и 36-65 г. – 30.2%, като най-малко са тези между 26 и 35 г. – 25.9%. Тези, които не са доволни от бързината на предоставяне на услугите, са предимно жени – 83.3%, неженени/неомъжени -57.3%, със средно образование – 59.7%. Най-голям процент сред тях са студентите/ стажантите/ специализантите - 35.5%.

От тези, които са посочили недостатъчния достъп до лекар като недостатък на ЗЗО, по-голямата част са на възраст между 36 и 65 г.(44.7%)., жени (84.7%), женените/омъжените (55.1%), със средно образование (50%). Според трудовата си дейност те се разпределят главно по следния начин: ръководни кадри - 17,2%, професионалистите - 23,3%, обслужващ персонал - 18.1%, студентите/специализантите - 21,6%.

Преобладаването на финансовите интереси пред тези на пациента са посочили предимно по-младите – между 19 и 25г. (45,9%) и между 26 и 35г. (28,8%), жените (89.6%), неомъжените (58.8%) , тези със средно образование (62.8%), студенти (42.7%).

От тези, които са избрали отговор „лошата материална база" повечето са в младежка възраст – между 19 и 25 г (39,8%) и между 26 и 35г. (34,9%), жени (87.5%), неженени/неомъжени (61.6%), със средно образование (65.5%) , студенти/стажанти – (39.1%).

Посочилите нерегламентираното плащане от пациентите като недостатък на ЗЗО са предимно на възраст между 19 и 25 г. (45,6% от посочилите този отговор) и между 36-65г. (30,4%), жени (90.1%), неженени/неомъжени (59.1%), със средно образование (70.4%), студенти (43.6%).

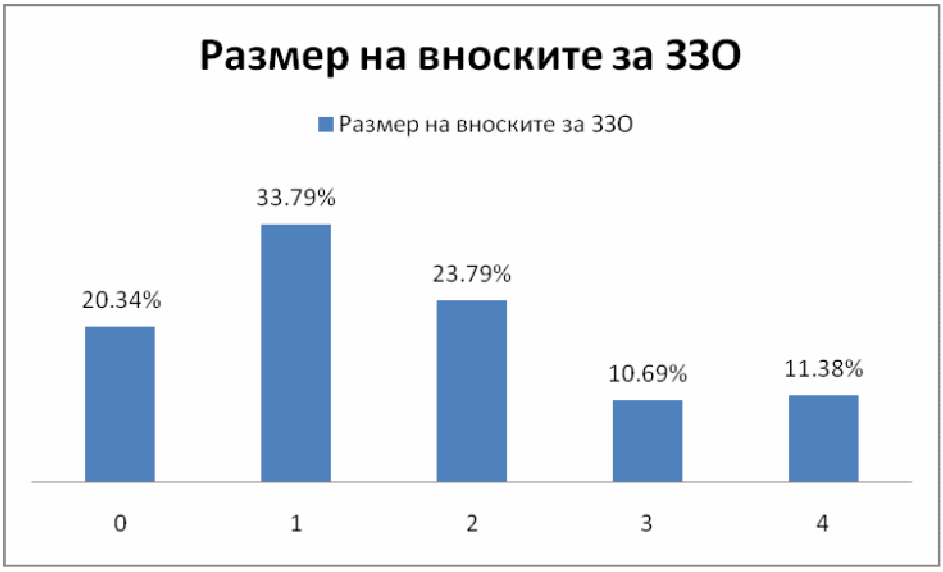
Тези, които считат, че ЗЗО предоставя неефективно лечение, са главно на възраст между 19 и 25 г. (40,3%) и между 36 и 65 г. (36,1%) и са жени (88.3%). Тези, които са посочили този отговор се разпределят почти по-равно между неженените/неомъжените (48.2%) и женените/омъжените (46.4%), със средно образование (58.4%) . Най-голям процент сред тях са студентите – 31.1% и професионалистите - 23,0%.

От посочилите лошата хигиена повечето са младежи – между 19 и 25 г. (43.1%) и между 26 и 35г. (37,3%), жени (96.2%), неженени/неомъжени (66.7%), със средно образование (55.8%), студенти/стажанти (37.3%).

5.1.5. Достъпност на медицинската помощ.

Въпрос 12. Високи ли са вноските за ЗЗО?

Въпрос 12 проучва мнението относно размера на здравните вноски. Анкетираните смятат, че вноските не са високи, но мнението им не е категорично, тъй като 20.34% са отговорили с „не", 33.7% - с „по-скоро не", а 23.7% - с "по-скоро да".



Легенда на отговорите: 0 –„не са високи", 1- „по-скоро не са високи", 2- „по-скоро са високи", 3- „ да, високи са", 4- „нямам мнение"

Фиг 1. Мнение на анкетираните относно размера на вноските за ЗЗО

Съществува статистически значима зависимост между мнението на анкетираните относно това дали вноските за ЗЗО са високи и възрастовата група на анкетираните ($P<0.01$).

От тези между 19 и 25 г., които са изказали мнение, почти еднакъв процент отговарят с „не" и „по-скоро не" (38.6%), от една страна, и с „да" и „по-скоро да" (43.6%), от друга. При тези между 26 и 35, обаче, преобладават отговорилите с „не" и „по-скоро не" (65%). При тези между 36 и 65 г. отново повече са отговорилите с „не" и

„по-скоро не” (63.7%). Следователно, колкото по-млади са анкетираните, толкова по-голям процент избират отговор „да, вноските за ЗЗО са високи”.

Таблица 3. Разпределение на мнението за размера на вноските за ЗЗО според възрастта.

			възрастови групи			Общо
			19 – 25г.	26 – 35 г.	36 – 65 г.	
Високи ли са здравните вноски ?	0	Брой	12	24	23	59
		% във възрастови групи	11,9%	30,0%	22,5%	20,8%
	1	Брой	27	28	42	97
		% във възрастови групи	26,7%	35,0%	41,2%	34,3%
	2	Брой	33	11	24	68
		% във възрастови групи	32,7%	13,8%	23,5%	24,0%
	3	Брой	11	10	9	30
		% във възрастови групи	10,9%	12,5%	8,8%	10,6%
	4	Брой	18	7	4	29
		% във възрастови групи	17,8%	8,8%	3,9%	10,2%
Общо		Брой	101	80	102	283
		% във възрастови групи	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда на отговорите: 0 –„не”, 1- „по-скоро не”, 2- „по-скоро да”, 3- „да”, 4- „нямам мнение”

Данните от нашето проучване относно размера на вноските, отразени на фиг. 1 и табл. 3 не кореспондират с медийните твърдения, според които те са твърде високи.

Въпрос 12 изяснява статистически значимата зависимост между мнението за размера на вноските за ЗЗО и образованието на респондентите ($P<0.01$).

Таблица 4. Разпределение на мнението за размера на вноските за ЗЗО според образованието.

			Отговори според образованието			Общо
			2 средно	3 висше бакалавър	4 висше магистър	
Високи ли са здравните вноски?	0	Брой	36	20	1	57
		% в образование	20,9%	26,7%	2,5%	19,9%
	1	Брой	50	32	16	98
		% в образование	29,1%	42,7%	40,0%	34,1%
	2	Брой	40	15	14	69
		% в образование	23,3%	20,0%	35,0%	24,0%
	3	Брой	22	4	4	30
		% в образование	12,8%	5,3%	10,0%	10,5%
	4	Брой	24	4	5	33
		% в образование	14,0%	5,3%	12,5%	11,5%
Общо		Брой	172	75	40	287
		% в образование	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда: 0 –„не”, 1- „по-скоро не”, 2- „по-скоро да”, 3- „да”, 4- „нямам мнение”

От анкетираните със средно образование отговорилите с „не” и „по-скоро не”, т.е. вноските не са високи, са 50%. При тези с висше бакалавърско образование отговорилите с „не” и „по-скоро не” вече са значителен процент – 69.4%. Тези със завършена магистратура са по-умерени в мнението си, като 40% отговарят „по-скоро не”, а 35% отговарят с „по-скоро да”, т.е мнозинството при тях се концентрира около „златната среда”. Следователно, колкото повече доходи получават здравноосигурените, толкова по-малко усещат финансовото натоварване от задължителните здравни вноски. Може да се приеме, че вноските са високи за хората с по-ниски заплати.

Въпрос 12 внася яснота и по отношение на това дали човек ще възприеме вноските си за ЗЗО като високи или ниски в зависимост от характера и продължителността на трудовата му дейност. Ръководният персонал и администраторите смятат, че вноските за ЗЗО не са или по-скоро не са високи (общо около 71.4% за двата отговора). Висок е този процент и при професионалистите (общо около 56.9%). При обслужващия персонал този процент е 73%. Същевременно, обаче, при студентите тези два отговора събират общо само 33.3%. Следователно, хората с постоянни доходи по-често възприемат вноските за ЗЗО като по-поносими, докато студентите ги смятат за високи.

Между вноските за ЗЗО и трудовата дейност се установява статистически значима зависимост ($P<0.01$).

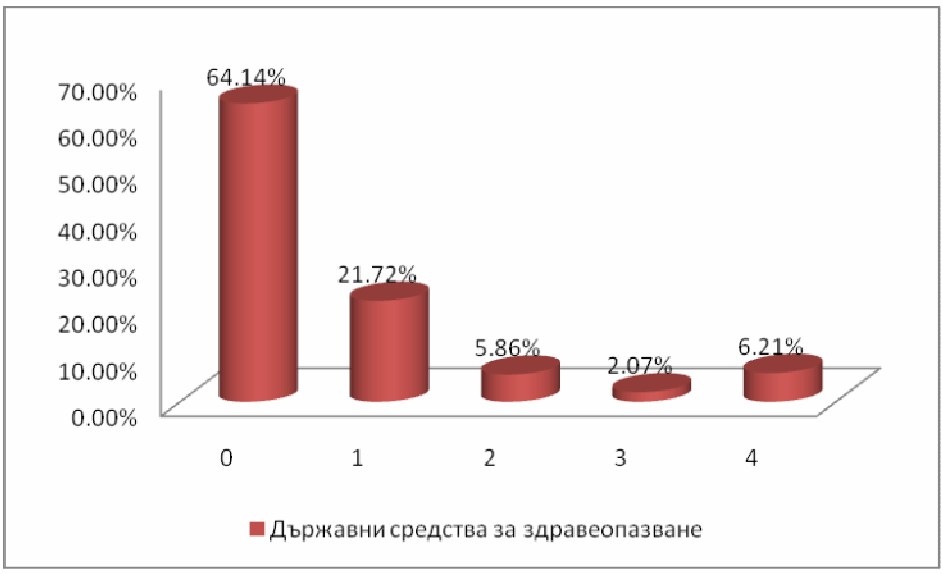
Таблица 5. Разпределение на мнението за размера на вноските за ЗЗО според трудовата дейност.

			Трудова дейност							
			ръководен персонал, администратор	професионалист, работещ в производството и услугите	на половин трудов договор или временно зает	Технически персонал	Обслужващ персонал	студент, стажант, специализант	друго	Общо
Високи ли са здравните вноски?	0	Брой	5	14	1	5	7	15	10	57
		% в труд. дейн.	14,3%	24,1%	12,5%	18,5%	18,9%	17,2%	33,3%	20,2%
	1	Брой	20	19	4	11	20	14	7	95
		% в труд. дейн.	57,1%	32,8%	50,0%	40,7%	54,1%	16,1%	23,3%	33,7%
	2	Брой	5	16	1	7	4	27	6	66
		% в труд. дейн.	14,3%	27,6%	12,5%	25,9%	10,8%	31,0%	20,0%	23,4%
	3	Брой	3	4	1	2	4	15	2	31
		% в труд. дейн.	8,6%	6,9%	12,5%	7,4%	10,8%	17,2%	6,7%	11,0%
	4	Брой	2	5	1	2	2	16	5	33
		% в труд. дейн.	5,7%	8,6%	12,5%	7,4%	5,4%	18,4%	16,7%	11,7%
Общо		Брой	35	58	8	27	37	87	30	282
		% в труд. дейн.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %	100,0 %

Легенда: 0 –„не”, 1- „по-скоро не”, 2- „по-скоро да”, 3- „да”, 4- „нямам мнение”

Въпрос 13. Достатъчни ли са допълнителните средства от държавния бюджет?

Следващата фиг.2 отразява мнението на анкетираните относно размера на средствата, отделяни от държавата за здравеопазване (**Въпрос 13).**



Легенда: 0 –„крайно недостатъчни", 1- „недостатъчни", 2- „по-скоро достатъчни", 3- „достатъчни", 4- „нямам мнение"

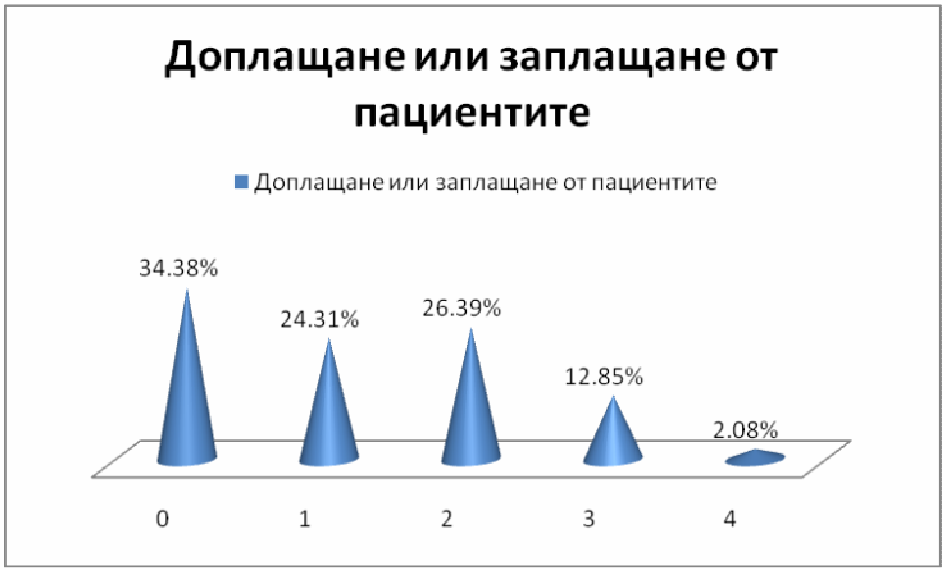
Фиг 2. Оценка на държавното финансиране на здравеопазването

Мнението на анкетираните по **Въпрос 13** от анкетата е, че държавните средства са недостатъчни и то е изключително категорично. 64.14% отговарят, че средствата са крайно недостатъчни, а 21.72% - недостатъчни. Това мнение отразява ниското ниво на държавните субсидии за здравеопазване, отделяни от държавата през последните десетилетия. В определена степен то би могло да бъде отражение и на психологически нагласи и носталгия по миналото, когато медицинското обслужване е било безплатно и широко достъпно за потребителите на здравни услуги, но води до прекалена употреба на услуги. Трябва да се подчертае „безплатно за потребителите", защото то никога не е безплатно за обществото като цяло.

Между размера на средствата, отделяни от държавата, и пола на анкетираните е установена статистически значима зависимост ($P<0.05$). 67.4% от жените и 49% от

мъжете отговарят с „не” относно това достатъчни ли са държавните средства за здравеопазване. Това показва, че жените са много по-категорични относно това, че държавните субсидии за здравеопазване не са достатъчни.

Въпрос 15. Склонни ли сте да плащате директно на лекаря?



Легенда на отговорите: 0 –не бих платил, 1- по-скоро не бих платил, 2- по-скоро бих платил, 3- бих платил, 4- нямам мнение

Фиг. 3. Доплащане и заплащане на медицинските услуги от пациентите в България

Индикация за друг аспект на достъпността на медицинската помощ дават резултатите от **Въпрос 15.** Горната диаграма показва негативното отношение на анкетираните към директното заплащане на медицинските услуги на лекаря. Мнозинството от анкетираните (58.69%) отговарят на въпроса за директното заплащане с „не” (34.38%) и „по-скоро не”(24.31%). Отговорилите „да” (12.85%) и „по-скоро да” (26.39%) са доста по-малко. Този резултат показва, че като цяло българинът няма нагласата да заплаща директно на доставчика на медицински услуги, което е резултат, от една страна, от спомена за широкодостъпното държавно здравеопазване от Семашков тип и от ниските доходи на населението, от друга.

Корелацията между готовността за заплащане и възрастта е статистически значима ($P<0.05$). Най-младите (от 19 до 25 г.: „не” – 30% и „по-скоро не” – 34%) клонят

към отрицателен отговор, което произтича от това, че те не разполагат със значителни или постоянни доходи. Към отрицателно в по-голяма степен клони и мнението на последната възрастова група (между 35 и 65 г.) с отговори: 40.6% -„не" и 20.8% - „по-скоро не", вероятно поради това, че обхваща и хора в по-напреднала възраст, които, първо, ако са пенсионери, не разполагат с достатъчно доходи и, второ, поради дългогодишни навици, изградени в един период, когато здравеопазването е предоставяно безплатно, не са склонни да заплащат директно на лекуващия ги медик.

Най- голям е процентът на отговорилите с „да" и „по-скоро да" във възрастовата група между 26 и 35 г. (общо около 50.1%), които вероятно разполагат с постоянни доходи и в съзнателната си възраст след политическите промени от 1989 г. са били лекувани в новите условия на фондово финансиране на здравеопазването.

Таблица 6. Заплащане на медицинските услуги от пациентите в трите възрастови групи

		Брой и процент на Анкетираните	Възрастови групи			Общо
			19 - 25	26 - 35	36 - 65	
Готовност за заплащане на лекаря директно от джоба	0	Брой	30	25	41	96
		% във възрастови групи	30,0%	31,3%	40,6%	34,2%
	1	Брой	34	14	21	69
		% във възрастови групи	34,0%	17,5%	20,8%	24,6%
	2	Брой	29	23	23	75
		% във възрастови групи	29,0%	28,8%	22,8%	26,7%
	3	Брой	6	17	12	35
		% във възрастови групи	6,0%	21,3%	11,9%	12,5%
	4	Брой	1	1	4	6
		% във възрастови групи	1,0%	1,3%	4,0%	2,1%
Общо	Брой		100	80	101	281
	% във възрастови групи		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда на отговорите: 0 –„не”, 1- „по-скоро не”, 2- „по-скоро да”, 3- „да”, 4- „нямам мнение”

Констатираме също така статистически значима зависимост между готовността за плащане на медицински услуги директно на лекаря (Въпрос 15) и семейното положение на изследваните ($P<0.05$).

Таблица7. Заплащане на медицинските услуги от пациентите според семейното положение.

			Семейно положение				Общо
			неженен/неомъжена	женен/омъжена	разведен/а	вдовец/вица	
Готовност за заплащане директно на лекаря	0	Брой	32	42	4	3	81
		% в пл.джоба	39,5%	51,9%	4,9%	3,7%	100,0%
	1	Брой	37	18	3	1	59
		% в пл.джоба	62,7%	30,5%	5,1%	1,7%	100,0%
	2	Брой	36	23	2	3	64
		% в пл.джоба	56,3%	35,9%	3,1%	4,7%	100,0%
	3	Брой	9	18	1	0	28
		% в пл.джоба	32,1%	64,3%	3,6%	,0%	100,0%
	4	Брой	1	3	0	2	6
		% в пл.джоба	16,7%	50,0%	,0%	33,3%	100,0%
Общо		Брой	115	104	10	9	238
		% в пл.джоба	48,3%	43,7%	4,2%	3,8%	100,0%

Легенда: 0 –„не”, 1- „по-скоро не”, 2- „по-скоро да”, 3- „да”, 4- „нямам мнение”

Несъздалите семейство очевидно се колебаят, защото те са най- голям процент и при „по-скоро не” (62.7%) и при „по-скоро да” (56.3%). Създалите семейство са най-много сред отговорилите с „да” (64.3%) и сред отговорилите с „не” (51.9%). Този резултат би могъл да се интерпретира така: семейните хора, особено ако са материално обезпечени, често не се интересуват от начина на заплащане на медицинските услуги, стига те да се предоставят бързо и качествено. За съжаление, ниското ниво на доходите, особено ако единият от семейството е без работа, не позволява на голям процент от семейните да се възползват от този начин за получаване на медицински услуги.

Установихме също така ярко изразена статистически значима зависимост между готовността за плащане на медицински услуги директно на лекаря (Въпрос 15) и степента на образование (P<0.01).

Таблица 8. Заплащане на медицинските услуги директно от джоба на пациентите според образованието им.

			Степен на образование			Общо
			средно	висше бакалавър	висше магистър	
Готовност за плащане директно на лекаря	0	Брой	59	27	11	97
		% в образование	34,5%	36,5%	27,5%	34,0%
	1	Брой	51	13	6	70
		% в образование	29,8%	17,6%	15,0%	24,6%
	2	Брой	45	13	18	76
		% в образование	26,3%	17,6%	45,0%	26,7%
	3	Брой	15	17	4	36
		% в образование	8,8%	23,0%	10,0%	12,6%
	4	Брой	1	4	1	6
		% в образование	,6%	5,4%	2,5%	2,1%
Общо		Брой	171	74	40	285
		% в образование	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда: 0 –„не”, 1- „по-скоро не”, 2- „по-скоро да”, 3- „да”, 4- „нямам мнение”

От анкетираните със средно образование около 64.3% отговарят на въпроса с „не” и „по-скоро не”. При анкетираните със висше образование със степен бакалавър процентът на далите такива отговори, намалява до 54.1%.

Болшинството от висшистите-магистри, обаче, са склонни да плащат директно на лекаря . Отговорите „да” и „по-скоро да” събират общо 55%. Тук може да се направи

директната връзка между осъзнаването на значимостта на медицинските услуги и на обстоятелството, че те се предлагат от високо квалифицирани специалисти, притежаващи висок ценз и дългогодишен стаж, от една страна, и високата степен на образованието на анкетираните и по-голямата им платежоспособност, от друга. Същевременно, можем да си позволим да направим индиректна връзка между степента на образование и материалната обезпеченост и да формулираме хипотезата, че по-високите доходи дават възможност на пациентите да се възползват от всичко, което им гарантира високо качество на медицинските услуги.

Направените хипотези относно зависимостта между готовността за директно плащане за лекаря и образованието се потвърждават и при значимата статистическа зависимост между склонността за директно плащане и трудовата дейност ($P<0.05$).

Най-голям процент студенти, стажанти и специализанти са отговорили с „не" и „по-скоро не"на директното плащане – общо около 68.6%. Около 62.5% от работещите на половин ден също са дали тези отговори. Висок е този процент и при обслужващия персонал: 59.4% са дали такива отговори. Получените данни подчертават отново връзката между размера на доходите и готовността за директно заплащане на медицинските услуги.

От друга страна, болшинството от професионалистите –около 52.6% , са дали отговори „да" и „по-скоро да". Тези отговори навеждат отново на мисълта, че професионалистите като цяло могат да оценят труда на медицинските специалисти, без да обръщат специално внимание на начините на заплащане на труда им.

5.1.6. Предпочитанията по отношение на здравната система.

Въпрос 14. Каква здравеопазна система бихте предпочели?



Фиг. 4. Предпочитания относно здравеопазната система в България

Отговорите на **Въпрос 14** относно предпочитанията по отношение на здравеопазната система дават най-обобщена представа за мнението на анкетираните относно цялостната организация на здравеопазването. 34,39% са избрали ЗЗО с фондово финансиране, 31,58% - националната здравна служба, 10,18% - частното здравеопазване, а 23,86 % биха предпочели някакъв неопределен плуралистичен модел. Анкетираните дават предимство на здравноосигурителния модел, който работи повече от десетилетие и се усъвършенства, макар и относително бавно. Наред с него висок е процентът и на посочилите национална здравна служба поради нейните особености и поради ниските за европейските стандарти доходи на населението. Значителният процент на избралите т.нар. плуралистичен модел при положение, че вероятно анкетираните имат бегла представа за него, може да произтича от неудовлетвореността на тези 20% от познатите им системи.

В известна степен процентното разпределение на поддръжниците на трите основни алтернативи говори и за недостатъчна информираност на населението за плюсовете и минусите на основните здравеопазни системи. Отсъствието на по-голяма категоричност в предпочитанията за здравна система вероятно се дължи на продължителната здравна реформа, свързана с многото все още нерешени проблеми като

финансово недофинансиране, недостатъчно добро качество на медицинските услуги, неравномерно териториално разпределение на ресурсите в здравеопазването.

Между предпочитанията по отношение на здравната система и възрастта съществува статистически значима зависимост (P<0.01).

От анкетираните на възраст между 26 и 35 г. 31.6% предпочитат ЗЗО, а 20.3% - национална здравна служба, което показва, че при младежите, чийто съзнателен живот е преминал в условията на демокрацията, предпочитанието за ЗЗО преобладава над това за държавно здравеопазване. Прави впечатление обаче, че в тази възрастова група процентът на отбелязалите плуралистичното или смесеното здравеопазване (34.2%) е значителен. Така в тази група съотношението ЗЗО: национална здравна служба: плуралистичен модел е приблизително 3:2:3.

От анкетираните на възраст от 36 до 65 г. 32.4% предпочитат ЗЗО, 31.4% - национална здравна служба и 27.5% - плуралистично здравеопазване. Така горното съотношение е 3:3:3. При по-възрастните естествено се завишава предпочитанието към националната здравна служба.

Наблюдаваните дотук съотношения говорят за това, че отсъства добре оформено мнение за най-добрата здравна система, което вероятно е резултат от недостатъчно информация за плюсовете и минусите на основните здравеопазни системи. Това се подсказва и от големия процент анкетирани, които са избрали плуралистичен модел, с който обществото не е запознато в необходимата степен и което подсказва желанието им да търсят алтернативи на ЗЗО и националната (държавната) здравна служба.

Сред най-младите разпределението между ЗЗО и националната здравна служба е много близко. Първият модел е предпочетен от 37.4%, вторият – от 41.4%, а плуралистичният – само от 12.1%. Близките проценти на ЗЗО и националната служба в тази възрастова група отново показва липса на добре оформено мнение по отношение на предпочитаната система и отсъствие на обществен консенсус за най-подходящата здравна система. Това вероятно се дължи на прекалено продължителната здравна реформа, свързана с многото все още нерешени проблеми като финансово недофинансиране, недостатъчно добро качество на медицинските услуги, неравномерно

териториално разпределение на ресурсите в здравеопазването, недостатъчно съобразяване на въведената здравноосигурителна система с националния здравно-застрахователен опит отпреди 1950г., когато почти половината от населението е било обхванато от службите и специалистите на здравното осигуряване.

Между предпочитанията по отношение на здравната система (въпрос 14) и трудовата дейност съществува статистически значима зависимост ($P<0.01$).

От анкетираните ръководни и административни служители най-много са предпочели модела на ЗЗО – 37.1%, а втората по големина част са избрали плуралистичния модел – 28.6%. Подобно е разпределението и при професионалистите. Най-голям процент (36.2%) от тях са избрали ЗЗО, а 27.6% предпочитат плуралистичния модел. При техническия персонал отново най-голям процент (55.6%) избират фондовото финансиране, а 25.9% - плуралистичната система.

В групите, заети с трудова дейност с по-скромни доходи, най-големите проценти са свързани с предпочитания към националната здравна система. При заетите на половин трудов договор този процент е 50%, при обслужващия персонал - 35.1%, а при студентите – 45.9%.

Следователно, можем да направим извода, че анкетираните с трудова дейност, осигуряваща им по-високи доходи, предпочитат ЗЗО, тъй като имат по-големи възможности да заплащат вноските си, а ако се наложи и да доплащат. За анкетираните с по-скромни доходи вероятно цената на медицинските услуги при националната здравна служба е скрита и те не я свързват пряко със заплащане от собствени финансови средства.

5.1.7. Необходимостта от медицинска помощ извън ЗЗО и доброволното здравно осигуряване.

Необходимостта от медицинска помощ извън ЗЗО се изяснява от получените отговори на **Въпрос 16**, че 51.74% са търсили медицинска помощ извън ЗЗО, а 39.24% - не са търсили. Високият процент на ползвалите медицинска помощ извън ЗЗО показва,че все още ЗЗО не може да задоволи напълно здравните потребности на осигурените.

Установява се статистически значима зависимост между медицинската помощ извън ЗЗО (въпрос 16) и семейното положение на анкетираните (P<0.05). От потърсилите медицинска помощ извън ЗЗО 51.3% са неженени/неомъжени и 44.4% са женени/омъжени. Същевременно, процентът на разведените (4.3%) е много нисък.

Таблица 9. Ползването на медицинска помощ извън ЗЗО и семейното положение на анкетираните.

	Семейно положение	Брой и %	Мед.п. извън ЗЗО			Общо
			0	1	3	
	неженен/неомъжена	Брой	46	60	7	113
		% в м.п. извън	47,9%	51,3%	28,0%	47,5%
	женен/омъжена	Брой	38	52	15	105
		% в м.п. извън	39,6%	44,4%	60,0%	44,1%
	разведен/а	Брой	5	5	1	11
		% в м.п. извън	5,2%	4,3%	4,0%	4,6%
	вдовец/вица	Брой	7	0	2	9
		% в м.п. извън	7,3%	,0%	8,0%	3,8%
Общо		Брой	96	117	25	238
		% в м.п. извън	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда на отговорите: 0 –„не”, 1- „да”, 3- „не са избрали отговор”

При изследването на зависимостта между медицинската помощ извън ЗЗО (Въпрос 16) и трудовата дейност се установява статистически значима зависимост (P<0,0001).

От анкетираните, които са на ръководни или обикновени административни постове, 51.4% са търсили помощ извън ЗЗО, а от професионалистите – 70.2% са дали същия отговор. Така са отговорили и 55.6% от техническия персонал.

От друга страна, 51.4% от обслужващия персонал и 51.2% от студентите и стажантите не са търсили медицинска помощ извън ЗЗО и са отговорили с „не”.

Тези данни отново потвърждават връзката между трудовата дейност и доходите на анкетираните, от една страна, и търсенето на медицинска помощ извън ЗЗО, от друга.

Таблица 10. Ползване на медицинска помощ извън ЗЗО и трудова дейност.

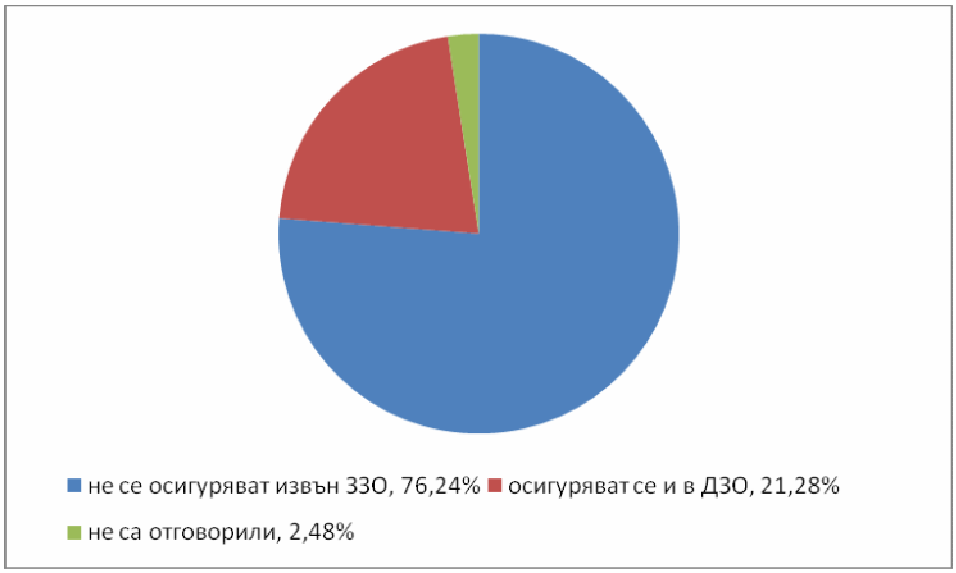
ТРУДОВА ЗАЕТОСТ	Брой и %	Мед. п. извън ЗЗО			Общо
		0	1	3	
1) ръководен персонал, администратор	Брой	10	18	7	35
	% в труд. дейн.	28,6%	51,4%	20,0%	100,0%
2) професионалист, работещ в производството и услугите	Брой	14	40	3	57
	% в труд. дейн.	24,6%	70,2%	5,3%	100,0%
3) на половин трудов договор или временно зает	Брой	2	4	2	8
	% в труд. дейн.	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
4) технически персонал	Брой	10	15	2	27
	% в труд. дейн.	37,0%	55,6%	7,4%	100,0%
5) обслужващ персонал	Брой	19	9	9	37
	% в труд. дейн.	51,4%	24,3%	24,3%	100,0%
6) студент, стажант, специализант	Брой	44	42	0	86
	% в труд. дейн.	51,2%	48,8%	,0%	100,0%
7) друга заетост	Брой	12	15	3	30
	% в труд. дейн.	40,0%	50,0%	10,0%	100,0%
Общо	Брой	111	143	26	280

Легенда на отговорите: 0 –„не”, 1- „да”, 3- „не са избрали отговор”

5.1.8. Отношение към доброволното здравно осигуряване.

Въпрос 17 показва каква част от анкетираните се осигуряват и доброволно.

76,24% не го правят и само 21,28% от анкетираните реално се осигуряват и доброволно. Твърде малкият процент българи, които могат и се осигуряват допълнително, е обезпокоителен, като се имат предвид многото проблеми при предоставяне на помощ в рамките на ЗЗО и е индикация за все още не напълно оползотворените възможности на ДЗО.



Фиг. 5. Здравно осигуряване по линия на ЗЗО и ДЗО

Съществува статистически значима зависимост между доброволното здравно осигуряване (Въпрос 17) и образованието ($P<0.05$).

Таблица 11. Ползване на медицинска помощ извън ЗЗО и образование.

	Образователни степени	Брой и %	Медиц.помощ извън ЗЗО			Общо
			0	1	3	
	средно	Брой	129	36	3	168
		% в образование	76,8%	21,4%	1,8%	100,0%
	висше бакалавър	Брой	51	20	1	72
		% в образование	70,8%	27,8%	1,4%	100,0%

	висше магистър	**Брой**	33	3	3	39
		% в образование	84,6%	7,7%	7,7%	100,0%
Общо		**Брой**	213	59	7	279

Легенда на отговорите: 0 –„не”, 1- „да”, 3- „не са избрали отговор”

В групите здравноосигурени с различни степени на образование има определено разпределение между тези, които се осигуряват доброволно или не. От анкетираните със средно образование 76.8% не се осигуряват доброволно, а 21.4% се осигуряват. При висшистите бакалаври с „не” отговарят 70.8%, а процентът на отговорилите с „да” нараства до 27.8%. При висшистите магистри не се осигуряват доброволно 84.6%, а процентът на тези, които се осигуряват, пада до 7.7%.

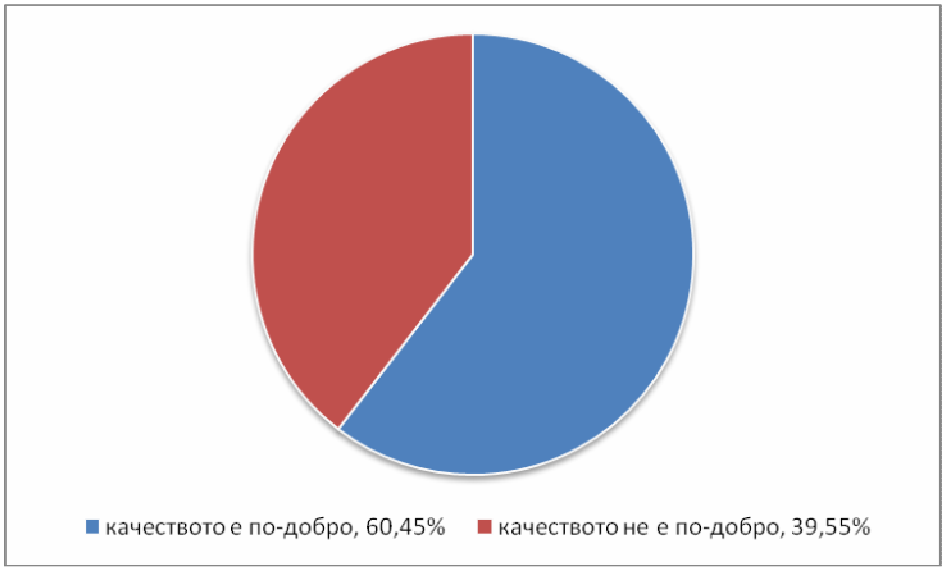
Рязкото намаление на доброволно осигуряващите се при висшистите магистри има отношение към отговора на същите тези магистри на въпроса дали биха заплащали медицински услуги директно на лекаря, където с „да” и „по-скоро да” отговарят цели 55%. Същевременно, хората с другите степени на образование отговарят по-скоро негативно на въпроса за склонността им да плащат директно, но пък показват по-висок процент при отговора на въпроса за това дали се осигуряват доброволно.

Оттук може да се направи изводът, че хората с по-висока степен на образование предпочитат директното плащане на лекаря, а останалите са склонни да се осигуряват доброволно.

Индиректно получаваме информация за желанието на българите да се осигуряват доброволно от високия процент на анкетираните, които показват **одобрение за ДЗО (Въпрос 18)**. Тук респондентите категорично показват одобрение за ДЗО. Това са общо около 60% от анкетираните: 38.25% казват „да” и 24.56% - „по-скоро да”. Процентът на тези, които не одобряват тази форма на здравно осигуряване, е нисък. Само 14,74% казват дефинитивно „не” на ДЗО, а 12.63% са избрали отговор „по-скоро не”. Това говори, че при подобряване на условията за възползване от предимствата на ДЗО

мнозинството анкетирани (и особено 50%, които търсят медицинска помощ извън ЗЗО) биха сключили договор за ДЗО.

Причините за предпочитане на ДЗО (Въпрос 19) са важна индикация не само за предимствата на ДЗО, но представляват и индиректно сравнение на условията, предоставяни от задължителното и доброволното осигуряване. Най-голям процент анкетирани (60.45%) са посочили, че качеството на услугите при ДЗО е по-добро.



Фиг 6. Очаквания за по-високо качество на медицинските услуги при ДЗО в България.

45.76% от тези, които предпочитат ДЗО, са посочили като причина за това по-квалифицираното и по-доброто отношение към пациентите. Установена е статистически значима зависимост между избора на този отговор и възрастта на посочилите го ($P<0.05$). От тези, които са го избрали 35.4% са между 19 и 25 г., 38%- между 26 и 35 г. и 26.6% - между 36 и 65 г.

От отговорилите на въпрос 19, 38.98% посочват, че „обслужването е по-бързо" в ДЗО и затова предпочитат ДЗО. Между избора на този отговор и трудовата дейност е установена статистически значима зависимост, като 31.8% от избралите отговора са студенти, 21.2% са ръководен персонал и обикновени административни служители.

Таблица 12. Оценка на бързината на обслужването в ДЗО според трудовата дейност на анкетираните.

ТРУДОВА ЗАЕТОСТ	Брой и %	Бързина на обслужването		Общо
		0	1	
ръководен персонал, администратор	Брой	7	14	21
	% в обслужв.	6,5%	21,2%	12,1%
професионалист, работещ в производството и услугите	Брой	31	7	38
	% в обслужв.	28,7%	10,6%	21,8%
на половин трудов договор или временно зает	Брой	4	2	6
	% в обслужв.	3,7%	3,0%	3,4%
технически персонал	Брой	13	8	21
	% в обслужв.	12,0%	12,1%	12,1%
обслужващ персонал	Брой	10	8	18
	% в обслужв.	9,3%	12,1%	10,3%
студент, стажант, специализант	Брой	34	21	55
	% в обслужв.	31,5%	31,8%	31,6%
друга заетост	Брой	9	6	15
	% в обслужв.	8,3%	9,1%	8,6%
Общо	Брой	108	66	174
	% в обслужв.	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда на отговорите: 0 –„не”, 1- „да”

От отговорилите на Въпрос 19, 30,5% са на мнение, че ДЗО работи с по-съвременна апаратура и това е посочено като причина за предпочитане на ДЗО.

Въпрос 20 изяснява за какви услуги анкетираните биха си направили договор за доброволно здравно осигуряване**.** Най-голям брой биха го направили за услуги извън пакета на ЗЗО (51,7%). От отговорилите на този въпрос 17,36% посочват, че биха сключили такъв договор за услугите от пакета на задължителното здравно осигуряване, което подсказва, че те не са доволни от качеството на услугите на ЗЗО.

Значителен процент (36,2%) посочват профилактичните услуги. Проучването ни установява определена статистическа значимост между осигуряването в ДЗО за профилактични услуги и пола на анкетираните ($P<0.05$). Данните показват, че биха го направили 20,4% от мъжете, докато при жените този процент е двойно по-голям- 39,8%.

Няма статистически значима зависимост между избора на профилактиката като причина за предпочитане на ДЗО (Въпрос 20) и семейното положение. Но тъй като стойността на P е почти гранична (приблизително равна на 0,05), то по-категорично заключение би могло да се направи след едно допълнително проучване. Настоящето проучване посочва, че в групата на неженените избралите този отговор са 31.8%, а при омъжените/женените те са 39.1% .

От всички отговорили на Въпрос 20, един значителен процент (27,9%) биха си направили договор за доброволно осигуряване за рехабилитационни услуги.



Фиг.7. Готовност за осигуряване за услуги в ДЗО в България

5.1.9. Равен/неравен достъп до здравноосигурителната система.

Отговорите на **Въпрос 21** относно **равенството или неравенството в достъпа до здравноосигурителната система** предоставят особено значима информация, към която българският гражданин винаги е бил изключително чувствителен. Мнозинството от анкетираните смятат, че различните граждани нямат равен достъп до здравни услуги: 45,1% смятат, че "няма", а 29,72% - че „по- скоро няма" равен достъп. Само 9,79% са отговорили с „има", а 8,39% - с „по-скоро има". Това показва, че въпреки наличието на голям брой алтернативи за услуги, покривани от различни типове здравно осигуряване или чрез директно заплащане или доплащане, гражданите нямат усещането, че съществува равен достъп до медицинските услуги.

Между равния достъп до здравни услуги и трудовата дейност се установява статистически значима зависимост (P<0.01).

Таблица 13. Корелация между равенството в достъпа до услуги и трудовата дейност.

ТРУДОВА ЗАЕТОСТ	Брой и %	Достъп до здравни услуги					Общо
		0	1	2	3	4	
Ръководен персонал, администратор	Брой	12	16	1	6	0	35
	% в труд. дейност	34,3%	45,7%	2,9%	17,1%	,0%	100,0%
Професионалист, работещ в производството и услугите	Брой	24	14	5	8	6	57
	% в труд. дейн.	42,1%	24,6%	8,8%	14,0%	10,5%	100,0%
На половин трудов договор или временно зает	Брой	3	1	0	1	3	8
	% в труд. дейн.	37,5%	12,5%	,0%	12,5%	37,5%	100,0%
Технически персонал	Брой	14	8	2	1	2	27
	% в труд. дейн.	51,9%	29,6%	7,4%	3,7%	7,4%	100,0%
Обслужващ персонал	Брой	18	9	1	7	2	37
	% в труд. дейн.	48,6%	24,3%	2,7%	18,9%	5,4%	100,0%

Студент, стажант, специализант	**Брой**	40	31	11	1	3	86
	% в труд. дейн.	46,5%	36,0%	12,8%	1,2%	3,5%	100,0%
Друга заетост	**Брой**	13	5	3	4	4	29
	% в труд. дейн.	44,8%	17,2%	10,3%	13,8%	13,8%	100,0%
Общо	**Брой**	124	84	23	28	20	279

Легенда: 0 –„не”, 1- „по-скоро не”, 2- „по-скоро да”, 3- „да”, 4- „нямам мнение”

Ако се разгледат процентите на далите различни отговори вътре във всяка група с определена трудова позиция, се оказва, че във всички групи най-голям процент събира отговор „не”. Изключение прави само групата на ръководния персонал и администрацията, където отговор „не” са дали 34.3%, а най-много от тях (45.7%) са дали отговор „по-скоро не”, т.е. тази група не е категорична, че не съществува равен достъп до здравни услуги.

Процентът на отговорилите „не” е най-голям при техническия персонал (51.9%) и обслужващия персонал (48.6%).

Най-голям процент „да” (достъпът е равен) в своите групи са дали хората от обслужващия персонал (18.9%), а също ръководните кадри и администрацията (17.1%).

В **заключение** проучването на някои аспекти на задължителното и доброволното здравно осигуряване в България разкрива важна и оригинална информация по съществени въпроси на здравноосигурителната система. Възможностите на ЗЗО за предоставяне на лечение и възстановяване от заболявания са оценени съвкупно като недостатъчни. Анкетираните ранжират основните дефекти на ЗЗО в следния ред: бавното обслужване, недостатъчния достъп, доминирането на финансовите интереси над интересите на пациента. Следват такива проблеми на ЗЗО като лошата материална база, нерегламентираните плащания и неефективното лечение.

Достъпността на здравното обслужване не се преценява като достатъчна. Размерът на вноските за ЗЗО най-общо не се определя като висок, но е проблем най-

вече за младите и тези, които не могат да разчитат на постоянни доходи. Достъпността на здравните услуги се затруднява поради икономически проблеми, което се потвърждава и от анкетираните - най-общо те оценяват средствата от държавния бюджет като недостатъчни. Поради ниските доходи на физическите лица и някои навици от миналото повечето здравноосигурени, с изключение на семейните и тези с по-високо образование, не са склонни да плащат директно на лекаря.

Анкетираните не са категорични относно предпочитаната здравноосигурителна система, тъй като фондовото здравно осигуряване и националната здравна система са посочени от около една трета всяка, а 20% избират т.нар. плуралистична система.

Анкетата илюстрира и голямата степен на необходимост от допълнителна медицинска помощ, тъй като 50% от осигурените са търсили помощ извън ЗЗО. Тази необходимост може да бъде удовлетворена от доброволното здравно осигуряване.

Отношението към ДЗО е проучено, като е изследвано реалното осигуряване в ДЗО и желанието за такова осигуряване. Около половината от анкетираните одобряват ДЗО, но само около 20% се осигуряват в ДЗО. Причините, поради които анкетираните предпочитат ДЗО, са преди всичко високото качество на услугите (60%), по-доброто отношение към пациента (45%), по-бързото обслужване (38%), по-добрата апаратура (30%). Същевременно, голяма част от анкетираните имат желание да се осигурят в ДЗО предимно за услуги извън пакета на ЗЗО (52%), но също и за тези в пакета (17%) , около една трета - за профилактика, а също и за рехабилитация.

Проучено е и мнението на анкетираните по отношение на равенството или неравенството на достъпа до здравната система. Преобладаващата част от анкетираните клонят към отрицателен отговор по отношение на равенството, като се колебаят единствено работещите като ръководен и редови персонал в администрацията.

5.2. Сравнителен анализ на данните от Германия

Сравнението на данните от проучването в България и Германия се прави въз основа на голям брой статистически значими зависимости, които показват, че данните по изследваните аспекти на здравноосигурителните системи в двете страни се

различават значително (статистически значимо). Това показва наличието на съществени различия в отношението на здравноосигурените към здравноосигурителните системи в България и Германия.

В таблица 14 са посочени зависимостите на променливите или зададените въпроси със страната. Р-стойността показва къде има статистически значима зависимост, тъй като данните от анкетата и съответно променливите са значимо различни за двете страни. Статистически значими зависимости са 38 (отбелязани в червено) от общо 44 зависимости, което показва значими различия в мнението на анкетираните в двете страни.

Таблица 14. Статистически значими зависимости между променливите в двете страни.

Променлива или въпрос	Критерий	Р-стойност
Възрастови групи- Въпрос1	**Pearson Chi-Square**	P<0.0001
Пол –Въпрос 1	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Сем.положение –Въпрос2	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Образование –Въпрос 3	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Труд. дейност- Въпрос 4	**Pearson Chi-Square**	P<0.0001
Посещения л. лекар-В.5	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Профил.прегледи –В 6	Точен критерий на Фишер	,729
Специалист–вътрешни-В7	Точен критерий на Фишер	,098
Хирург	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Невролог	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Дерматолог	Точен критерий на Фишер	P<0.01
УНГ	Точен критерий на Фишер	,401
Офталмолог	Точен критерий на Фишер	,190
АГ	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Друг	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Хрон.заболявания-В.8	**Likelihood Ratio**	P<0.0001
ТЕЛК –В.9	Точен критерий на Фишер	P<0.05
ЗЗО достат.възм. – В.10	**Pearson Chi-Square**	P<0.0001
ЗЗО -нед.достъп-В.11	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Бавно обслужване	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Неефект.лечение	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Нерегл. плащане	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Мат.база	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Хигиена	Точен критерий на Фишер	P<0.0001

Преобл.фин. интереси	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Друго	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Вноски ЗЗО–високи-В12	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Държ. средства –В. 13	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Предпочитана система-В14	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Директно пл.джоба –В15	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Мед.п. извън ошЗЗО-В.16	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Осигур. в ДЗО –В.17	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Одобр. ДЗО – В.18	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Предп. ДЗО-кач.усл.-В.19	Точен критерий на Фишер	,608
По-добро отнош.	Точен критерий на Фишер	,100
По-бързо обслужв.	Точен критерий на Фишер	P<0.01
По-добра апарат.	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Друго	**Likelihood Ratio**	P<0.01
ДЗО – усл.пакет ЗЗО –В.20	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Усл.извън пакет ЗЗО	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Профил. услуги	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Рехаб. услуги	Точен критерий на Фишер	P<0.0001
Друго	Точен критерий на Фишер	P<0.05
Равен достъп –В.21	Точен критерий на Фишер	P<0.0001

Проучванията, направени в България и Германия, са извършени с помощта на една и съща анкетна карта. Извадките на анкетираните в двете страни са сравнени по личните данни на анкетираните.

Въпрос 1. Лични данни

Броят на анкетираните в двете страни е приблизително еднакъв. Разпределението по възрастови групи показва, че процентът на тези, в първа възрастова група от 19 до 25 г., са приблизително два пъти повече в групата на анкетираните в Германия, отколкото на анкетираните в България. В групата от 26 до 35 г. процентът е приблизително еднакъв, а в последната възрастова група- от 36 до 65 г., процентът на тези в България е повече от два пъти по-голям от този в Германия.

В групата на анкетираните в България съотношението мъже: жени е 17.5: 82.5, а в групата от Германия същото съотношение е 59.2: 40.8.

Въпрос 2. Семейно положение

Съответно на структурата на анкетираните по възраст и пол е и тяхното семейно положение. В България неженените/неомъжените са 48.1%, а в Германия – 73.4%. Женените/омъжените в България са 43.6%, а в Германия – 21.9%. Това разпределение в голяма степен се дължи и на средната възраст за встъпване в брак, която в Германия е доста по-висока- 31 г.(2006 г.), докато за България е 27.5г. (2007 г.).

Въпрос 3. Образование

По отношение на образованието анкетираните в България със средно образование са 60.1%, а тези с висше - бакалавърска степен – 26%, докато тези в Германия със средно и с висше - бакалавърска степен, са с еднакъв процент - 42.8%. Висшистите с магистърска степен са почти еднакъв процент в двете страни.

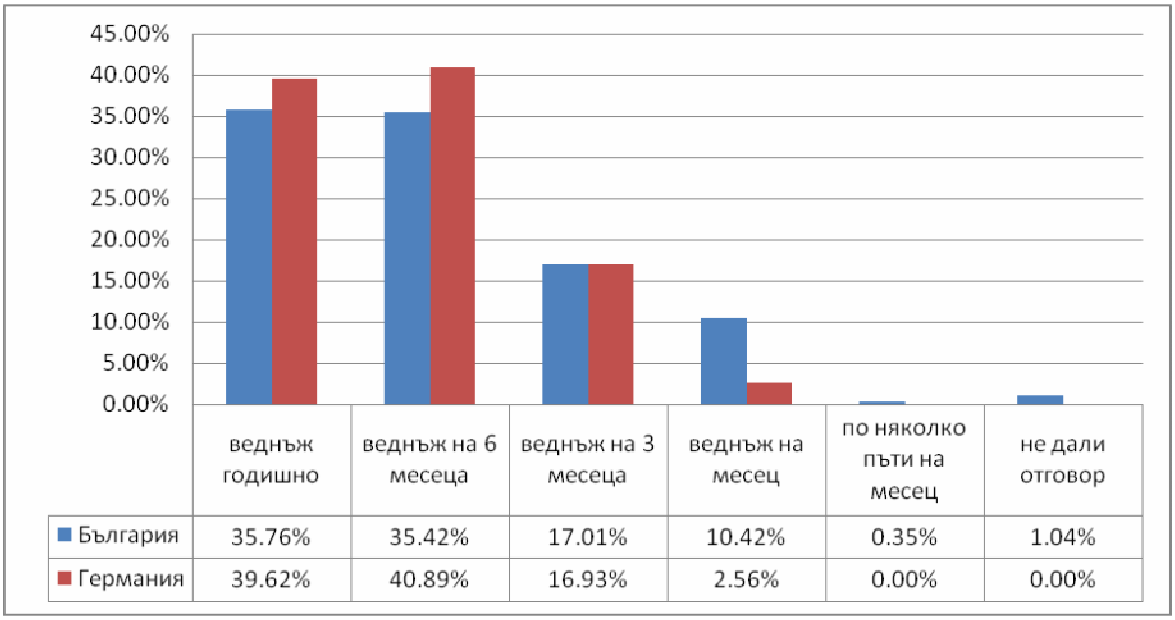
Въпрос 4. Трудова дейност

По отношение на трудовата си дейност анкетираните в двете страни се разпределят по следния начин. В България студентите са 30.7%, а тези в Германия – 63.9%. Обслужващият персонал в България е повече – 13.1%, а в Германия – 2.5%. Професионалистите, работещи в производството и услугите в българската извадка, са 20.5%, а в германската – 13.3%. Ръководният и изпълнителният административен персонал в двете страни са, съответно, 12.7% и 7.3%.

5.2.1. Профилактичните прегледи в условията на здравното осигуряване.

Въпрос 5. Колко често посещавате личния си лекар?

Установяваме статистически значима зависимост между посещенията при личния лекар (**Въпрос 5**) в съответната страна.



Фиг. 8. Честота на посещенията при личния лекар

Посещенията при личния лекар са повече и по-чести в България. 10.4% в България го правят веднъж месечно, докато в Германия – само 2.6%. В Германия е по-голям процентът на тези, които се преглеждат на 6 месеца – 40.9%, а в България той е 35.4%. В Германия по-голям е и процентът на тези, които посещават личния лекар веднъж годишно – 39.6, а в България той е 35.76%.

а. Статистически значими зависимости при Въпрос 5 по страни.

Анкетата, проведена в **Германия**, разкрива статистически значима зависимост между честотата на посещенията при личен лекар и образованието.

В проучването, проведено в Германия, се наблюдава статистически значима зависимост на посещенията при личен лекар от образованието ($P<0.05$). От хората със средно образование най- голям процент (48.1%) посещават лекаря си веднъж годишно. От тези с висше- бакалавърска степен, най-голям процент посещават личния си лекар веднъж на 6 месеца – 48.1%. От тези с магистърска степен 34.8% посещават личния си лекар веднъж годишно, а останалите проценти се разпределят между веднъж на 6 месеца – 30.4% и веднъж на 3 месеца – също 30.4%. Може да се направи извода, че тези със средно образование се преглеждат най-рядко, предимно веднъж годишно, тези с висше

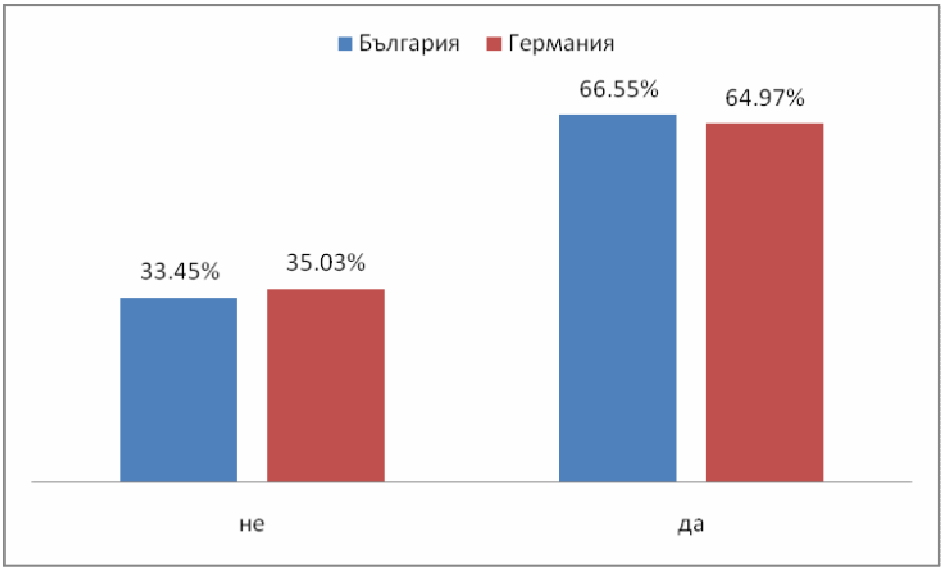
бакалавърско – по-често- предимно веднъж на 6 месеца, а магистрите най-често, като се разпределят приблизително по равно между 3 алтернативи: веднъж на 12,6 или 3 месеца.

Таблица 15. Честота на посещенията при личния лекар според образованието в Германия

Честота	Брой и %	Степени на образование				Общо
		средно	висше бакалавър	висше магистър	научна степен и звание	
веднъж годишно	Брой	64	44	16	0	124
	% в образование	48,1%	33,6%	34,8%	,0%	39,9%
веднъж на 6 месеца	Брой	48	63	14	1	126
	% в образование	36,1%	48,1%	30,4%	100,0%	40,5%
веднъж на Змесеца	Брой	18	21	14	0	53
	% в образование	13,5%	16,0%	30,4%	,0%	17,0%
веднъж на месец	Брой	3	3	2	0	8
	% в образование	2,3%	2,3%	4,3%	,0%	2,6%
Общо	Брой	133	131	46	1	311
	% в образование	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Въпрос 6. Правени ли са Ви профилактични прегледи през последната година?

Почти еднакъв процент и в двете страни са преминали през профилактичен преглед – 66.55 в България и 64.97- в Германия.



Фиг. 9. Извършени профилактични прегледи в България и в Германия

5.2.2. Заболеваемостта в условията на здравното осигуряване.

Въпрос 7. През последната година при какъв специалист сте се преглеждали и колко пъти?

Почти еднакъв процент са миналите на преглед при специалист по вътрешни болести - 28.2% в България и 34.7% в Германия.

а. Статистически значими зависимости при Въпрос 7- посещения при специалист по вътрешни болести по страни.

Както вече установихме, в **България** съществува статистически значима зависимост между посещенията при интернист и възрастовите групи, като колкото по-висока е възрастта, толкова по-голям е процентът на прегледалите се.

В **Германия** връзката между възрастовите групи и посещенията при интернист също е статистически значима ($P<0.01$). Прегледи са направили по-голям дял хора в по-високите възрастови групи – в групата от 36 до 65 г. са се прегледали 42.5%, а в групата от 25 до 35 г. - 47.9%.

Таблица 16. Посещения при специалист вътрешни болест и възрастови групи в Германия.

		Брой и процент	Възрастови групи			Общо
			19 – 25	26 - 35	36 - 65	
Посещения при интернист	0	Брой	147	38	23	208
		% във възрастови групи	71,4%	52,1%	57,5%	65,2%
	1	Брой	59	35	17	111
		% във възрастови групи	28,6%	47,9%	42,5%	34,8%
Общо		Брой	206	73	40	319
		% във възрастови групи	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда: 0- отговор „не”, 1- отговор „да”

Налага се изводът, че и в двете страни посещенията при интернист нарастват при преминаване в по-висока възрастова група. Посещенията при интернист в Германия са в статистически значима зависимост и от пола (P<0.05). От посетилите такъв специалист приблизително два пъти повече са мъжете.

Таблица 17. Посещенията при специалист по вътрешни болести според пола в Германия

		Брой и процент	Пол		Общо
			Мъж	жена	
Посещения при интернист	0	Брой	113	93	206
		% във вътрешни	54,9%	45,1%	100,0%
	1	Брой	74	36	110
		% във вътрешни	67,3%	32,7%	100,0%

Общо	**Брой**	187	129	316
	% във вътрешни	59,2%	40,8%	100,0%

Легенда: 0- отговор „не”, 1- отговор „да”

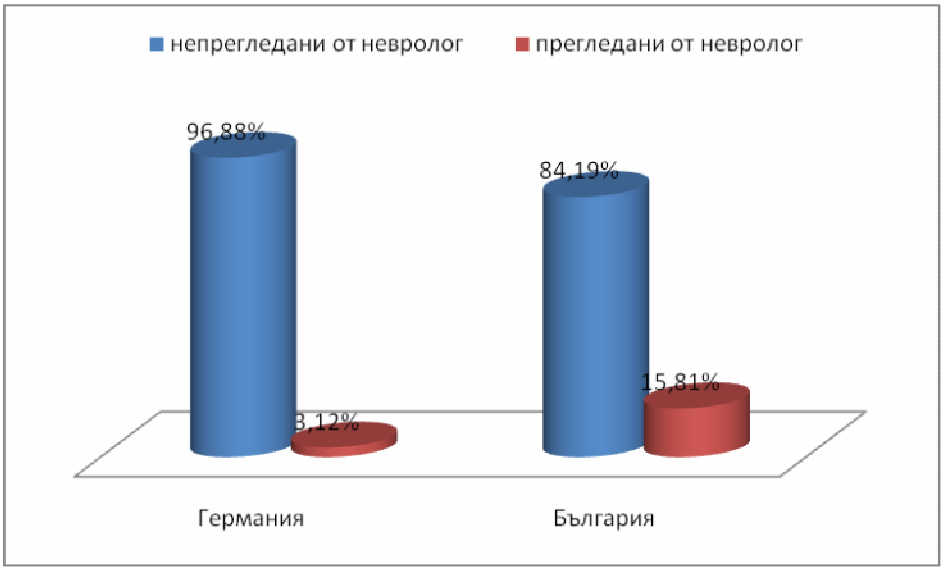
Установява се също така статистически значима зависимост между страната и посещенията при хирург.



Фиг. 10. Посещения при хирург

В България тези, които са се прегледали при хирург през последната година, са 11%, а в Германия – само 3.44%. Следователно, прегледите при хирург в Германия са четири пъти по-малко, отколкото в България. Това показва, че все още има какво да се направи по отношение на броя прегледи при специалисти и компетенциите на общопрактикуващите лекари в България.

Същото се отнася и до прегледите при невролог. Тук също установяваме статистически значима зависимост в двете страни и отново констатираме, че прегледите при невролог в Германия са пет пъти по-малко, отколкото в България - 3.12% срещу 15.81%.



Фиг. 11. Посещения при невролог

а. Статистически значими зависимости при Въпрос 7: Посещения при невролог по страни.

Както бе демонстрирано по-горе, посещенията при невролог в **България** зависят в значителна степен от трудовата дейност, като най-голям процент открихме при обслужващия персонал и професионалистите.

В проучването ни в **Германия** установихме статистически значима зависимост между прегледите при невролог и трудовата дейност ($P<0.01$). В отделните групи трудова дейност най-голям е делът на прегледалите се при обслужващия персонал, като прегледалите се се отнасят към непрегледалите се като 25:75.(1:3). По този показател на второ място са заетите на половин или на временен трудов договор, които очевидно също са заети с неквалифициран труд, като съотношението при тях е 11.1 : 88.9 или приблизително 1:9.

Става ясно, че неквалифицираният и вероятно в по-голяма степен физическият труд водят до повишаване на посещенията при невролог.

Таблица 18. Посещенията при невролог според трудовата дейност в Германия

		Брой и %	**Трудова дейност**						**Общо**
			ръководен персонал, администратор	**професионалист, работещ в производството и услугите**	**на половин трудов договор или временно зает**	**технически персонал**	**обслужващ персонал**	**студент, стажант, специализант**	
Посещения при невролог	**0**	**Брой**	21	41	16	22	6	200	306
		% в труд. дейност	91,3%	97,6%	88,9%	95,7%	75,0%	99,0%	96,8%
	1	**Брой**	2	1	2	1	2	2	10
		% в труд. дейн.	8,7%	2,4%	11,1%	4,3%	25,0%	1,0%	3,2%
Общо		**Брой**	23	42	18	23	8	202	316
		% в труд. дейн.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда: 0- отговор „не”, 1- отговор „да”

И в двете страни се проявява една обща тенденция – регистрират се повече посещения при невролог от обслужващия персонал.

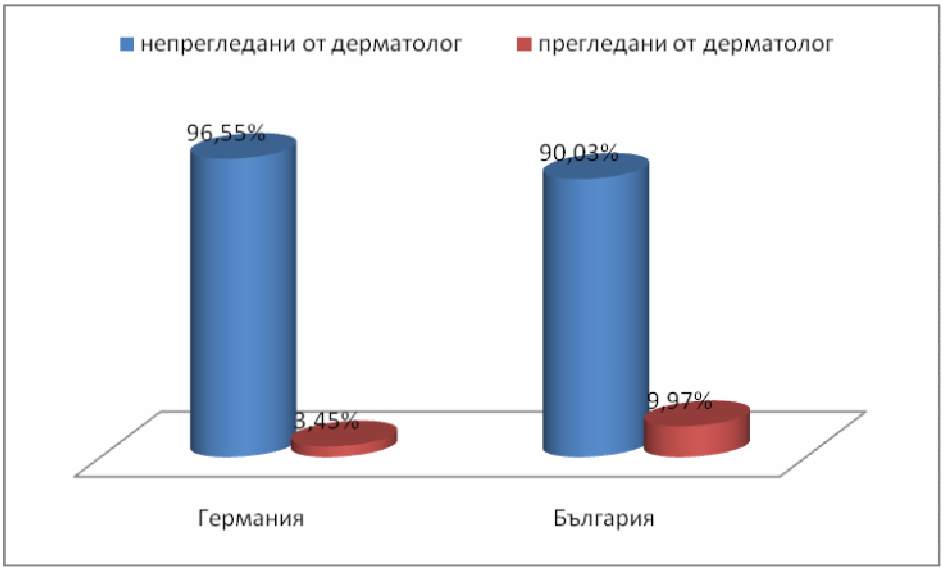
Анкетата показва, че в Германия посещенията при невролог имат статистически значима зависимост и от възрастовата група ($P<0.05$). От анкетираните между 36 и 65 г. са се прегледали 10%, между 26 и 35 г. - 4.1%, а в групата на тези между 19 и 25г. - само 1.5%. Това показва, че с нарастване на възрастта посещенията при невролог в Германия нарастват.

Таблица 19. Посещенията при невролог според възрастта в Германия

		Брой и %	Възрастови групи			Общо
			19 – 25	26 – 35	36 - 65	
Посещения при невролог	0	Брой	203	70	36	309
		% във възрастови групи	98,5%	95,9%	90,0%	96,9%
	1	Брой	3	3	4	10
		% във възрастови групи	1,5%	4,1%	10,0%	3,1%
Общо		Брой	206	73	40	319
		% във възрастови групи	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда: 0- „не”, 1-„да”

Подобна е ситуацията и по отношение на прегледите при дерматолог (съществува статистически значима зависимост), където процентът също е съществено различен в двете страни. Проучването показва 3.45% в Германия и 9.97% в България. Следователно, прегледите при дерматолог в Германия са три пъти по-малко, отколкото в България.



Фиг. 12. Посещения при дерматолог

Делът на прегледите при УНГ специалист и офталмолог и в двете страни е сходен и при тях няма статистически значима зависимост, т.е. делът на прегледите при тези специалисти и в двете страни е сходен.

По-голям е процентът на прегледи при АГ в България – 43.9%, отколкото в Германия – 10%.

Въпрос 8. През последните 5 години от какви остри или хронични заболявания сте боледували?

Установява се статистически значима зависимост между това дали анкетираните са боледували от остри и хронични заболявания и страната (P< 0.0001). От анкетираните в България 60.3% не са посочили такива заболявания през последните 5 години. От анкетираните в Германия 61.8% също не са дали отговор, а 34.2% са отговорили, че не са прекарали никакви остри заболявания и нямат хронични такива. Следователно, от такива заболявания в България са боледували 39.7% от анкетираните, а в Германия – само 4%. И в двете страни най-голям процент са възпалителните заболявания, свързани с дихателната система, но в България общият процент, посочен от анкетираните, е 18.9%, а в Германия – 2.2%.

Въпрос 9. Явявали ли сте се на ТЕЛК/ЦТЕЛК и какъв процент инвалидност Ви е определен?

Съществува статистически значима зависимост между страната и прегледите при ТЕЛК. На ТЕЛК в България са се явявали 5%, а в Германия – само 1.6%.

По отношение на заболеваемостта отговорите на анкетираните показват, че като цяло те са здрави хора. Тези резултати се дължат на големия процент млади хора сред анкетираните в двете страни, а също и на силно развитата профилактика, по-високия жизнен стандарт на живот в Германия, както и на развитата база и традиции в профилактиката, спорта и туризма.

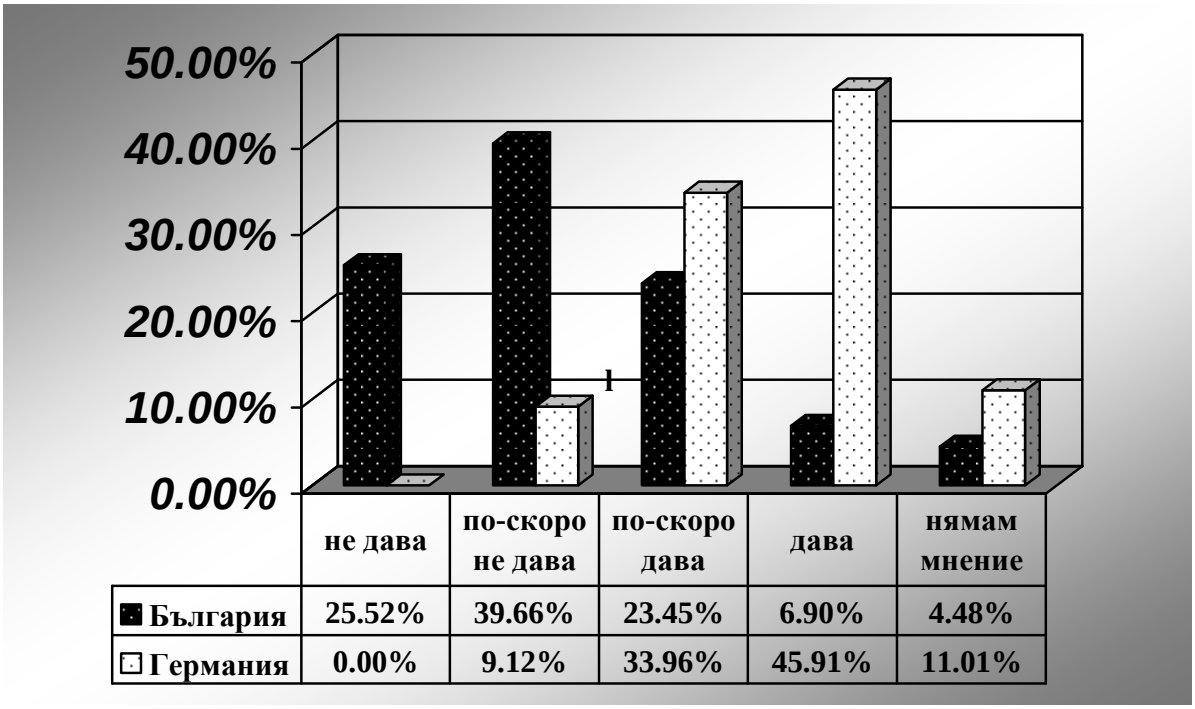
5.2.3. Одобрение на задължителното здравно осигуряване.

Въпрос 10. Дали задължителното здравно осигуряване Ви предоставя достатъчно възможности за лечение и възстановяване при заболяване/ достъп до лекари, ефективно лечение, отпуск по болест и рехабилитация/?

Установяваме статистически значима зависимост между страната и отговора на въпроса достатъчно ли прави ЗЗО за лечение и възстановяване от болести. В България на този въпрос с „не" отговарят 25.5%, а с „по-скоро не" – 39.7%. В Германия в негативния край на спектъра са само 9.1% с отговор „по-скоро не".

От друга страна с „да" отговарят 45.9% в Германия, но само 6.9% в България. С „по-скоро да" отговарят 23.4% в България и 34% в Германия.

Мнението в двете страни относно това дават ли здравноосигурените одобрението си за възможностите за лечение и възстановяване при ЗЗО е поляризирано, което определено свързваме с различните възможности на здравноосигурителните системи. В Германия четири пети отговарят положително на този въпрос (79.9% отговарят с „да" и „по-скоро да"), а в България две трети отговарят отрицателно (65.2% отговарят с „не" и „по-скоро не").



	не дава	по-скоро не дава	по-скоро дава	дава	нямам мнение
България	25.52%	39.66%	23.45%	6.90%	4.48%
Германия	0.00%	9.12%	33.96%	45.91%	11.01%

Фиг 13. Мнение относно възможностите за лечение и възстановяване при ЗЗО

а. Статистически значими зависимости при Въпрос 10 в двете страни.

В **Германия** се установява статистическа значимост на връзката между възрастовата група и отговора на **Въпрос 10** за това дали ЗЗО предоставя достатъчно възможности за лечение и възстановяване ($P<0.01$). От отговорилите с „да" най-много са най-младите между 19 и 25 г. – 67.1%, следвани от тези между 26 и 35 г. – 26%. Най-малък е процентът на най-възрастните – 6.8%. Подобно е и разпределението по възраст при отговорилите с „по-скоро да" – съответно 63,6%, 26,2% и 10,3%. Това показва, че удовлетворението от предлаганото от ЗЗО обслужване е най-голямо сред най-младите. Забележително е, че няма нито един анкетиран, който да е отговорил с категоричното „не". Това показва, че в Германия се дава цялостна висока оценка на дейността на ЗЗО.

Таблица 20. Мнението относно възможностите за лечение при ЗЗО и възрастовите групи в Германия.

			Ввъзрастови групи			Общо
		Брой и %	19 - 25	26 -35	36 -65	
Възможности за лечение при ЗЗО	по-скоро не	Брой	18	2	9	29
		% в този отговор	62,1%	6,9%	31,0%	100,0%
	по-скоро да	Брой	68	28	11	107
		% в този отговор	63,6%	26,2%	10,3%	100,0%
	да	Брой	98	38	10	146
		% в този отговор	67,1%	26,0%	6,8%	100,0%
	нямам мнение	Брой	22	5	8	35
		% в този отговор	62,9%	14,3%	22,9%	100,0%
Общо		Брой	206	73	38	317
		% в този отговор	65,0%	23,0%	12,0%	100,0%

В **Германия** статистическата зависимост на отговорите на въпрос 10 и семейното положение (P<0,0001) показва, че най-висока оценка за дейността на ЗЗО дават неомъжените/неженените. 50.2% от тях отговарят с „да” на въпрос 10 за възможностите на ЗЗО, а 34.9% - с „по-скоро да”. При женените/омъжените тези проценти намаляват и са съответно -35.7% и 34.3% , а при разведените те са по-ниски - съответно 25% и 16.7%. Това показва, че необвързаните често са най-млади и дават най-добра оценка за възможностите на ЗЗО.

Таблица 21. Мнението относно възможностите за лечение при ЗЗО и семейното положение в Германия

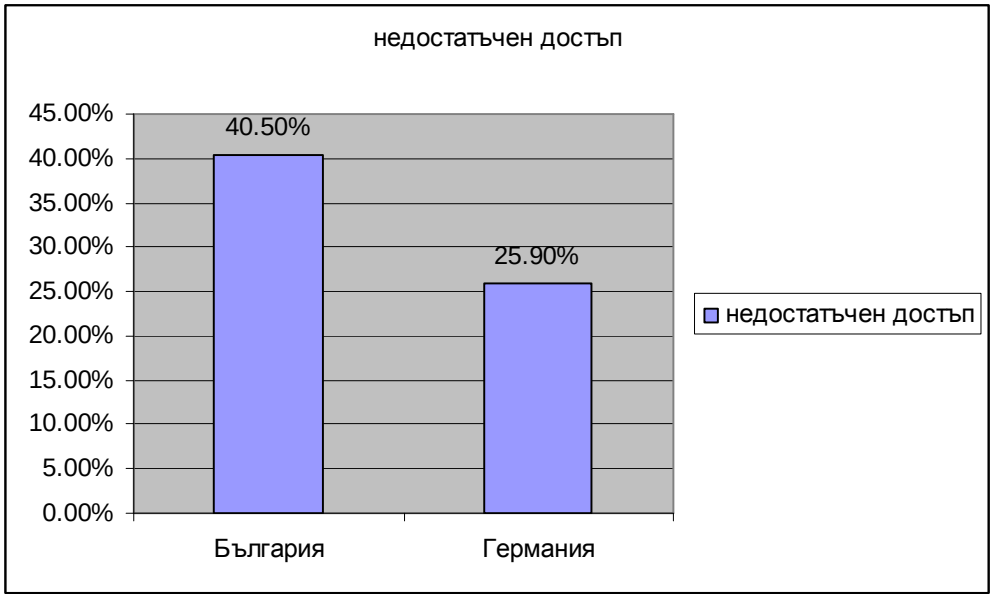
		Брой и процент	**Семейно положение**				**Общо**
			неженен/неомъжена	**женен/омъжена**	**разведен/а**	**вдовец/вица**	
Възможности за лечение в ЗЗО	**по-скоро не**	**Брой**	14	10	5	0	29
		% в сем.положение	6,0%	14,3%	41,7%	,0%	9,1%
	по-скоро да	**Брой**	82	24	2	0	108
		% в сем.пол.	34,9%	34,3%	16,7%	,0%	34,0%
	Да	**Брой**	118	25	3	0	146
		% в сем.пол.	50,2%	35,7%	25,0%	,0%	45,9%
	нямам мнение	**Брой**	21	11	2	1	35
		% в сем.пол.	8,9%	15,7%	16,7%	100,0%	11,0%
Общо		**Брой**	235	70	12	1	318
		% в сем.пол.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5.2.4. Дефекти на задължителното здравно осигуряване.

Въпрос 11. Какво не одобрявате в обслужването, предоставяно чрез задължителното здравно осигуряване?

Тук установихме, че съществува статистически значима зависимост между страната и посочения отговор - „недостатъчен достъп до лекари”. При изследване на дефектите на задължителното здравно осигуряване „недостатъчният достъп до лекари”

е посочен от приблизително два пъти по-малко анкетирани в Германия, отколкото в България (25.9 % за ФРГ и 40.5% за България).



Фиг 14. Дефекти в обслужването при ЗЗО: Недостатъчен достъп до услуги

„Бавното обслужване" е посочено от приблизително два пъти по-малко анкетирани в Германия (24.1%), отколкото в България (49.5%).

Таблица 22. Дефекти в обслужването при ЗЗО: Бавно обслужване

	България	Германия
Обслужването не е бавно	0%	31.3%
Обслужването е бавно	49.5%	24.1%
Не са дали отговор	50.5%	44.6%

Отговорът „неефективното лечение” като дефект на ЗЗО е избран от три пъти по-малко анкетирани в Германия (7.8%), отколкото в България (26.5%).

Като цяло в сравнение с германците българите откриват много повече проблеми в здравното обслужване, предоставяно от здравноосигурителната система (несъобразяване с интересите на пациентите – 39.5%, лоша материална база – 30.2 %, нерегламентираното плащане от джоба на пациента- 27.8%, лоша хигиена – 18.2%).

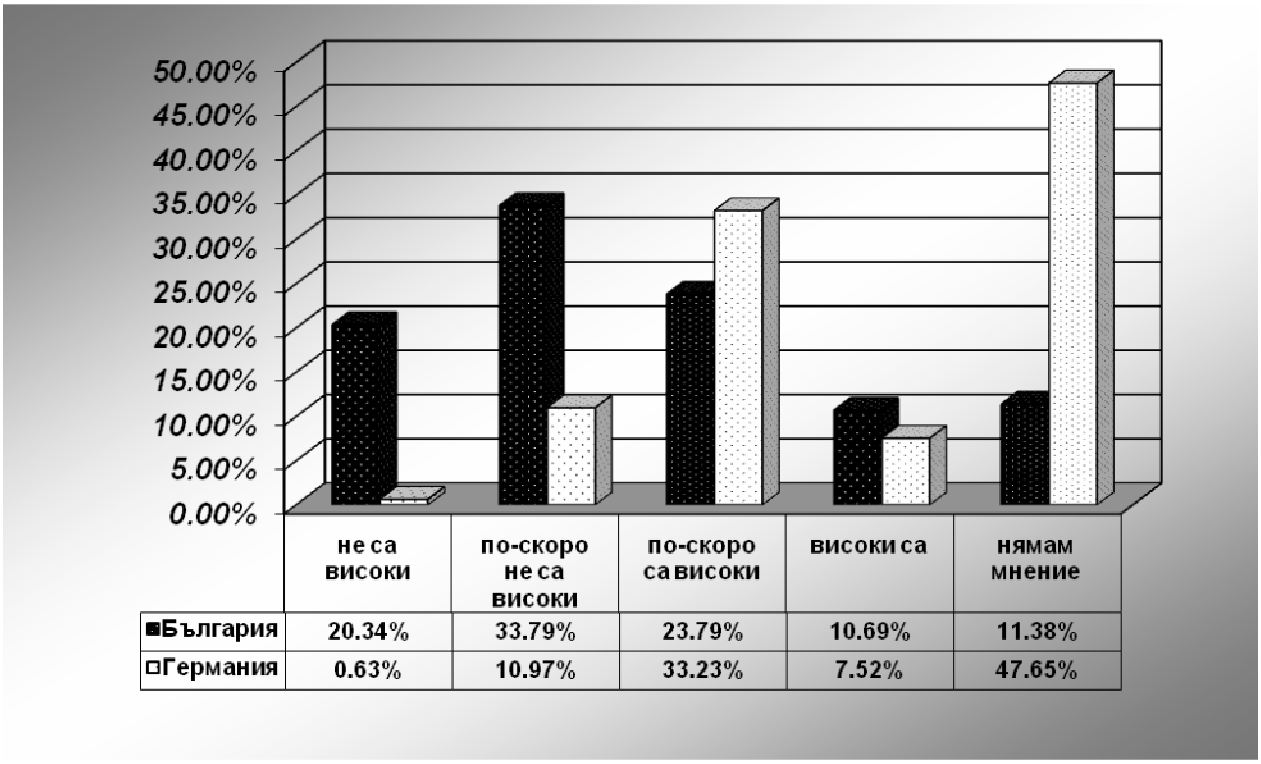
„Лошата материална база” и „преобладаването на финансовите интереси над тези на пациента” са посочени само от по трима анкетирани в Германия. „Лошата хигиена” и „нерегламентираните плащания” не са посочени от нито един анкетиран в Германия. Анкетираните в Германия смятат, че тяхната здравноосигурителна система има добра материална база, където се подържа добра хигиена, а лекарите се съобразяват с интересите на пациента. Всичко това може да се свърже с добрия здравен мениджмънт и с по-високия стандарт на живот в Германия.

5.2.5. Достъпност на медицинската помощ.

Въпрос 12. Високи ли са здравните вноски за задължително здравно осигуряване?

Съществува статистически значима зависимост между страната и мнението за това високи ли са вноските за ЗЗО ($P< 0.0001$), което се проучва чрез **Въпрос 12**.

По отношение на достъпността на медицинската помощ мнението на здравноосигурените не е категорично. Все пак в България най-голям дял анкетирани смятат, че вноските за ЗЗО „не” са високи (20.3%) или „по-скоро не” са високи (33.8%). Обратно, в Германия повечето от отговорилите (33.23%) са посочили „по-скоро да”, но процентът на „нямам мнение” е цели 47.6%, което показва, че те не смятат, че това е жизнено важен въпрос, т.е. индиректно посочват,че не поставят статуквото под въпрос.



Фиг 15. Размер на вноските за ЗЗО

а. Статистически значими зависимости при Въпрос 12.

Както бе установено по-горе, в **България** най-младите най-често смятат вноските за ЗЗО за високи. За **Германия** се отбелязва статистически значима зависимост между възрастта и отговора на **въпрос 12** високи ли са здравните вноски ($P<0.01$).

Таблица 23. Мнение за размера на вноските при ЗЗО според възрастовите групи в Германия

		Брой и %	Възрастови групи			Общо
			19 - 25	26 - 35	36 - 65	
Високи ли са здравните вноски?	0	Брой	1	0	1	2
		% в отговора в.здр.вн.	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
		% във възрастови групи	,5%	,0%	2,5%	,6%
	1	Брой	18	15	2	35
		% в отговора в.здр.вн.	51,4%	42,9%	5,7%	100,0%
		% във възрастови групи	8,8%	20,5%	5,0%	11,0%
	2	Брой	73	18	14	105
		% в отговора в.здр.вн.	69,5%	17,1%	13,3%	100,0%
		% във възрастови групи	35,6%	24,7%	35,0%	33,0%
	3	Брой	9	10	5	24
		% в отговора в.здр.вн.	37,5%	41,7%	20,8%	100,0%
		% във възрастови групи	4,4%	13,7%	12,5%	7,5%
	4	Брой	104	30	18	152
		% в отговора в.здр.вн.	68,4%	19,7%	11,8%	100,0%
		% във възрастови групи	50,7%	41,1%	45,0%	47,8%
Общо		Брой	205	73	40	318
		% вотговора в.здр.вн.	64,5%	23,0%	12,6%	100,0%
		% във възрастови групи	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда: 0- „не”, 1-„по-скоро не”, 2- „по-скоро да”, 3- „да”, 4- „нямам мнение”

Статистически значимата зависимост показва, че групата на най-възрастните във ФРГ клони най-силно към положителен отговор: 12.5% отговарят с „да, вноските са високи” и 35% - с „по-скоро да”. В средната възрастова група – от 26 до 35 г. 13.7% отговарят с ”да”, а 24.7% - с „по-скоро да”, 20.5% - с „по-скоро не”.

При най-младите най-високите проценти са на отговорилите с „по-скоро да” – 35.6% и с „по-скоро не” – 8.8%. Важно е, че те са най-много и при тези, които нямат мнение (68.4%), което показва, че не само най-младите клонят към златната среда при отговорите, но и смятат, че размерът на здравните вноски пряко не ги засяга. Това има

отношение към факта, че най-младите са учащи се и обикновено не плащат здравни вноски. Следователно, като цяло с увеличаване на възрастта мнението на анкетираните в Германия клони все повече към положителния отговор.

В този случай стигаме до извода, че в двете страни има два противоположни тренда. Според анкетата, тези, които оценяват здравните вноски като по-скоро високи, са младите българи и възрастните германци.

Както при анкетата в България, така и при тази в Германия открихме, че съществува статистически значима зависимост между определянето на вноските за ЗЗО като високи и образованието на анкетираните. В България колкото по-високо е образованието, толкова по-поносими изглеждат вноските.

В Германия се наблюдава обратната тенденция. Колкото по-високо е образованието на анкетираните, толкова повече те смятат вноските за високи. Това е обяснимо с подоходното определяне на здравните вноски, което ги прави по-справедливи и поносими за всички слоеве на населението.

. В данните от анкетата за **Германия** съществува статистическа значимост на резултатите за връзката между образованието и размера на здравните вноски ($P<0.05$). Най-висок процент при отговор за вноските „по-скоро не са високи" откриваме при хората със средно образование - 44.1%. Също с най-висок дял при отговорилите с „по-скоро да" са анкетираните с висше бакалавърско образование - 50.9%, а при отговорилите с „да" най-много са бакалаврите - 45.8% и магистрите -33.3%. Така колкото по-високо е нивото на образование, толкова в по-голяма степен хората смятат, че вноските са високи. Това се обяснява и с факта, че болшинството със средно образование в извадката са студенти, които не плащат здравни осигуровки от собствения си джоб. Обяснимо е, че хората с по-високо образование са по-склонни да смятат вноските за високи, тъй като те вероятно имат по-високи доходи, а вноската се изчислява като процент от дохода (подоходно).

Таблица 24. Мнението за размера на вноските при ЗЗО според образованието в Германия

		Брой и процент	Образование				Общо
			средно	висше бакалавър	висше магистър	научна степен и звание	
Високи ли са здравните вноски?	0	Брой	2	0	0	0	2
		% в отговора в.здр.вн.	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	1	Брой	15	12	6	1	34
		% в отговора в.здр.вн.	44,1%	35,3%	17,6%	2,9%	100,0%
	2	Брой	41	54	11	0	106
		% в отговора в.здр.вн.	38,7%	50,9%	10,4%	,0%	100,0%
	3	Брой	5	11	8	0	24
		% в отговора в.здр.вн.	20,8%	45,8%	33,3%	,0%	100,0%
	4	Брой	71	59	21	0	151
		% в отговора в.здр.вн.	47,0%	39,1%	13,9%	,0%	100,0%
Общо		Брой	134	136	46	1	317
		% в отговора в.здр.вн.	42,3%	42,9%	14,5%	,3%	100,0%

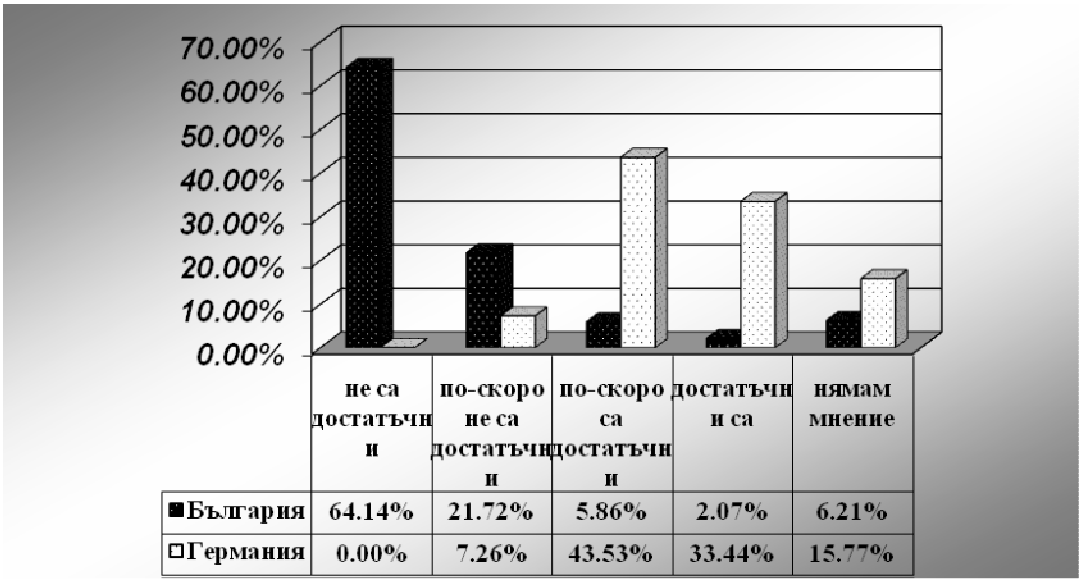
Легенда: 0- „не”, 1-„по-скоро не”, 2- „по-скоро да”, 3- „да”, 4- „нямам мнение”

Въпрос 13. Достатъчни ли са средствата, отделяни за здравеопазване от държавния бюджет?

Друг индикатор за достъпността на здравното осигуряване е отговорът на въпроса за това дали са достатъчни държавните средства, отпускани за здравеопазване (**Въпрос 13).** Съществува статистически значима зависимост при отговорите на този въпрос в двете страни (P<0.0001). Четири пети от анкетираните българи отговарят негативно (64.1% -„не” и 21.7% - „по-скоро не”) и почти същия дял анкетирани германци отговарят положително (43.5% -„по-скоро да” и 33.4% - „да”), което показва категорично различно мнение относно отпусканите от държавния бюджет средства. В Германия повечето

осигурявани смятат, че средствата са достатъчни, а в България – че са крайно недостатъчни.

Наистина, според СЗО общите здравни разходи като процент от брутния вътрешен продукт в Германия са 10.5% през 2008 г. и 11.3% през 2009 г. За България тези проценти са съответно, 7.1% и7.4% (The World Health Statistics 2011).



	не са достатъчни	по-скоро не са достатъчни	по-скоро са достатъчни	достатъчни са	нямам мнение
България	64.14%	21.72%	5.86%	2.07%	6.21%
Германия	0.00%	7.26%	43.53%	33.44%	15.77%

Фиг 16. Мнението на анкетираните за размера на средствата от държавния бюджет

а. Статистически значими зависимости при Въпрос 13: средствата от държавния бюджет по страни.

Както видяхме по-горе мнението за средствата от държавния бюджет на анкетираните от **България** зависи значимо от пола, като по-често жените смятат, че държавните средства са недостатъчни.

Данните за **Германия** показват, че съществува статистически значима разлика между отговорите на **Въпрос 13** дали отделяните от държавата средства за здравеопазване са достатъчни при хора с различна трудова дейност ($P<0.01$). В групата на студентите най-много са отговорилите с „по-скоро да” (41.5%) и „да” (36%). Подобно е и разпределението при ръководния персонал: с отговори „по-скоро да” 52.2% и „да” -

39.1%, при техническия персонал: с „по-скоро да” - 60.9% и „да” - 30.4%, при обслужващия персонал: с „по-скоро да” – 50% и „да” – 25%.

При професионалистите съществува по-голяма определеност и техните отговори с „да” са повече от тези с „по-скоро да” - съответно 34.1% и 29.3%.

Обратно е при повече от работещите на половин трудов договор: 66.7% с отговор „по-скоро да” и 5.6% с „по-скоро не”.

Таблица 25. Мнението за размера на средствата от държавния бюджет и трудовата дейност в Германия

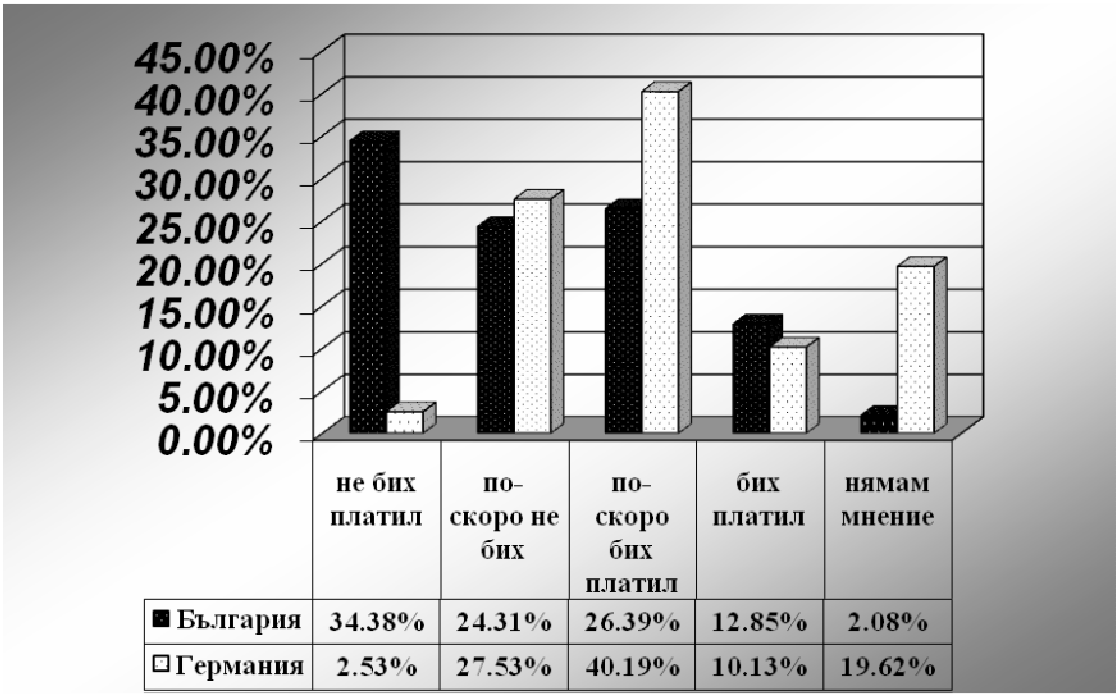
			Трудова заетост						
		Брой и процент	ръководен персонал, администратор	професионалист, работещ в производството и услугите	на половин трудов договор или временно зает	технически персонал	Обслуж-ващ персонал	студент, стажант, специализант	Общо
Достатъчни ли са средствата от държавния бюджет?	1	Брой	1	3	1	1	1	16	23
		% в трудова дейн.	4,3%	7,3%	5,6%	4,3%	12,5%	8,0%	7,3%
	2	Брой	12	12	12	14	4	83	137
		% в труд. дейн.	52,2%	29,3%	66,7%	60,9%	50,0%	41,5%	43,8%
	3	Брой	9	14	0	7	2	72	104
		% в труд. дейн.	39,1%	34,1%	,0%	30,4%	25,0%	36,0%	33,2%
	4	Брой	1	12	5	1	1	29	49
		% в труд. дейн.	4,3%	29,3%	27,8%	4,3%	12,5%	14,5%	15,7%
Общо		Брой	23	41	18	23	8	200	313

	% в труд. дейн.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда: 0- „не”, 1-„по-скоро не”, 2- „по-скоро да”, 3- „да”, 4- „нямам мнение”

Въпрос 15. Склонни ли сте да плащате за здравни услуги от джоба си директно на лекаря?

При **Въпрос 15** дали анкетираните са склонни да плащат директно на лекаря отново е установена статистически значима зависимост ((P< 0.0001) със страните. В Германия в много по-голяма степен е осъзната необходимостта от заплащане на лекаря независимо от начина, по който то ще бъде осъществено. При въпроса дали анкетираните са склонни да плащат директно на лекаря в България отговорите клонят към отрицателни, като 34.4% са отговорилите с „не”, а 24.3% - с „по-скоро не”. В Германия повечетос отговори са концентрирани в „златната среда” – 27.5% с отговор „по-скоро не” и 40.2% с отговор „по-скоро да”. Отново „нямам мнение” в анкетите от Германия са доста голям процент (19.6%).

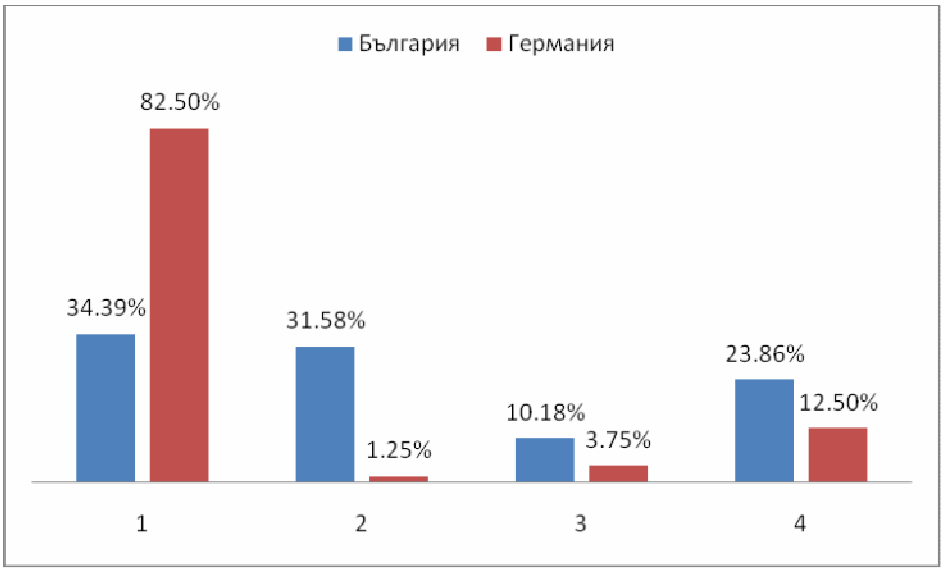


Фиг 17. Готовност за плащане директно на лекаря

5.2.6. Предпочитанията по отношение на здравната система.

Въпрос 14. Каква здравеопазна система предпочитате?

Мнението, оформило се от разгледаните дотук особености на здравеопазните системи, се потвърждава и от демонстрираните предпочитания при директен избор на здравна система. Съществува статистически значима зависимост между страните и **Въпрос 14** относно избора на система (P< 0.0001). Мнозинството от анкетираните германци (82.5%) биха избрали фондовото здравеопазване, а 12.5%-плуралистичното. В България 34.4% предпочитат фондовата здравна система, но 31.6% биха избирали националната, а 23.9% - плуралистичната. Тоест фондовото здравеопазване има много по-голяма подръжка сред осигурените в Германия. В България все още е силна идеята за национална (бюджетна) система, а посочването на т.нар. плуралистична система показва по-скоро неяснота и лутане в предпочитанията, отколкото познаване или мотивирано предпочитане на тази система.



Легенда: 1 - задължително здравно осигуряване с фондово финансиране, 2 - национална здравна служба, финансирана изцяло от държавния бюджет, 3 - частно здравеопазване от американски тип с доброволно здравно осигуряване, 4 - плуралистично /смесено/ здравеопазване

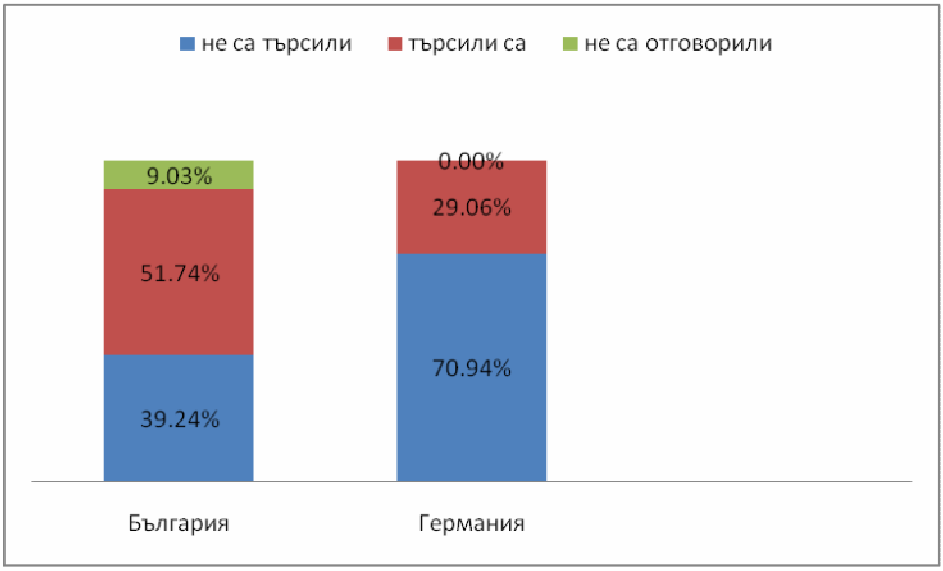
Фиг. 18. Предпочитания към здравеопазна система

5.2.7. Необходимост от медицинска помощ извън ЗЗО и доброволното здравно осигуряване.

Въпрос 16. Търсили ли сте медицинска помощ извън тази, осигурена от задължителното здравно осигуряване?

Статистически значимата зависимост между страната и отговора на **Въпрос 16** дали здравноосигурените са търсили помощ извън ЗЗО (P<0.0001) показва значима разлика в процента на отговорилите с „да".

Необходимостта от медицинска помощ извън ЗЗО (фиг.7) е индиректен индикатор за състоянието на задължителното и необходимостта от доброволно здравно осигуряване. Анкетата показва, че около половината от анкетираните (51.74%) в България са ползвали помощ извън ЗЗО, а в Германия - една трета (29.06%). Тези данни подсказват, че системата на здравното осигуряване в Германия реално обхваща почти изцяло пациентите и решава по-голям процент от техните здравни проблеми в сравнение с тази в България и затова на по-малко германци се налага да търсят медицинска помощ извън ЗЗО.



Фиг 19. Търсене на медицинска помощ извън ЗЗО

а. Статистически значими зависимости при Въпрос 16: медицинска помощ извън ЗЗО по страни.

Данните от анкетата в **България** сочат, че по-често помощ извън ЗЗО търсят неженените/неомъжените.

Данните от анкетата, проведена в **Германия**, показват, че статистическата зависимост е значима и между ползвалите медицинска помощ извън ЗЗО и семейното положение (P<0.05). При неомъжените приблизително всеки четвърти търси помощ извън ЗЗО (съотношение 75.3%:24.7%), при омъжените - почти всеки втори (при съотношение 57.1%: 42.9%), при разведените - всеки трети (69.2%: 30.8%), при вдовците –всеки втори (50%:50%). Следователно, необвързаните са най-малко склонни да търсят допълнителна медицинска помощ.

И така, в Германия семейните хора по-често търсят помощ извън ЗЗО вероятно поради необходимост или по-висока здравна култура, а в България по-често търсят такава помощ необвързаните, вероятно защото те могат да си го позволят финансово.

Таблица 26. Търсенето на медицинска помощ извън ЗЗО според семейното положение в Германия

			Семейно положение				Общо
		Брой и %	неженен/неомъжена	женен/омъжена	разведен/а	вдовец/вица	
Търсене на мед.помощ извън ЗЗО	0	Брой	177	40	9	1	227
		% в сем.пол.	75,3%	57,1%	69,2%	50,0%	70,9%
	1	Брой	58	30	4	1	93
		% в сем.пол.	24,7%	42,9%	30,8%	50,0%	29,1%
Общо		Брой	235	70	13	2	320
		% в сем.пол.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда: 0- отговор „не”, 1- отговор „да”

В **Германия** търсенето на медицинска помощ извън ЗЗО (Въпрос 16) зависи значимо и от възрастовата група (P<0.05). В групата на най-възрастните е най-голям процентът на ползвалите медицинска помощ извън ЗЗО. В тази група (между 36 и 65г.) съотношението е 45%: 55%, при тези между 26 и 35 г. е 31.5% : 68.5%, а при най-младите между 19 и 25 г. е 25.2% : 74.8 %. Очевидно в Германия най-възрастните най-

често прибягват до допълнителни медицински услуги извън ЗЗО, което може да се обясни и с по-тежката патология при старите хора.

Таблица 27. Търсенето на медицинска помощ извън ЗЗО според възрастовите групи в Германия

		Брой и %	Възрастови групи			Общо
			19 - 25	26 - 35	36 - 65	
Търсене на медицинска помощ извън ЗЗО	0	Брой	154	50	22	226
		% във възрастови групи	74,8%	68,5%	55,0%	70,8%
	1	Брой	52	23	18	93
		% във възрастови групи	25,2%	31,5%	45,0%	29,2%
Общо		Брой	206	73	40	319
		% във възрастови групи	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда: 0- отговор „не”, 1- отговор „да”

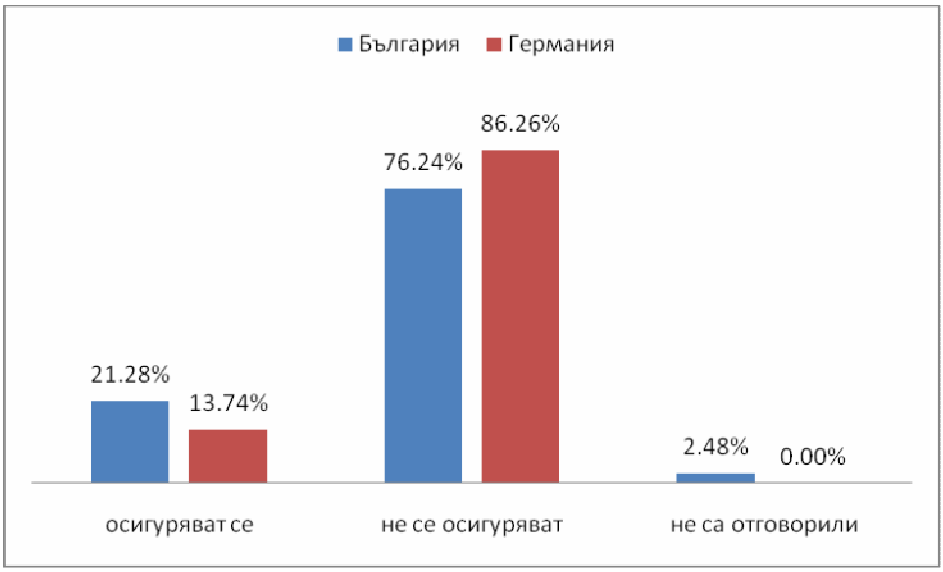
5.2.8. Отношение към доброволното здравно осигуряване.

Въпрос 17. Осигурявате ли се и чрез доброволно здравно осигуряване?

Статистически значимата зависимост между отговорите на **Въпрос 17** „Осигурявате ли се в ДЗО?” и страната ((P< 0.0001) показват, че с „не” са отговорили 76.2% от българите и 86.3% от германците.

Необходимостта от помощ извън ЗЗО се потвърждава и от реалната степен на осигуряването на анкетираните в ДЗОФ. Това са направили 21.3% от българите и 13.7% от германците. Несъмнено тези отговори са повлияни от особеностите на здравноосигурителната система във всяка от страните. В България ДЗО допълва, а често, в действителност, заменя ЗЗО, като осигурява повече и по-високо качество на здравните услуги, което създава предпоставки за желание за сключване на договор за

ДЗО. В Германия ДЗО се ползва от хора, които имат доходи над определен праг, а също така предоставя допълнителни услуги за осигурените в ЗЗО. Като се има предвид възрастовия състав на анкетираните от тази страна в настоящото проучване, повечето от тях са здрави, не се нуждаят от допълнителни услуги и нямат доходи над определения праг.



Фиг. 20. Осигуряване чрез ДЗО

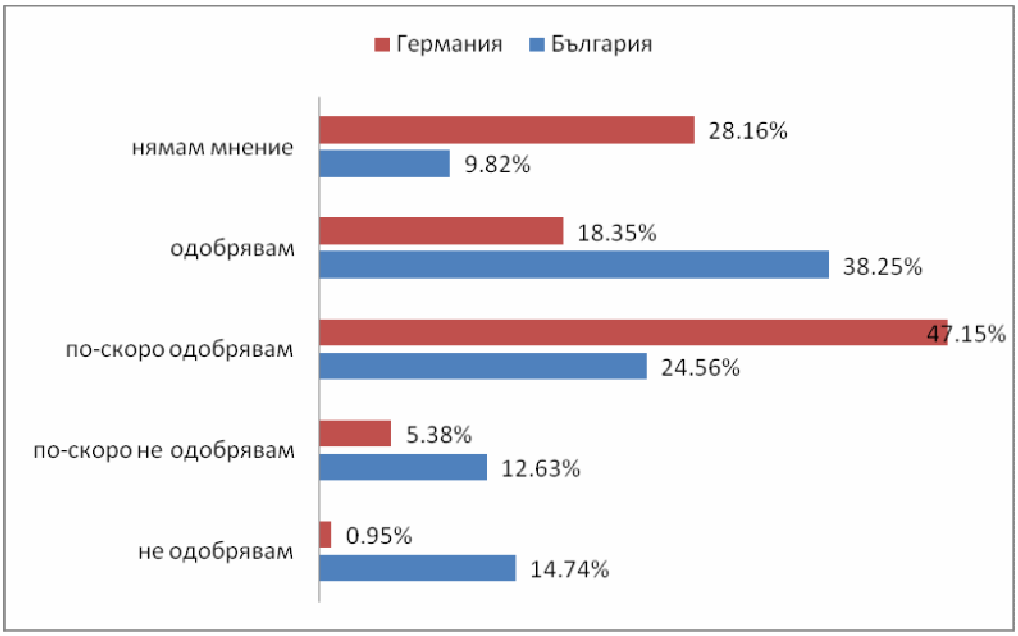
Въпрос 18. Одобрявате ли доброволното здравно осигуряване?

На **Въпрос 18** за това дали осигурените одобряват ДЗО отново влияят особеностите на здравеопазната система.

Жизнено важното място на ДЗО в здравноосигурителните системи и в двете страни се демонстрира и от високата **степен на одобрение на ДЗО**. Над 60% от анкетираните и в България, и в Германия одобряват ДЗО.

От анкетираните в България 24.6% отговарят с „по-скоро да" и 38.2% отговарят с „да". Това отново насочва към важността на ДЗО в България при съществуващите трудности в ЗЗО. От тези в Германия 47.2% отговарят с „по-скоро да" и 18.4% - с „да". В Германия значителен е и процентът на „нямам мнение" (28.2%), което показва, че

вероятно това са хората, които ползват ЗЗО и нямат доходи над необходимия за ДЗО праг.



Фиг 21. Одобрение за ДЗО

Въпрос 19. Ако отговорът на предишния въпрос е в/ или г/, посочете причините поради които предпочитате доброволното здравно осигуряване?

Няма статистически значима зависимост между посочилите качествените услуги и страната. Като причина за предпочитане на ДЗО и в двете страни приблизително еднакъв процент (60.5% в България и 57.8% в Германия) осигурени са посочили високото качество на услугите.



Фиг 22. Причини за избор на ДЗО: качеството на услугите в ДЗО е по-добро

а. Статистически значими зависимости по страни при Въпрос 19: по-доброто качество като причината за избор на ДЗО.

В данните от анкетата в **България** за качеството на услугите в ДЗО като причина да се направи осигуровка, не се установяват статистически значими зависимости.

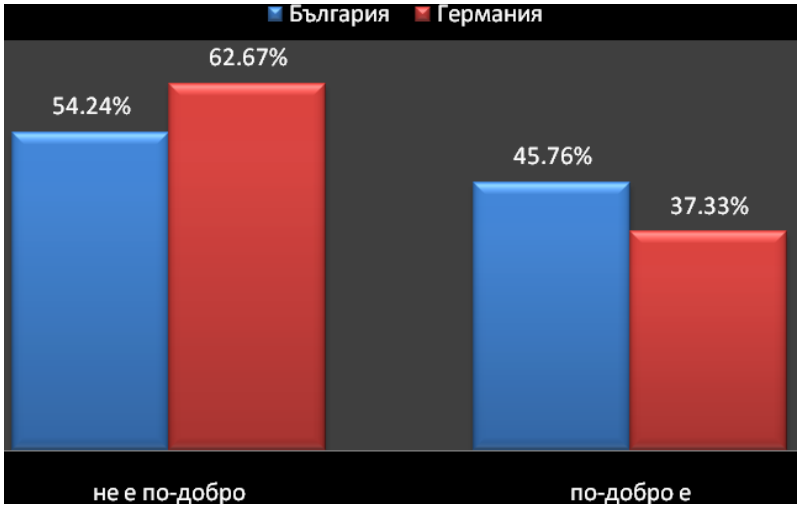
На въпроса защо предпочитат ДЗО (**Въпрос 19**) голяма част от анкетираните в **Германия** посочват качествените услуги, като между избора на тази причина и възрастовата група съществува статистически значима зависимост ($P<0.05$). Избралите тази причина са 73.8% в най-младата възраст, 15.9% - са между 26 и 35 г., а 10.3% - са между 36 и 65 г., което показва, че най-голяма част, именно, от младите хора оценяват високо качеството на услугите в ДЗО.

Таблица 28. Качеството на услугите в ДЗО и възрастовите групи в Германия

		Брой и %	Възрастови групи			Общо
			19 - 25	26 - 35	36 - 65	
Качество на услугите	0	Брой	50	26	15	91
		% в кач.усл.	54,9%	28,6%	16,5%	100,0%
	1	Брой	93	20	13	126
		% в кач.усл.	73,8%	15,9%	10,3%	100,0%
Общо		Брой	143	46	28	217
		% в кач.усл.	65,9%	21,2%	12,9%	100,0%

Легенда: 0- отговор „не”, 1- отговор „да”

Няма статистически значима зависимост и между страната и избора на отговор „по-добро отношение към пациента”. Като причина за предпочитане на ДЗО и в двете страни около 40% осигурени (45.76% в България и 37.33% в Германия) са посочили „по-добро отношение към пациента”. Отговор „не” са дали 54.24% в България и 62.67% в Германия. Процентите са сходни и показват, че по-доброто отношение е характерно за ДЗО през погледа на голяма част от анкетираните и в двете страни.



Фиг 23. Причина за избор на ДЗО: отношението към пациентите в ДЗО е по-добро

Между бързината на обслужването като причина за избор на ДЗО и страната е установена статистически значима зависимост (P<0.01). Почти два пъти повече анкетирани в България (38.98%), отколкото в Германия (23.5%) смятат, че по-бързото обслужване е характерно за ДЗОФ. Това показва, че осигурените в Германия откриват по-малка разлика в своевременността на медицинската помощ между ЗЗО и ДЗО, докато в България то се определя като по-съществено.



Фиг 24. Причини за избор на ДЗО: обслужването при ДЗО е по-бързо

Значителна е разликата в отговорите по отношение на оборудването със съвременна апаратура (статистически значима зависимост с (P< 0.0001), като в България 30.5% смятат, че ДЗО работят с по-съвременни апарати. В Германия това са само 1.8% - следствие от цялостното добро оборудване на лекарските практики в тази страна, което показва, че там няма съществена разлика между ДЗО и ЗЗО в това отношение. От значение е и това,че немските пациенти имат широко право на избор на лекар и специалист, което създава конкуренция и позволява на пациентите да подбират само добре оборудвани практики.

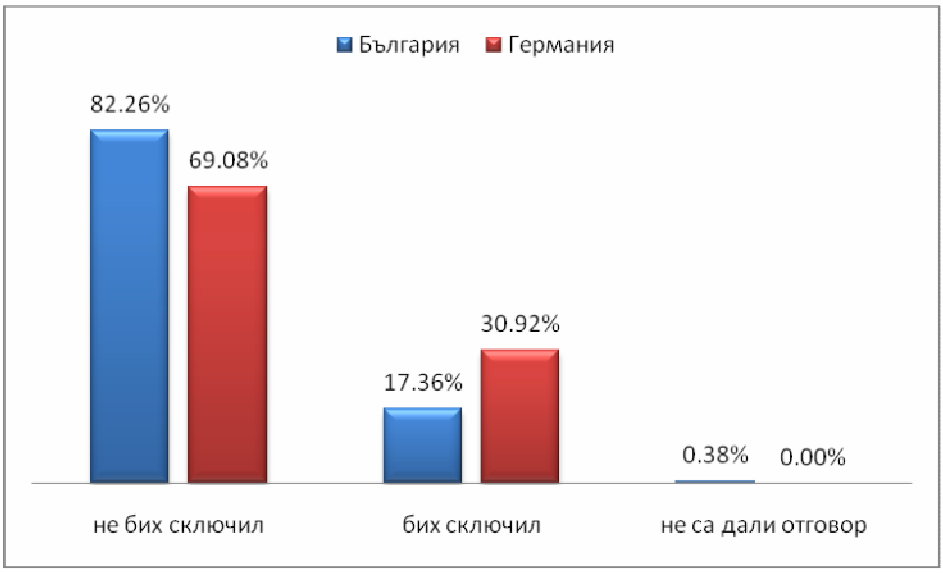
Въпрос 20. За какви здравни услуги бихте си направили доброволна здравна застраховка ?

Въпрос 20 е включен с цел да съберем данни за какви услуги здравноосигурените биха си направили доброволна здравна осигуровка.

- За услуги от пакета на задължителното здравно осигуряване:

Анкетата проучва и типа услуги, за които осигурените биха направили ДЗО. Ако осигурените сключат договор за ДЗО, те биха го направили за пакета на ЗЗО (17.36% - в България и 30.92%- в Германия (фиг.25). Това показва, че у нас ниските доходи пречат на желаещите да се осигуряват в ДЗО, въпреки че смятат услугите му за по-качествени.

От германците около една трета биха се осигурили в ДЗОФ за услуги от ЗЗО пакета. Тъй като в Германия ДЗО работи и като допълващо, но главно като заместващо здравно осигуряване за хората с по-високи доходи, когато даден осигурен мине определения праг, той може да избере да остане в ЗЗО или да премине към ДЗО. Реално процентът 30.9% показва, че ако надхвърлят лимита на доходите, тези германци биха излезли от ЗЗОФ и биха преминали към ДЗОФ. Това свидетелства, че един голям процент – около 70%, биха останали в ЗЗОФ и след като минат прага на доходите. Една от вероятните причини е, че ЗЗОФ осигурява безплатно членовете на семейството.



Фиг 25. Склонност за сключване на договор с ДЗО за услуги от пакета на ЗЗО в България и Германия

а. Статистически значими зависимости при Въпрос 20:

Сключване на договор с ДЗО за услуги от пакета на ЗЗО по страни.

При данните от анкетата в **България** не се установяват статистически значими зависимости между избора за осигуряване на услуги от пакета на ЗЗО и личните данни.

С данните от анкетата, проведена в **Германия,** се доказва статистически значима зависимост (P<0.01) между възрастовите групи и осигуряването в ДЗО за услуги от пакета на ЗЗО (Въпрос 20). В най-възрастната група най-голяма част (55.9%) биха сключили договор с ДЗОФ за услуги от пакета на ЗЗО. В групата от 26 до 35 г. това биха направили само 29.6%, а в най-младата група - 27.1%. Следователно, най-възрастните са най-склонни към сключване на доброволна осигуровка за услугите от пакета на ЗЗО. Това е естествено, тъй като с възрастта нарастват броят и тежестта на заболяванията и потребностите от повече медицински и здравни услуги.

Таблица 29. Сключването на договор с ДЗО за услуги от пакета на ЗЗО според възрастовите групи в Германия

		Брой и %	Възрастови групи			Общо
			19 - 25	26 - 35	36 – 65	
Пакет на ЗЗО	0	Брой	145	50	15	210
		% във възрастови групи	72,9%	70,4%	44,1%	69,1%
	1	Брой	54	21	19	94
		% във възрастови групи	27,1%	29,6%	55,9%	30,9%
Общо		Брой	199	71	34	304
		% във възрастови групи	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда: 0- отговор „не", 1- отговор „да"

В Германия е установена статистическа значимост между отговора „желание за осигуряване в ДЗОФ за услуги от пакета на ЗЗО" и семейното положение (P<0.01). Съотношението на отговорилите с „да" спрямо отговорилите с „не" в групата на необвързаните е 25.4: 74.6, във групата на омъжените/женените е 43.9: 56.1, при вдовците/вдовиците - 50:50, а в групата на разведените - 58.3 : 41.7, т.е. при всяка следваща група става по-вероятно анкетираните да си направят доброволна осигуровка за услугите от пакета на ЗЗО. Това показва, че необвързаните, които вероятно са и най-

млади, рядко биха си добавили такава осигуровка. Омъжените/женените вероятно са на по-голяма възраст, имат повече ангажименти към други членове на семейството си и затова са по-склонни да се осигуряват за пакета на ЗЗО.

Таблица 30. Сключването на договор с ДЗО за услуги от пакета на ЗЗО според семейното положение в Германия

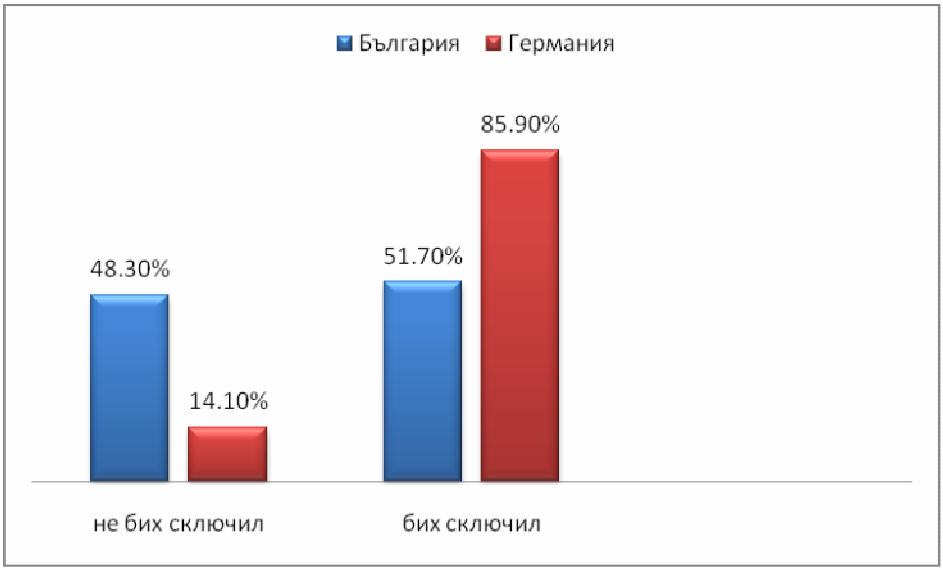
		Брой и проценти	**Семейно положение**				**Общо**
			неженен/неомъжена	**женен/омъжена**	**разведен/а**	**вдовец/вица**	
Осигуряване за услуги от пакета на ЗЗО	**0**	**Брой**	167	37	5	1	210
		% в сем.пол.	74,6%	56,1%	41,7%	50,0%	69,1%
	1	**Брой**	57	29	7	1	94
		% в сем.пол.	25,4%	43,9%	58,3%	50,0%	30,9%
Общо		**Брой**	224	66	12	2	304
		% в сем.пол.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда: 0- отговор „не”, 1- отговор „да”

- Сключване на договор в ДЗО за услуги извън пакета на задължителното здравно осигуряване

При въпроса дали биха се осигурили с договор за ДЗО за услуги извън пакета на ЗЗО отново съществува статистически значима зависимост.

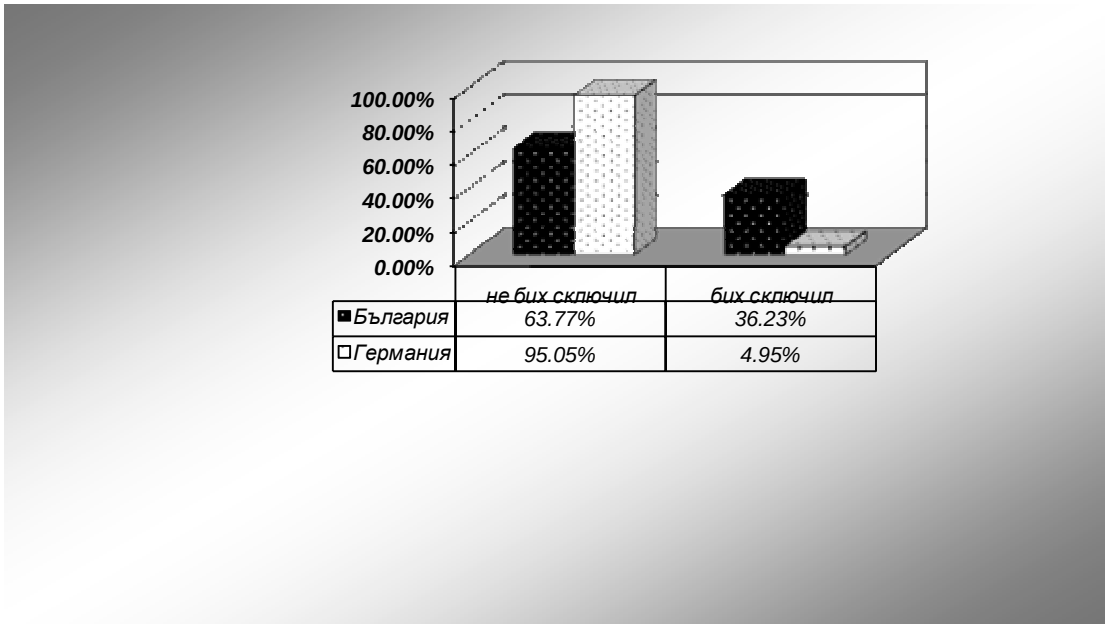
Половината от анкетираните в България (51.7%) биха направили ДЗО за услуги извън ЗЗО, което означава, че те ценят услугите, предоставяни от ДЗО. От германците 85.9% биха се осигурявали за услуги извън ЗЗОФ, което показва, че мнозинството от анкетираните ценят здравето си, могат и биха отделили средства за допълнителни здравни услуги в ДЗОФ. С други думи тази категория граждани на ФРГ поставят грижата за здравето на едно от първите места на своята лична ценностна система.



Фиг 26. Склонност за сключване на договор с ДЗО за услуги извън пакета на ЗЗО

- Сключване на договор в ДЗО за профилактика:

Доброволна здравна осигуровка за профилактични услуги биха си направили 36.23% от българите и 4.95% от германците. Статистически значимата зависимост (P< 0.0001) тук показва, че по правило германците са доволни от профилактичните програми, които им се предлагат в ЗЗО.

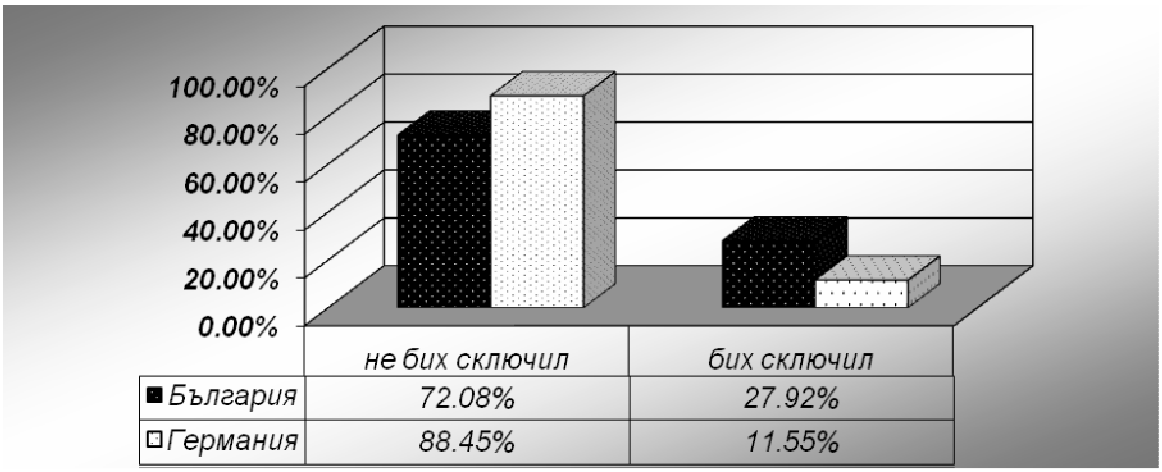


Фиг 27. Склонност за сключване на договор с ДЗО за профилактика

Обстоятелството, че около една трета от българите биха избрали профилактичните услуги на ДЗО сочи, че те все повече осъзнават значимостта на профилактиката и че през последните години профилактиката е подценена и ограничена в ЗЗО в България.

- Сключване на договор в ДЗО за рехабилитация:

По отношение на рехабилитационните услуги 27.92% от българите биха се осигурили доброволно и 11.55% от германците. Статистическата значимост в този случай показва, че около една трета от българите осъзнават значението на рехабилитацията. Ниският процент германци, посочили рехабилитацията, се обяснява с това, че при осигурените в ЗЗО тя е покрита от ЗЗО и с това, че осигурителните пакети в ДЗОФ (все повече и в ЗЗОФ) са много внимателно прецизирани и всяка допълнителна услуга се заплаща.



Фиг 28. Склонност за сключване на договор с ДЗО за рехабилитация

5.2.9. Равен/неравен достъп до здравноосигурителната система.

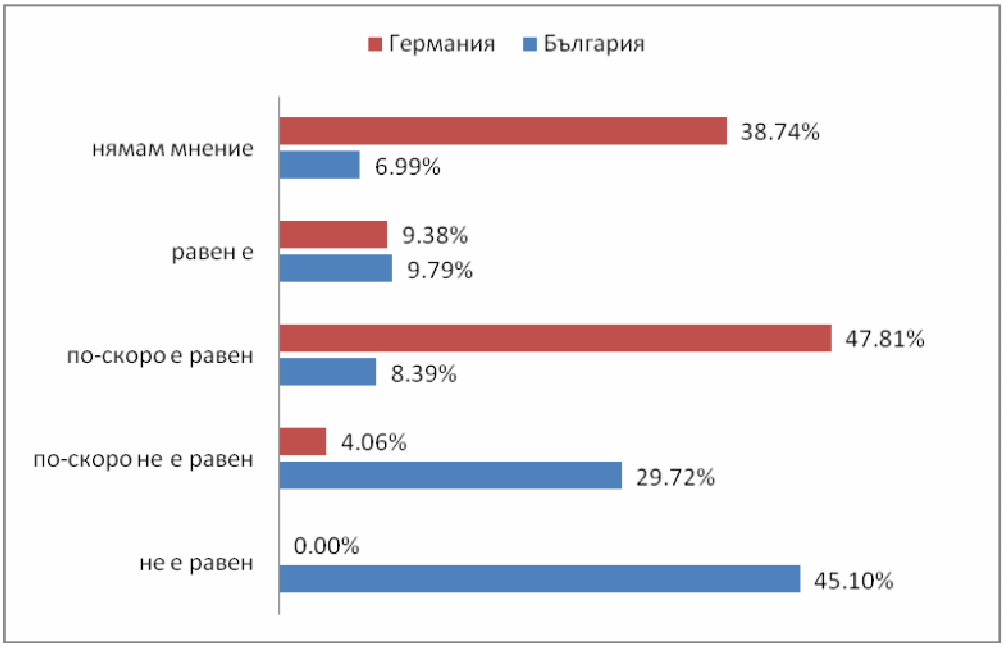
Въпрос 21. Смятате ли, че здравноосигурителната система във Вашата страна предоставя равен достъп до здравни услуги на различните слоеве от обществото?

Изключително интересни данни са получени във връзка с предоставянето на равен или неравен достъп до здравни услуги (**Въпрос 21**). Около две трети от българите не смятат, че съществува равен достъп до здравни услуги (45.1% отговарят категорично „не", а 29.7% - „по-скоро не"). Същевременно, в Германия почти същия дял анкетирани отговарят положително (47.8% отговарят „по-скоро да", 9.4% - „да"). При анализа на

тези отговори е необходимо да се вземат предвид, първо, степента на развитие на здравноосигурителната система и, второ, психологическите нагласи на населението.

Все още проблеми в българското задължително здравно осигуряване са достъпът до високо специализирани медицински и болнични услуги и недостатъчно точното дефиниране на основния пакет на НЗОК. Освен това ниските доходи на населението спъват по-широкото развитие на ДЗО и водят до неудовлетвореност у здравно осигурените по отношение на равния достъп до здравеопазване. Не трябва да се подценява и психологическата нагласа, създадена по време на функционирането на здравната система преди 1989 г., когато нуждата от медицински и здравни услуги се определяше до известна степен от преценката на пациента и лекарите често следваха желанията на пациентите. Това създаваше изкривена представа за лесен достъп до здравни услуги, основан в голяма степен на желанието за ползването им, а не на необходимостта от тях.

В Германия в продължение на десетилетия се осъществява широк достъп до предпочитан от пациента лекар или специалист. В последното десетилетие се правят опити за ограничаване на избора и насочване на пациента. През целия този период, обаче, е много ясна връзката между платената здравноосигурителна вноска, предоставената услуга и реимбурсацията от здравната каса. За германците винаги е било ясно, че всяка услуга се заплаща и че равният достъп е основан най-вече на справедлив принос в здравната каса в съчетание със социалните му функции за преразпределение на средствата. Ето защо за германеца „равен достъп" означава „равенство и справедливост в приноса към фонда"и съответно заплащане на труда на медицинския персонал. Поради обстоятелството, че тази система съществува в Германия от нейното създаване по времето на Бисмарк, тези разбирания са добре установени сред населението и то възприема съществуващата система като предоставяща в голяма степен равен достъп до медицинските услуги.



Фиг. 29. Мнението относно равен/ неравен достъп до здравни услуги по страни

а. Статистически значими зависимости при Въпрос 21 относно равенството в достъпа до здравни услуги по страни.

По отношение на равния достъп в **България** установихме статистическа значимост от трудовата дейност, като отрицателен отговор дават всички групи, с изключение на тези от ръководния персонал, които отговарят с „по- скоро да" и „да".

В **Германия** също установяваме статистически значима зависимост между отговора за равния достъп и трудовата дейност (P< 0, 0001). Ръководният персонал и администрацията са най-позитивни. От тях 26.1% са отговорили с „да", а 65.2% са отговорили с „по-скоро да". Студентите също са много позитивни: 9.9% отговарят „да", 49% - „по-скоро да" и само 1.5% - „по-скоро не". Професионалистите също са склонни да отговорят по-скоро положително. За тях проучването показва: 4.8% - „да", 42.9% - „по-скоро да", 7.1% - „по-скоро не".

Голяма част от работещите на половин ден и техническия персонал дават отговори „по-скоро да". От обслужващия персонал 12.5% отговарят с „да", но внушителните 50% отговарят „по-скоро не".

Таблица 31. Равен/ неравен достъп до здравни услуги спрямо трудовата дейност в Германия

			Трудова заетост						
		Брой и %	ръководен персонал, администратор	професионалист, работещ в производството и услугите	на половин трудов договор или временно зает	технически персонал	обслужващ персонал	студент, стажант, специализант	Общо
Равен достъп до здравни услуги	1	Брой	0	3	0	3	4	3	13
		% в труд. Дейност	,0%	7,1%	,0%	13,0%	50,0%	1,5%	4,1%
	2	Брой	15	18	8	12	0	99	152
		% в труд. дейн.	65,2%	42,9%	44,4%	52,2%	,0%	49,0%	48,1%
	3	Брой	6	2	0	1	1	20	30
		% в труд. дейн.	26,1%	4,8%	,0%	4,3%	12,5%	9,9%	9,5%
	4	Брой	2	19	10	7	3	80	121
		% в труд. дейн.	8,7%	45,2%	55,6%	30,4%	37,5%	39,6%	38,3%
Общо		Брой	23	42	18	23	8	202	316
		% в труд. дейн.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда: 0- „не”, 1-„по-скоро не”, 2- „по-скоро да”, 3- „да”, 4- „нямам мнение”

Проучването в **Германия** показва статистически значима зависимост между отговорите на **Въпрос 21** относно това дали здравноосигурителната система предоставя равен достъп до здравни услуги и възрастовите групи ($P<0.01$).

В най-младата възрастова група с „по-скоро да” са отговорили 48.5%, , с „да” - 9.7% и така положително отговарят общо 58.2%. Във втората група „по-скоро да” избират 46.6% и „да” - 13.7% , като положително отговарят 60.3%. В най-възрастната

група с „ по-скоро не” отговарят 15%, с „по-скоро да” – 47.5%. Това показва, че като цяло младежта до 35 г. е по-доволна от равенството в достъпа до здравни услуги, но и в най-възрастната група степента на одобрение обхваща почти половината анкетирани.

Важно е да се отбележи големият процент (във всяка група) на тези, които са отбелязали „нямам мнение”, което показва, че това не е въпрос, който силно вълнува общественото мнение.

Таблица 32. Равен/ неравен достъп до здравни услуги спрямо възрастовите групи в Германия

		Брой и %	Възрастови групи			Общо
			19 - 25	26 - 35	36 – 65	
Равен достъп до здравни услуги	1	Брой	4	2	6	12
		% във възрастови групи	1,9%	2,7%	15,0%	3,8%
	2	Брой	100	34	19	153
		% във възрастови групи	48,5%	46,6%	47,5%	48,0%
	3	Брой	20	10	0	30
		% във възрастови групи	9,7%	13,7%	,0%	9,4%
	4	Брой	82	27	15	124
		% във възрастови групи	39,8%	37,0%	37,5%	38,9%
Общо		Брой	206	73	40	319
		% във възрастови групи	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда: 0- „не”, 1-„по-скоро не”, 2- „по-скоро да”, 3- „да”, 4- „нямам мнение”

- При проучването в **Германия** се установява статистически значима зависимост между отговора на Въпрос 21 относно равния достъп до здравеопазване и семейното положение ($P<0.05$). Убеждението на най-младите, че достъпът е по-скоро равен, е категорично. От неженените/неомъжените 11.1% са избрали отговор „да”, 46.4% - „по-скоро да” и 2.1% -„по-скоро не”. Омъжените/женените са малко по-колебливи: 5.7% са избрали „ да”, 54.3% - „по-скоро да” и 7.1% - „по-скоро не”. Разведените и вдовците

също имат положително мнение, но то не е толкова категорично. Разведените са отговорили така: 38.5% -„по-скоро да”, 23.1% - „по-скоро не”, а вдовците – 50% „по-скоро да”.

Таблица 33. Равен/ неравен достъп до здравни услуги спрямо семейното положение в Германия

		Брой и процент	Семейно положение				Общо
			неженен/неомъжена	женен/омъжена	разведен/а	вдовец/вица	
Равен достъп до здравни услуги	1	Брой	5	5	3	0	13
		% в сем.пол.	2,1%	7,1%	23,1%	,0%	4,1%
	2	Брой	109	38	5	1	153
		% в сем.пол.	46,4%	54,3%	38,5%	50,0%	47,8%
	3	Брой	26	4	0	0	30
		% в сем.пол.	11,1%	5,7%	,0%	,0%	9,4%
	4	Брой	95	23	5	1	124
		% в сем.пол.	40,4%	32,9%	38,5%	50,0%	38,8%
Общо		Брой	235	70	13	2	320
		% в сем.пол.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Легенда: 0- „не”, 1-„по-скоро не”, 2- „по-скоро да”, 3- „да”, 4- „нямам мнение”

5.3. Изводи

В заключение анализът на данните от анкетата, проведена в България и Германия, разкрива съществени особености и разлики в отношението на здравноосигурените към здравноосигурителната система в двете страни.

Посещенията при личния лекар са повече в България, но проведените **профилактични прегледи** са приблизително еднакъв процент. По отношение на **заболеваемостта** отговорите на анкетираните показват, че като цяло те са здрави хора, като на ТЕЛК в България са се явявали 5%, а в Германия – само 1.6%.

Почти еднакъв процент са миналите на преглед **при специалист** по вътрешни болести - 28.2% в България и 34.7% в Германия, като колкото по-висока е възрастовата група, толкова по-голям е процентът на прегледалите се в двете страни. Прегледите при хирург в Германия са четири пъти по-малко, отколкото в България, при дерматолог – три пъти, при невролог – пет пъти (и в двете страни неквалифицираният персонал е направил най-голям дял прегледи). Делът на прегледи при УНГ специалист и офталмолог и в двете страни е сходен. Като цяло по-ниският процент прегледи при специалисти в Германия в сравнение с България се дължи на по-добре развитата профилактика и промоция на здравето и на по-високия жизнен стандарт в Германия. Не е маловажно и масовото развитие на спорта сред младите хора в Германия, каквито са анкетираните в нашата извадка.

Мнението в двете страни относно това дават ли здравноосигурените **одобрението си за възможностите за лечение и възстановяване при ЗЗО** е поляризирано. В Германия четири пети отговарят положително, а в България две трети отговарят отрицателно. Това говори за много повече проблеми в основното предназначение на наскоро възстановеното здравно осигуряване в България.

При изследване на **дефектите на задължителното здравно осигуряване** „недостатъчният достъп до услуги"и „бавното обслужване" са посочени от два пъти по-малко анкетирани в Германия, отколкото в България, а „неефективното лечение" – от 3 пъти по-малко. Като цяло българите откриват много повече проблеми в здравното обслужване, предоставяно от задължителната здравноосигурителна система, отколкото германците. Анкетираните в Германия смятат, че тяхната здравноосигурителна система има добра материална база, където се подържа добра хигиена, а лекарите се съобразяват с интересите на пациента.

По отношение на **достъпността на медицинската помощ** мнението на здравноосигурените не е категорично. Все пак в България най-голям дял анкетирани смятат, че вноските за ЗЗО „по-скоро не" са високи. Обратно, в Германия повечето от отговорилите са посочили „по-скоро да", но процентът на „нямам мнение" е почти 50%, което показва, че те не смятат, че това е жизнено важен въпрос, т.е. индиректно посочват,че не поставят статуквото под въпрос.

Друг индикатор за достъпността на здравното осигуряване е отговорът на въпроса за това дали са достатъчни държавните средства, отпускани за здравеопазване. Четири пети от анкетираните българи отговарят негативно и почти същият дял анкетирани германци отговарят положително, което показва категорично различно мнение относно отпусканите от държавния бюджет средства.

Мнението, оформило се от разгледаните до тук особености на здравеопазната система, се потвърждава и от демонстрираните **предпочитания при директен избор на здравна система.**

Четири пети от анкетираните германци биха избрали фондовото здравеопазване и само десетина процента – т.нар. плуралистична система. В България фондовото здравно осигуряване и националната здравна система се подържат от по една трета от анкетираните, а около двадесет процента избират някаква плуралистична система. Тоест фондовото здравеопазване има много по-голяма подръжка сред осигурените в Германия. В България все още е силна идеята за национална (бюджетна) система, а посочването на т.нар. плуралистична система показва по-скоро неяснота и лутане в предпочитанията.

Необходимостта от медицинска помощ извън ЗЗО е индиректен индикатор за състоянието на задължителното и необходимостта от доброволно здравно осигуряване. Анкетата показа, че около половината от анкетираните в България са ползвали помощ извън ЗЗО, а в Германия - една трета. Това подсказва, че системата на социалното здравно осигуряване в Германия реално обхваща голям процент пациенти и решава по-голям процент от техните здравни проблеми от тази в България и затова на по-малко германци се налага да търсят медицинска помощ извън тази, предоставяна им от социалните здравни каси. Освен това данните сочат, че в **България** помощ извън ЗЗО по-често търсят неженените/неомъжените, докато в Германия необвързаните са най-малко склонни да търсят допълнителна медицинска помощ.

Необходимостта от помощ извън ЗЗО се потвърждава и от **реалната степен на осигуряване на анкетираните в ДЗОФ**. Това са направили около 20% от българите и 13% от германците. Несъмнено тези отговори са повлияни от особеностите на здравноосигурителната система във всяка от страните. В България ДЗО допълва, а често и реално заменя ЗЗО, като осигурява повече и по-високо качество на здравните услуги, което създава предпоставки за желание за сключване на договор за ДЗО. В Германия

ДЗО се ползва от хора, които имат доходи над определен праг и предоставя допълнителни услуги за осигурените в ЗЗО. Като се има предвид възрастовият състав на анкетираните от тази страна, повечето от тях нямат доходи над определения праг.

Между 10 и 20 процента се осигуряват в ДЗОФ, но фактически много по-голям процент биха искали да имат възможност да го направят, което се потвърждава от показаната висока **степен на одобрение на ДЗО**. Около половината от анкетираните и в България, и в Германия одобряват ДЗО. Това отново насочва към жизнено важното място на ДЗО в здравноосигурителните системи и в двете страни.

Като **причина за предпочитане на ДЗО** и в двете страни приблизително еднакъв процент (около 60%) осигурени са посочили високото качество на услугите. Същото се отнася и до „по-доброто отношение към пациента" , което е посочено от около 40% и в двете страни.

Почти два пъти повече анкетирани в България, отколкото в Германия смятат, че по-бързото обслужване е характерно за ДЗОФ. Това показва ,че осигурените в Германия откриват по-малка разлика в своевременността на медицинската помощ между ЗЗО и ДЗО, докато в България то се определя като по-съществено.

Значителна е разликата в отговорите по отношение на оборудването, като в България 30% смятат, че ДЗО работят с по-съвременни апарати. В Германия това са само 2%, което е следствие от цялостното добро оборудване на лекарските практики в тази страна и там няма съществена разлика между ДЗО и ЗЗО в това отношение. От значение е и това,че немските пациенти имат широко право на избор на лекар и специалист, което създава конкуренция и позволява на пациентите да подбират само добре оборудвани практики.

Анкетата проучва и **типа услуги, за които осигурените биха направили ДЗО**. Ако осигурените сключат договор за ДЗО, те биха го направили за пакета на ЗЗО (в България - 17.36 %, а в Германия - 30.9%). Това показва, че у нас ниските доходи пречат на желаещите да се осигуряват в ДЗО, въпреки че смятат услугите му за по-качествени. В Германия доброволното осигуряване означава постигане на по-висок праг на доходите, така че е нормално, ако осигурените го достигнат, да се прехвърлят в ДЗО. Същевременно, в тази ситуация един голям процент германци (около 70%) биха

останали в ЗЗО и след като минат прага на доходите. Една от вероятните причини е, че социалните здравни каси осигуряват безплатно членовете на семейството.

Половината от анкетираните в България биха направили ДЗО за услуги извън пакета на ЗЗО, което означава, че те ценят услугите, предоставяни от ДЗО. От германците 85% биха се осигурявали за услуги извън ЗЗОФ, което показва, че болшинството от анкетираните ценят здравето си, могат и биха отделили средства за допълнителни здравни услуги в ДЗОФ.

Доброволна здравна осигуровка за профилактични услуги биха си направили 36% от българите и 5% от германците, а за рехабилитация -27% българи и 11% германци. Обстоятелството, че около една трета от българите биха избрали профилактичните и рехабилитационни услуги на ДЗО сочи, че те все повече осъзнават значимостта на профилактиката и че през последните години и профилактиката, и рехабилитацията са подценени и силно ограничени в ЗЗО в България. Ниският процент на тези услуги при германците показва, че по правило те са доволни от профилактичните програми, които им се предлагат от ЗЗО и че осигурителните пакети на ДЗОФ, а все повече и на ЗЗОФ, са много внимателно прецизирани и всяка допълнителна услуга се заплаща.

Изключително интересни данни са получени във връзка с предоставянето на **равен или неравен достъп до здравни услуги**. Около две трети от българите не смятат, че съществува равен достъп до здравни услуги. Същевременно, в Германия почти същият дял анкетирани отговарят положително.

Достъпът до високо специализирани медицински и болнични услуги и недостатъчно точното дефиниране на основния пакет на НЗОК са все още проблеми на българското задължително здравно осигуряване. Ниските доходи на населението, спъващи по-широкото развитие на ДЗО, водят до неудовлетвореност у здравно осигурените по отношение на равния достъп до здравеопазване. Не трябва да се подценява и психологическата нагласа, създадена по време на функционирането на Семашковата здравна система преди 1989 г., когато е създадена изкривена представа за равен достъп до здравни услуги, основана на прекаленото им използване, а не на необходимостта от тях.

В Германия, от друга страна, в продължение на десетилетия съществува широк достъп до предпочитан от пациента лекар или специалист. В последното десетилетие се

правят опити не толкова за ограничаване на избора, колкото за по-правилно насочване и пренасочване на пациентите към нужните им специалисти и грижи. През всичкото това време, обаче, е много ясна връзката между платената здравноосигурителна вноска, предоставената услуга и реимбурсацията от здравната каса. Така за германците винаги е било ясно, че всяка услуга се заплаща и че равният достъп е най-вече основан на справедлив принос във фонда в съчетание със социалните му функции за преразпределение на средствата. Поради обстоятелството, че тази система съществува в Германия от нейното създаване по времето на Бисмарк, тези разбирания са добре популяризирани сред населението и то възприема съществуващата здравеопазна система като предоставяща в голяма степен равен достъп до здравни услуги.

По отношение на равния достъп, както в **България,** така и в **Германия** се установи статистически значима зависимост с трудовата дейност, като най-позитивно са настроени анкетираните от ръководния персонал и администрацията.

ОБОБЩЕНИЯ

Въз основа на литературния обзор и резултатите от собствените изследвания в България и Германия стигаме до значими изводи и обобщения относно същността и основните характеристики на здравноосигурителните системи в двете страни.

Немското здравно осигуряване става предпочитан модел за много страни, тъй като се основава на привлекателни принципи като солидарността при организиране на здравните грижи и равнопоставеността на всички осигурени социални групи от населението. Запазвайки солидарността като основен принцип на здравноосигурителната система на ФРГ, политици и здравни мениджъри насочват тази система към по-ефективна дейност чрез въвеждането на „регулирана конкуренция". С помощта на разнообразни подходи и методи се търси фин баланс между запазване на възможностите за достъп и разумен и икономически ефективен избор на доставчици на здравни услуги и по-точното ориентиране на здравните услуги към потребностите на различните слоеве на населението.

В областта на предоставянето на здравни услуги в Германия се наблюдават няколко основни тенденции: първо, разширяване на възможностите за предоставяне на

услуги чрез въвеждането на универсално здравноосигурително покритие за обхващане на цялото население, второ, разширяване и разнообразяване на услугите в кошницата на задължителното здравно осигуряване, и трето, насочване на осигурения към конкретно необходимите му услуги чрез използването на общо практикуващия лекар като „вход" към системата, диагностично свързаните групи, интегрираните грижи, използването на стимули (вкл. финансови като, например, реимбурсация на вноски) при дейности за промоция на здравето. Съществува и още една основна тенденция: повишаване качеството на услугите за по-ефективно използване на материалните и човешките ресурси на здравеопазването.

Тези тенденции при предоставянето на здравни услуги са обвързани с някои финансово-икономически механизми като: усъвършенстване на схемата за изравняване на риска и въвеждане от 2009 г. на Здравния фонд; засилване, но и регулиране на конкуренцията на пазара на здравни услуги и отварянето му за здравните каси от задължителното здравно осигуряване; ограничаване размера на вноските в задължителното здравно осигуряване; запазване на по-широка членска маса и социална база на задължителното здравно осигуряване чрез ограничения за излизане от него, насърчаване на допълнителното здравно осигуряване в частните здравни фондове.

Тези механизми се договарят и прилагат чрез стройна организация за управление на системата за здравно осигуряване във ФРГ, която се основава на принципа на „социалния корпоративизъм". Тя предполага залагането на основни законови рамки от страна на държавата и контрол върху спазването им и напоследък, върху експедитивната работа на обществените органи. Тази организация за управление се свързва и с участието на широк спектър от обществени органи и организации, които под различна форма се обединяват и решават основните проблеми, стоящи пред здравната система и в които са представени всички заинтересовани –купувачи, доставчици на здравни услуги и в определена степен и ползватели на тези услуги. Така се постига саморегулация на здравноосигурителната система във ФРГ.

Емпиричните данни от анкетното проучване водят до някои основни констатации за здравноосигурителната система с фондово финансиране във ФРГ:

1. Задължителното здравно осигуряване във ФРГ получава одобрение за предоставяните възможности за лечение и възстановяване от страна на

здравноосигурените, които смятат, че тази система им гарантира ефективно лечение, има добра материална база, където се подържа добра хигиена, а лекарите се съобразяват с интересите на пациента.

2. Размерът на вноските не е проблем за мнозинството здравноосигурени, а отпусканите от държавата средства се оценяват от тях като достатъчни.

3. Задължителните здравни каси и, особено частните фондове, осигуряват високо качество и своевременност на услугите, а и добро отношение към пациента. Германците не откриват голяма разлика в оборудването при ЗЗО и ДЗО със съвременна апаратура, което е следствие от цялостното добро оборудване на лекарските практики и от широкото право на избор на лекар и специалист.

4. Осигурен е реален и равен достъп до здравни услуги, като осигурените осъзнават връзката между платената здравна вноска и ползваната здравна услуга.

5. Цялостната оценка на фондовата здравноосигурителна система е силно положителна, като внушителните 80% от анкетираните биха я избрали към настоящия момент.

Българското здравеопазване години наред се е влияело от положителния пример, от ефикасността и резултатността на немското здравно осигуряване. Отчитайки специфичните условия на Балканите организаторите на българската здравноосигурителна система са създали най-добрата здравноосигурителна система на полуострова непосредствено след Първата световна война.

След коренната политическа промяна през 1989г. в България се провеждат редица реформи на здравеопазването, като най-съществената е замяната на националната здравна система с двустълбова здравноосигурителна система. Големият корпус от научни изследвания доказва, че по-нататъшното развитие и на задължителното, и на доброволното здравно осигуряване в България може да се постигне чрез усъвършенстване на законодателството, спазване на лицензионните изисквания, осъществяване на регулация на пазара на услуги и активен надзор над здравноосигурителната дейност. По-отчетливото дефиниране на пакетите, предлагани от различните доброволни здравноосигурителни фондове, може да бъде резултат от една ясна дефиниция на минималния пакет услуги на ЗЗО. Като следствие ще се улесни остойностяването и маркетинга на пакетите на доброволните фондове, ще се изяснят

правилата на пазара, ще се засили реалната конкуренция и ще се повиши качеството на здравните услуги.

Проведеното **анкетно проучване** като цяло показва различна оценка на анкетираните в двете страни относно качеството и обема на здравните услуги, финансирането и други характеристики на здравноосигурителните системи в техните страни. В повечето случаи мнението за системите в България и във ФРГ е различно или дори противоположно.

Съвременното развитие на здравното осигуряване в България показва, че съществуват многобройни примери за използване на опита на вече утвърдени здравноосигурителни системи, включително на тази във ФРГ. В условията на съвременната финансова криза различни механизми като доплащането за преглед и болнично лечение, диагностично свързаните групи, различните проценти при частичното реимбурсиране на лекарствата и други се използват от много национални здравноосигурителни системи. В допълнение преносът на опит не се осъществява само в една посока, а обикновено е двупосочен. Тези процеси протичат на фона на развитието и на общи тенденции в здравеопазните системи по света.

В Германия отскоро се въведе универсално здравно осигуряване с цел обхващане 100% от населението в здравното осигуряване. Този процес се улесни чрез намаляване на броя на фондовете на общественото здравно осигуряване, което прави проследяването на осигуряването по-лесно и по-евтино. В прилагането на универсалното здравно осигуряване ФРГ би могла да използва опита на българската НЗОК, която осигурява цялото население на страната вече повече от двадесет години, като за постигане на пълно покритие на населението работи и с работодателите, и с подлежащите на осигуряване, а също и в тясна връзка с данъчните служби.

Резултатите от собственото изследване в настоящия дисертационен труд показват, че анкетираните в България изразяват недоволство от някои аспекти на дейността на здравноосигурителната система. В тези направления може да се потърсят възможности за прилагане на опита на здравното осигуряване във ФРГ.

Профилактичните прегледи сред анкетираните от България и ФРГ са приблизително еднакъв процент, което свидетелства за приблизително еднакъв интерес и у българите, и у германците към грижата за собственото им здраве. Повишеният брой

прегледи при личния лекар и при специалисти в България говори за **висока заболеваемост и за по-големи здравни потребности**, а също може да бъде индикация за **прекомерната употреба на здравната система**.

Причините за тези явления могат да бъдат недостатъчна по обем и качество **промоция на здравето, а също и първична профилактика в България**. Свръх употребата на здравната система, свързана с прекалено честото прибягване до консултиране със специалист, е резултат от това, че все още недостатъчен брой български ОПЛ в сравнение с германските си колеги имат специалност по обща медицина. Това създава **предпоставки здравните потребности на населението да се разминават, от една страна, с визията за ОПЛ като „вход" към системата, и от друга, с предлаганите услуги от страна на здравното осигуряване**.Следователно, съществуващият достъп до здравни услуги не съответства точно на **необходимите на ползвателите вид и качество на здравните услуги.**

Получените за ФРГ резултати, сочещи по-малък брой прегледи, се дължат на силно развитата профилактика в Германия, по-високия жизнен стандарт, както и на развитата база и традиции в спорта и туризма. За намаляване броя на прегледите опитът на германското здравно осигуряване предлага **поредица от мерки за подобряване на промоцията и профилактиката и по-голямо разнообразие от услуги и здравноосигурителни пакети, което позволява по-голямо индивидуализиране на предлаганите услуги**.

Ако се съпоставят данните от анкетното проучване, показващи по-високия брой прегледи при българите и по-ниското им **мнение за възможностите за лечение в ЗЗО**, може да се направи изводът, че по-големият обем услуги не задоволява здравноосигурените. Следователно, това е още една индикация, че ползваните **услуги понякога или не са с достатъчно високо качество, или не са насочени към съществуващите здравни потребности на осигурените**. За преодоляване на тези проблеми здравноосигурителната система **може да търси начини за повишаване качеството на услугите и по-точното им насочване към потребностите на пациентите**.

Понастоящем качеството на предоставяните медицински услуги в България се следи от Специализираният медицински надзор, провеждан чрез дейността

на Дирекция „Специализиран медицински надзор” в МЗ, т.е. от държавата. Сектор “Права на пациентите” в НЗОК също работи по проблеми на качественото обслужване въз основа на сигнали от осигурените. Германският опит показва, че за такъв централен проблем на съвременното здравеопазване могат да се ангажират по-широк кръг специалисти и обществени организации. Не случайно във ФРГ със Закона за модернизацията на задължителното здравно осигуряване от 2004 г. се въвежда система за вътрешен качествен контрол. Член 137 от Книга 5 предвижда Общият федерален комитет да определя мерки за подържане и повишаване на качеството в болниците, като се проследяват обхвата и видовете услуги, а също така и програмите за диагностично свързаните групи. Проследява се и спазването на медицинските стандарти за качество при извършване на определени процедури. Следвайки принципите на немския ‘корпоративизъм’, Общият федерален комитет се подпомага от Асоциацията на частните здравни осигурители и от Германската медицинска асоциация.

Комитетът е наел Федералния офис за осигуряване на качеството, създаден от Германската медицинска асоциация, Германската асоциация на болниците и задължителните и частните здравноосигурителни фондове. Доклади по качеството съставят и Асоциацията на лекарите в задължителното здравно осигуряване и различните фондове, което дава възможност за предоставяне на обективна и обемна информация на пациентите. Със Закона за реформи от 2007 г. Общият федерален комитет се задължава да изработва и насоки за определяне и измерване на качеството (чл.136 от Sozialgesetzbuch V). С научни и практически задачи в областта на осигуряване на качествено здравеопазване е натоварен и Институтът по качеството и ефикасното здравно обслужване (Institut fu¨r Qualita¨t und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) (вж. Sozialgesetzbuch V, 2005: чл.139). От друга страна, у пациентите в Германия е създаден силен интерес към информацията за качеството на здравните услуги (Nolting and Wasem, 2002; Dierks and Schaeffer, 2005).

Опитът на немската здравноосигурителна система показва, че въз основа на регулираната конкуренция немските здравни фондове са стимулирани да проследяват постоянно качеството на услугите, които се предоставят на осигурените. В условията на България една полезна мярка може да бъде **засилването на проследяването и контрола на качеството вътре във фондовете.** Поради отсъствието на конкуренция в

задължителното осигуряване, нараства значението на **контрола, осъществяван не само от МЗ, но и от самата НЗОК.**

В България също би могъл да се използва **един общ орган, който да включва не само представители на държавата, но и такива на осигурителите, обществените организации, на осигурените, а също и специалисти по здравен мениджмънт, който да има контролни функции по отношение на качеството**. Не трябва да се подценява и **изследователската дейност по качеството на здравните услуги**. Особено важна за фондовете като част от здравноосигурителната система е тяхната собствена функция и дейност по проследяване на качеството, поради което могат да се обмислят **мерки за засилване на вътрешния качествен контрол във фондовете**, тъй като те са важна страна във взаимоотношението лекар-пациент и могат да му влияят. Съществува и възможност осигурителните фондове, и особено, НЗОК, **да наемат подизпълнители, които да упълномощят да извършват контрол** от тяхно име. При подбор на подизпълнители за проследяване на качеството може да се приложи и общественото начало.

По отношение на по-точното **насочване на услугите към потребностите на осигурените,** НЗОК може отново да използва опита на немските фондове.

Фондовете във ФРГ създават финансови и други стимули за потребителите за постигане на две цели: първо, намаляване на прекаленото използване на здравни услуги и, второ, насочване на тези услуги по точно към потребностите на осигурените. В Германия според ревизирания член 53 от Кодекса за социално осигуряване V, здравните каси предоставят нови опции в четири области. На първо място на осигурения се предлагат финансови облекчения при заплащане директно на лекаря на една определена максимална сума за период от 1 година, вместо многократни плащания за всеки преглед и която след това се възстановява на осигурения от фонда. Второ, възможността за възстановяване на вноски (максимум една месечна вноска годишно), е на разположение и за задължително осигурените. Трето, предоставя се право за реимбурсиране на разходи. Здравноосигурените в задължителното осигуряване вече могат да избират между класическите обезщетения в задължителното обществено осигуряване, които се изразяват в получаване на услуги, и новите предложения за финансова реимбурсация на използвани услуги. Четвърто, предлагат се нови форми за

оказване на лекарска помощ като GP центровете, ДСГ, интегрираните грижи, които предоставят възможности за възстановяването на вноски на тези, които ги използват.

Използват се схеми за рефинансиране на вноските в случаите, когато членовете не консумират услуги и намаления по вноските за членовете, участващи в дейности за промоция на здравето. Финансови облекчения има и когато осигуреният се включва в дейности, подобряващи здравето (DAK се е кооперирала с немска туристическа компания и предлага програми за промоция на здравето).

Новите пакети услуги дават възможност материалните и финансови средства да се насочват по-добре към предпочитанията на осигурения и да се съобразяват с неговото здравословно състояние. Това е основно средство за повишаване на ефективността на здравноосигурителната система.

В България могат **да се приложат някои от тези финансови схеми за реимбурсации при намалено използване на системата, насочване на пациентите към определени услуги и центрове, замяна на една услуга с друга и за дейности по промоция на здравето** и те несъмнено ще срещнат одобрението на здравноосигурените, както бе установено в хода на интервютата с анкетираните в настоящото изследване. Предлагането на тези нови схеми ще осигури разнообразни допълнителни услуги в съответствие с индивидуалните потребности на осигурения. Те ще се разгърнат естествено **след обособяването на задължително допълнително здравно осигуряване като още един стълб на здравноосигурителната система в България**. Новият стълб на задължително допълнително осигуряване и предложените нови схеми за предоставяне на услуги **ще придадат също така нов смисъл и на развитието на пазарните механизми в здравното осигуряване в България,** както това се случва в условията на „регулираната конкуренция" между фондовете във ФРГ. За да могат да се приложат такива схеми, обаче, е необходима **подходяща електронна информационна система на здравното осигуряване.**

По-ниската оценка, която българите дават за възможностите на ЗЗО за осигуряване на лечение и възстановяване от заболяване, се дължи на **дефектите**, които те откриват в него, а именно, недостатъчния достъп до лекари, бавното обслужване, неефективното лечение, лошата материална база.

Посочените дефекти свидетелстват за недостатъчен обем и качество на здравните услуги, което може да произтича от същностни проблеми на осигуряването като липса на достатъчен контрол по качеството и достатъчни мерки за продължаваща квалификация, недофинансиране на ЗЗО. Последното се потвърждава от мнението на анкетираните, че здравните осигуровки са поносими, но средствата, отделяни за здравеопазване от държавата, са недостатъчни.

Опитът на ФРГ насочва към някои механизми за преодоляване на тези проблеми. Германската държава участва с отчисления от данъците при формиране на финансовите средства на Здравния фонд, който, от своя страна, отпуска средства за отделните фондове според схема за разпределение, отчитаща множество фактори. Това дава възможност при отпускане на финансовите средства да се вземат пред вид разнообразието, вида и качеството на услугите, предоставяни от отделния фонд за обществено осигуряване във ФРГ. В низходящ порядък **договорите между отделния обществен здравен фонд и всеки осигурен са достатъчно индивидуализирани и включват услуги, реимбурсации и финансови стимули, предотвратяващи свръх употреба на здравната система, като всички те са съобразени със здравните потребности на индивида.** Той от своя страна има **правото на по-широк избор на договор и на включените в този договор услуги.**

В посока на прилагане на опита на ФРГ в България може да се обмислят различни начини за **участие на държавата във финансирането на здравеопазването** и на здравноосигурителната система. Понастоящем българската държава участва финансово при осигуряване на дълготрайни материални активи като сгради, например. Като най-големия работодател тя отговаря и за изплащане на здравните осигуровки на държавните служители. **Развитие на участието на държавата може да се търси във финансиране на дейности на НЗОК, например, за определени категории граждани като социално слабите, децата и други, а също и в подкрепа на социално значими здравни програми**.

Различни механизми във финансовите отношенията между фонда и здравноосигурените в задължителното здравно осигуряване могат да се прилагат, като се отчита и обема, и вида на оказваната услуга. Крачка в посока на преодоляване на недостига на финансови средства и свръх употребата на услуги е **създаването на**

финансови стимули и за лекари, и за пациенти в случаите, когато се използват брой и вид услуги под определен лимит.

Тази мярка може да даде положителни резултати и при въвеждане на диагностично свързаните групи.Опитът от тяхното използване в някои страни, сред които и ФРГ, показва, че качеството на услугите за пациентите в тези групи се повишава, но същевременно разходите в системата нарастват.

В условията на българското ЗЗО диагностично свързаните групи се очаква също да доведат до финансов преразход, който може да се избегне или поне намали, ако, използвайки опита на ФРГ, се създадат и въведат финансови стимули за лекари и пациенти при използване на по-малък брой и вид услуги. Една от пречките за сработване на този механизъм, обаче, са проблемите в информационната система на задължителното здравно осигуряване. Въвеждането на споменатите вече финансови стимули изисква работещи електронни здравни карти и досиета на пациентите.

От казаното дотук по отношение на използването на финансовите средства може да се направи изводът, че **финансовите средства не само не достигат, но и тяхното разпределение би могло да се подчини на някои ключови дейности, които могат да допринесат за отслабване на финансовото напрежение в системата**. Такива дейности с краткосрочен и дългосрочен ефект са изграждането на електронната **информационна система**, която ще подобри и индивидуализира отчетността при ползваните услуги. Други такива дейности са **промоцията на здравето и първичната профилактика,** които са една дългосрочна, но жизнено необходима инвестиция в здравето на българското население, и неизбежно ще доведат до понижаване на заболеваемостта и повишаване на качеството на живот.

По отношение на склонността на анкетираните **да плащат директно на лекаря** в България отговорите клонят към отрицателни. В Германия болшинството отговори са концентрирани в „златната среда", което предполага, че в Германия в много по-голяма степен е осъзната необходимостта от заплащане на лекаря независимо от начина, по който то ще бъде осъществено.

Обстоятелството, че българите не са склонни да плащат директно на лекаря свидетелства за това, че тази психологическа нагласа играе важна роля за затвърждаване позициите на здравното осигуряване в България и може да бъде

използвана в бъдеще. Очевидно българинът очаква заплащането за здравни услуги да се осъществява чрез здравния фонд. Това повишава отговорността на фондовете за разнообразяване на вида на услугите и издигане на качеството им, за предлагане на достатъчно богат спектър от услуги, които да дават **възможност за избор и комбиниране в различен тип договори.** Така задължителното осигуряване би отговорило на различните потребности на осигурените и като резултат би се сближило с доброволното осигуряване, което предоставя по-голям избор (а такова сближаване ще бъде отражение на една световна тенденция). За осъществяване на тази препоръка е необходимо първо **да се дефинира точно това, което включва основният здравен пакет на НЗОК, а към него да се добавят допълнителни услуги в съответствие с индивидуалните потребности на осигурения**.

В допълнение към общото разминаване на здравните потребности и предлаганото здравеопазване може да се добави и разминаването на здравните потребности на пациентите и услугите, предлагани специално от ЗЗО, което кара 51% от анкетираните българи (срещу 29% при германците) **да търсят медицинска помощ извън ЗЗО**. Това е един пряк индикатор за това, че системата на здравното осигуряване в България реално обслужва по-малък процент пациенти и решава по-малко от техните здравни проблеми, отколкото се очаква въз основа на законово определеното универсално покритие на населението.

Делът на **одобряващите ДЗО** в двете страни е приблизително еднакъв.Отношението на доброволното здравно осигуряване към задължителното, обаче, в двете страни е различно. Във ФРГ доброволно се осигуряват гражданите с доходи над определен праг, но то може да се ползва и като източник на допълнително осигуряване за включените в социалното. В България всички граждани се осигуряват в задължителното, а доброволното (поне като замисъл) работи като допълнително. В действителност, обаче, много често ДЗО замества задължителното, като осигурява необходимите здравни услуги, които не могат да се получат в задължителното.

Ако и тук се обърнем към немския опит ще видим, че чрез разнообразяването на услугите в осигурителните договори общественото и доброволното осигуряване се сближават и **тук също започва да действа своеобразна конкуренция относно това дали някои услуги ще се ползват по задължителната или**

по допълнителната осигуровка на гражданина. Тази конкуренция е в полза на осигурените. Създаването на подобни условия в България също би разнообразило и повишило качеството на услугите вследствие на конкуренция.

Различни причини за **одобрение на ДЗО** са посочени от различен процент анкетирани в България и Германия. Процентът на посочилите **по-високото качество на услугите и по-доброто отношение към пациентите в ДЗО** е еднакъв и доста висок (съответно около 60% и 40%). Очевидно ЗЗО и в двете страни може да подобри дейността си в тези две направления.

Във ФРГ в тази насока се използват интегрираните грижи, т.е. създаването на центрове с разнообразни специалисти, което скъсява пътя на пациента до нужния специалист. В това отношение България има богатия опит от функциониращите сега ДКЦ и съществувалите поликлиники, който по признание на здравни мениджъри от ФРГ, се използва и там, като се вземат предвид традициите на поликлиниките от бившата Германска демократична република.

Ефективното лечение във ФРГ се обвързва с диагностично свързаните групи, но някои аспекти на тяхното въвеждане (предимно от финансово естество) се поставят под въпрос. Тяхното функциониране за осъществяване на ефикасно лечение е свързано и с въпроса за материалното оборудване на лекарските практики. Според доста анкетирани българи (39%) апаратурата в ДЗО е по-добра от тази в ЗЗО. Само 2% от германците откриват подобна разлика между ЗЗО и ДЗО. От значение е също така, че немските пациенти имат **широко право на избор на лекар и специалист**, което създава конкуренция и позволява на пациентите да предпочитат по-добре оборудваните практики.

Ясен е изводът, че в България е необходимо **по-добро оборудване с високо технологична апаратура и в ЗЗО, и в ДЗО**, което е един постоянен въпрос предвид непрекъснатото развитие на медицинските технологии. Тук, обаче, възниква и въпросът за подготовката на кадрите, които ще работят с тази апаратура.

В това отношение можем да почерпим от опита на ФРГ като се **възползваме от европейски програми** не само за **снабдяване с апаратура**, но и за **обучение на лекарите и други специалисти**, които ще работят с нея. Традиционно

добрите отношения между българските и германските лекарски организации също могат да допринесат за повишаване квалификацията на българските специалисти.

Поставяне на ОПЛ на входа на системата и във ФРГ, и в България се използва като мярка срещу прекалената употреба и даже злоупотреба със здравноосигурителната система. Съществено е, обаче, да отбележим **подходите, възприети в двете здравноосигурителни системи към утвърждаването на ОПЛ**. В България институцията на ОПЛ се създаде и започна да функционира като задължителна за осигурените в НЗОК съгласно Закона за здравното осигуряване. В Германия джипито се предлага на осигурените като вход към системата, като на тези, които го използват се предлагат **различни финансови и други бонуси.** Последствията от двата подхода са различни. В Германия институцията на джипито се утвърждава и разширява бавно и неправолинейно, успоредно с убеждението на осигурените, че тя им носи здравни и финансови ползи. В България задължителното въвеждане на ОПЛ вероятно допринася и за установената в настоящето изследване тенденция за прекалено висок процент прегледи при специалисти. Очевидно е, че германският подход води до **дълготрайни и положителни психологически нагласи** при осигурените, ползващи се от услугите на ОПЛ. Българският подход води до бързи организационни и финансови резултати, но бе придружен с някои трудности при утвърждаването на ролята на ОПЛ в представите на българския пациент.

Делът на реално осигуряващите се в ДЗО сред анкетираните е малък поради това, че те са предимно млади хора и сред тях търсенето на допълнителна осигуровка е по-ниско. Финансовите им възможности също не са високи. Обемът на потребностите им е по-малък и те са по- специфични. Това се демонстрира и от **услугите, за които анкетираните биха си направили ДЗО**.

Много по-голям процент българи са посочили желанието си за ДЗО за **профилактика** (36%) и **рехабилитация** (27%), което показва, че те осъзнават тяхната важност, а проблемът на ЗЗО е, че не им предоставя този вид услуги. **Развитието на промоцията и профилактиката** могат да доведат до понижаване на заболеваемостта и потребностите от здравни услуги.

Във ФРГ процентите на желаещите да се осигуряват доброволно за профилактика и рехабилитация са по- малки, тъй като общественото осигуряване

предоставя тези услуги и германците са доволни от профилактичните програми, които ЗЗО им предлага. При последните реформи немското обществено осигуряване включи в осигурителния пакет още дейности за профилактика и рехабилитация.

Обстоятелството, че около една трета от българите биха избрали профилактичните услуги на ДЗО показва, че **те все повече осъзнават значимостта на профилактиката. Освен това се потвърждава и констатацията, че през последните години профилактичните услуги, оказвани от ЗЗО в България, са подценени и ограничени**. Българската НЗОК може **да предприеме мерки тези услуги да се предлагат по-широко на нуждаещите се**.

Германците са осъзнали ползата и от по-активното включване в дейности по промоция на здравето. Изхождайки от германския опит, който **свързва дейността на здравното осигуряване с широки мерки за промоция на здравето като масов и санаториален туризъм, масов спорт и други, по-голям обем и разнообразие на такива услуги** могат да се включат по различен начин към осигуряването на българите (и отново **да се обвържат финансово с реимбурсации или замяна с други услуги,** както е в Германия). Нашето изследване показва, че ползата от тях вече се осъзнава от все по-голям дял българи.

Това има пряко отношение към желанието за осигуряване в доброволен фонд за услуги от пакета на ЗЗО. Ако осигурените сключат договор за **ДЗО,** в България 17.45%, а в Германия 30.9% **биха го направили за пакета на ЗЗО**. В България ниските доходи пречат на осигурените да се осигуряват в ДЗО, макар, че те смятат услугите му за по-качествени. В Германия доброволното осигуряване означава постигане на по-висок праг на доходите. Реално процентът 30.9% показва, че ако минат лимита на доходи за ЗЗО тези тридесет процента германци биха излезли от ЗЗОФ и биха преминали към ДЗОФ. Един голям процент германци, обаче, около 70%, биха останали в ЗЗОФ и след като минат прага на доходите, вероятно поради безплатното осигуряване на семействата в ЗЗО**.**

От германците 85.9% биха се осигурявали за **услуги извън пакета на ЗЗОФ**, което показва, че болшинството от анкетираните ценят здравето си, могат и биха отделили средства за допълнителни здравни услуги в ДЗОФ. С други думи тази категория граждани на ФРГ поставя здравето на едно от първите места на своята лична

ценностна система. Такова отношение към здравето би трябвало да бъде цел на всяка здравноосигурителна система.

В редица проведени от нас интервюта българите споделят **голямото си желание за включване в ДЗО, но ниските им финансови възможности не им позволяват да направят това**. Германците подчертават, че за тях финансовата страна на такова осигуряване също е от голямо значение, тъй като връзката между заплатената осигурителна вноска и получената услуга е неизбежна и естествена.

По отношение на **равенството или неравенството в достъпа** до здравни услуги рязко противоположното мнение на анкетираните в България и ФРГ е много показателно. То е следствие от различните исторически традиции на здравното осигуряване, от различните психологически нагласи , формирани у населението. Докато във ФРГ социалното осигуряване се смята за основа на социалната държава и връзката здравна вноска – здравна услуга е ясна и във финансовите, и в социалните си аспекти, то в България здравното осигуряване има много, както вътрешни проблеми на достъпа, качеството и предлаганите услуги, така и проблеми, произтичащи от общата финансова криза, и от психологическите нагласи на населението.

Два проблема на българското задължително здравно осигуряване са ограниченият **достъп до високо квалифицирани медицински и болнични услуги и недостатъчно точното дефиниране на основния пакет на НЗОК**. В допълнение, ниските доходи на населението спъват по-широкото развитие на ДЗО и водят до неудовлетвореност у здравноосигурените по отношение на равенството в достъпа до медицински и здравни услуги. Функционирането на здравната система преди 1989 г. е създала психологическата нагласа, че що се отнася до нуждата от медицински услуги лекарите следват желанието на пациента. Това създава изкривена представа за равен достъп до здравни услуги, основан в голяма степен върху желанието за ползването им, а не върху необходимостта от тях.

В Германия в продължение на десетилетия съществува широк достъп до предпочитан от пациента лекар или специалист, но последните тенденции са за по-бързо насочване към най-подходящия доставчик на необходимите здравни услуги и избягване дублирането на изследванията. Същевременно е ясна връзката между платената здравноосигурителна вноска, предоставената услуга и реимбурсацията от здравната

каса. Германците приемат, че всяка здравна услуга се заплаща и че равният достъп е основан най-вече на справедлив принос във фонда в съчетание със социалните му функции за преразпределение на средствата. Поради обстоятелството, че системата на социалното осигуряване съществува в Германия от създаването й по времето на Бисмарк, тези разбирания са възприети от населението и то преценява съществуващата здравна система като предоставяща в голяма степен равен достъп до медицински услуги.

Българинът **трудно прави връзката между плащането на здравна вноска и получаваната услуга.** Ако се опитаме да почерпим от немския опит, ще установим, че във ФРГ, макар принципите на социалното здравно осигуряване да се следват и от доставчиците и от потребителите на услуги, здравните политици и мениджъри прибягват до позитивни от гледна точка на осигурения **механизми за подчертаване на връзката осигурителна вноска – здравна услуга**. Предлагането на различни типове договори в общественото здравно осигуряване, възможността за избор на съдържанието на договора и на ползваните услуги, обвързано с възможности за реимбурсации или замяна на една услуга с друга, не само **затвърждава у осигурения убеждението, че услугите се заплащат, но и му предлага положителни стимули за въздържане от използване на системата, а впоследствие се създава и мотивация за промоция на здравето и провеждане на профилактика**. Пътят до тази мотивация според проф. Е. Шипковенска (Шипковенска и колектив, 2008:156) се изминава поради убеждението на самия осигурен не само относно здравната, но и относно финансовата полза от тези дейности.

Прилагането на различни механизми за здравен мениджмънт не може да се анализира извън общите обстоятелства на здравните реформи. Ако в Германия промените са инициирани поради прекалено използване на системата и финансовото напрежение в нея, то в България през последните две десетилетия бе налице коренна промяна, която доведе до желанието на здравни политици и мениджъри да постигнат бързо организационни и финансови резултати, които бяха съпътствани и от по-дълбоки социално-психологически промени у здравноосигурените.

Тези особености на развитието на здравното осигуряване в двете страни намират концентриран израз в резултатите относно **предпочитанията на осигурените към типа здравеопазна система**. Докато нашите немски респонденти избират

определено и категорично здравното осигуряване, българите се колебаят между осигурителната и националната система на здравеопазване, а 20% посочват някаква неопределена плуралистична система. Вероятна причина за това е съществуването на някои дефекти на здравноосигурителната система, посочени от анкетираните българи.
Изборът от страна на анкетираните на плуралистична система показва по-скоро неяснота и лутане в избора, отколкото познаване или мотивирано предпочитание на тази система. Отношението на здравноосигурените българи свидетелства, че **перспективите на здравното осигуряване в България не се поставят под въпрос и че съществува голям спектър от възможности за усъвършенстване на здравноосигурителната система.**

Изводите от нашето изследване потвърждават редица идеи, залегнали в основата на разработения от колектив учени от Факултета по обществено здраве на МУ-София през 2005 г. социално-либерален модел за развитие на здравеопазването (проф.Ц.Воденичаров и кол., 2005).

Направените дотук изводи въз основа на анкетните данни и критичния анализ могат да се обобщят, като се открояят някои основни проблеми в здравноосигурителната система на България и се препоръчат адекватни решения и мерки за тяхното преодоляване, подсказани от опита на ФРГермания.

Проблеми: Завишеният брой прегледи свидетелства за една група проблеми, които обхващат високата заболеваемост и по-големите здравни потребности на осигурените в България, водещи до прекомерна употреба на здравната система. Големият обем услуги се съчетава с отсъствие на необходимите по вид и качество здравни услуги, което създава у осигурените мнение за недостатъчни възможности за лечение и възстановяване в ЗЗО.

Мерки: По-голямото разнообразие от услуги и здравноосигурителни пакети и по-голямо индивидуализиране на предлаганите услуги ще свие обема, но ще се насочи към и ще удовлетвори реално съществуващите потребности на осигурените. Разширяването и подобряването на услугите по промоцията и профилактиката е осъзнато желание на осигурените и ще доведе до подобряване на здравния статус на населението и намаляване на здравните потребности.

Проблем: Недостатъчните възможности за лечение в ЗЗО и по-високото качество на услугите в ДЗО, посочени от анкетираните, насочват към проблема за недостатъчно високото качество на някои здравни услуги.

Мерки: Необходимо е повсеместно засилване на проследяването и контрола на качеството и от МЗ, и на вътрешния качествен контрол в НЗОК. Опитът на ФРГ подсказва и решението за създаване на един общ контролен орган по качеството с представители на държавата, но и на осигурителите, обществените организации, на осигурените, а също и специалисти по здравен мениджмънт. Съчетаването на тези мерки с продължаването на изследователската дейност по качеството на здравните услуги може да доведе до съществени промени в тази насока.

Проблем: Мнението за неефективно, недостатъчно и/или бавно обслужване в ЗЗО подчертава проблема за разминаването между предлаганите в здравноосигурителните пакети видове услуги и съществуващите здравни потребности на осигурените.

Мерки: Опитът на ФРГ подсказва възможности за развитие на пазарните механизми чрез „регулирана конкуренция" в ЗО в България, чрез обособяването на задължително допълнително здравно осигуряване като още един стълб на здравноосигурителната система в България, което ще позволи да се приложат финансови схеми за реимбурсации при намалено използване на системата или насочване на пациентите към определени услуги и центрове, замяна на една услуга с друга или с дейности по промоция на здравето. Тези мерки могат да се приложат само при строга отчетност на ползваните услуги чрез заработване на подходяща електронна информационна система на здравното осигуряване.

Проблем: Разминаването на предлагани здравни услуги и съществуващи потребности в ЗО в България, както и последните реформи във ФРГ, водещи до сближаване на ЗЗО и ДЗО при предоставянето на избор на услуги, насочват към проблема за отсъствието на възможности за избор и комбиниране на услуги в различни типове договори в ЗЗО в България.

Мерки: Точното дефиниране на основния здравен пакет на НЗОК ще позволи на осигурените да добавят към него допълнителни услуги в съответствие с индивидуалните си потребности, като използват системата за допълнително задължително осигуряване, която може да се подържа от доброволните здравноосигурителни фондове.

Проблем: Здравноосигурените определено осъзнават необходимостта и недостига на услуги по профилактика, рехабилитация и промоция на здравето в пакета от предлагани услуги на ЗЗО, тъй като са готови да се осигуряват доброволно за тях.

Мерки: По-голям обем и разнообразие на такива услуги могат да се предлагат по-широко от НЗОК. Следвайки германския опит, дейността на ЗО може да се свърже с широки мерки за промоция на здравето като масов и санаториален туризъм, масов спорт и други. Ползването на тези услуги може финансово да се обвърже с реимбурсации или замяна с други услуги.

Проблем: Дефектите в ЗЗО като недостатъчния достъп до лекари, бавното обслужване, неефективното лечение, лошата материална база, посочени от осигурените, образуват друга проблемна област на ЗЗО.

Мерки: Предоставянето на правото на по-широк избор на договор, на услуги, на лекар и специалист може да подобри достъпа. Развиването на „регулирана конкуренция" и на пазарни механизми в ЗО действат като съществени организационни и финансови механизми за цялостно подобряване на обслужването в ЗО. Възползването от европейски програми за снабдяване с апаратура и за обучение на лекарите и специалистите за работа с нея може да подобри материалната база на здравеопазването и да допринесе за по-ефективното й използване.

Проблем: Проблемът относно недостига на финансови средства за здравеопазване се идентифицира въз основа на емпиричните данни от анкетата за финансирането, здравните вноски, материалната база и на глобалната тенденция за повишаване на разходите в здравеопазването въз основа на навлизането на високотехнологични методи за лечение.

Мерки: Изграждането на електронната информационна система, която да подобри и индивидуализира отчетността при ползваните услуги, ще помогне за проследяване, анализ и намаляване на обема на ползваните услуги и ще намали финансовото напрежение в ЗО. В тази насока могат да се предприемат и финансови мерки като създаването на финансови стимули за лекари и пациенти, когато се използват брой и вид услуги под определен лимит, и като разпределението на средства към ключови дейности, като промоцията на здравето и първичната профилактика.

Проблем: Недостатъчното участие на държавата във финансирането на здравеопазването се идентифицира като проблем въз основа на анкетните данни относно средствата, отделяни от държавния бюджет за здравеопазване, и относно материалното обезпечаване на здравеопазването.

Мерки: Съществуват възможности за участие на държавата при финансиране на дейности на НЗОК за определени категории граждани като социално слабите, децата и други, а също и в подкрепа на социално значими здравни програми.

Проблем: Проблемът за трудното осъзнаване от страна на осигуряваните на връзката между плащането на здравна вноска и ползваната здравна услуга се оформя чрез данните за предпочитанията за избор на здравна система и мнението за равенство или неравенство в достъпа до здравни услуги.

Мерки: Връзката между плащането на здравна вноска и ползването на здравни услуги може да се изясни чрез поредица от мерки, използвани във фондовата здравноосигурителна система на ФРГ, като: предлагане на положителни финансови стимули за въздържане от използване на системата; предлагане на различни типове договори в ЗЗО; възможност за избор на договора и услугите; възможности за реимбурсации или замяна на една услуга с друга; създаване на мотивация за промоция на здравето и профилактика.

Перспективите за здравното осигуряване в двете страни са добри и днес почти никой не поставя въпроса за замяна на здравноосигурителната система. Във ФРГ се работи за усъвършенстване на тази система, което да доведе до по-високо качество на здравните грижи и до реално пълно обхващане на цялото население, с разширяващо се държавно участие. В Р България подобряването на здравното осигуряване може да се свърже с: а) изучаване на промените в здравното осигуряване във ФРГ (с по-широко заимстване на германския опит): б) по-подробно изучаване и прилагане на българския здравноосигурителен опит от първия етап на здравното осигуряване в страната (1918-1948г.); в) по-голяма толерантност към останалите здравеопазни практики и системи (държавната на Бевъридж и реформираното частно здравеопазване от американски тип).

По отношение на провежданите реформи в здравното осигуряване може да се отбележат някои съществени различия. В Германия след създаване на условия за по-голяма конкуренция между фондовете усилията на здравните мениджъри са насочени

предимно към съобразяване и извеждане на съответния здравен фонд или лечебно заведение на водещи позиции в новите условия. В България все още съществува научен и политически дебат по основни аспекти на системата за здравно осигуряване като това дали и кога да се премине от двустълбов към тристълбов модел, дали и кога да се допусне повече конкуренция на пазара на здравното осигуряване, като се създадат условия за конкуренция в задължителния сектор, дали (до неотдавна все още се водеше дебат в това отношение) и до каква степен да се възприемат и регламентират доплащания от пациента. Това поставя българския здравен мениджър в една сложна ситуация на работа в условията на променящи се съществени параметри на здравното осигуряване и прави неговата работа в рамките на отделния здравен фонд или здравно заведение изключително отговорна.

ПРЕПОРЪКИ

1. Да се постигне баланс между достъпа до здравни услуги, икономически ефективния избор на доставчици на здравни услуги и по-точното ориентиране към здравните потребности на различните слоеве на населението (*към здравните мениджъри).*

2. Да се развиват и утвърждават: институцията на ОПЛ и първичната медицинска помощ, интегрираните грижи и диагностично свързаните групи,които да се остойностяват по МКБ за България с цел ограничаване на разходите *(към здравноосигурителните каси, БЛС и здравните мениджъри).*

3. Перманентно и непрекъснато повишаване качеството на медицинските услуги и здравните грижи. Предлагаме създаване на един общ орган, който да включва не само представители на държавата, но и такива на осигурителите, обществените организации, на осигурените, а също и специалисти по здравен мениджмънт, който да има контролни функции по отношение на качеството. Да се предприемат мерки за засилване и на вътрешния качествен контрол във фондовете *(към медицинските специалисти и здравните мениджъри, МЗ,НЗОК и ДЗОФ).*

4. Укрепване на ЗЗО и разширяване на членската маса на осигуряващите се, което ще увеличи здравноосигурителните приходи, тъй като през 2009 г.в България здравноосигурителните разходи като процент от общите държавни разходи за здравеопазване са 73.8%, а в Германия те са цели 90.8%. Фактът, че частните разходи за здравеопазване като процент от общите здравни разходи са 39.3% в България, а 21.2% в Германия (The WHO.Data Repository), показва, че българската ЗЗО не предоставя необходимия обем услуги за здравноосигурените, които са принудени да търсят частна медицинска грижа. *(Препоръката е към Комисията по здравеопазване в НС, НЗОК и МЗ).*

5. Да се дефинира точно това, което включва основният пакет на НЗОК, а разнообразни допълнителни услуги в съответствие с индивидуалните потребности на осигурения могат да се предоставят от задължително допълнително здравно осигуряване, след обособяването му като още един стълб на здравноосигурителната система. Договорите между здравния фонд и здравноосигурения да са достатъчно индивидуализирани и да включват финансови схеми за реимбурсации при намалено използване на системата, насочване на пациентите към определени услуги и центрове, замяна на една услуга с друга, за да се предотвратява прекомерната употреба на здравната система и всички предлагани услуги да са съобразени със здравните потребности на индивида *(към НЗОК и ДЗОФ).*

6. Да се обособи задължително допълнително здравно осигуряване като още един стълб на здравноосигурителната система. Това допълнително ще подпомогне задействането на различни механизми за подчертаване на връзката осигурителна вноска – здравна услуга. Предлагането на различни типове договори в ЗЗО и ДЗО, възможността за избор на съдържанието на договора и на ползваните услуги, обвързано с възможности за реимбурсации или замяна на услуги, не само затвърждава у осигурения убеждението, че услугите се заплащат, но и му предлага положителни стимули за въздържане от използване на системата, а впоследствие се създава и мотивация за промоция на здравето и провеждане на профилактика*(към НЗОК и ДЗОФ).*

7. Насърчаване на частното здравно осигуряване, тъй като частните предплатени здравни договори в ДЗОФ като процент от частните разходи за

здравеопазване са само 1% в България и цели 42.7% в Германия през 2008 г.(World Health Statistics 2011). *(*Препоръката е *към Комисията по здравеопазване в НС и МЗ).*

8. Да се създават условия за подържане на конкуренцията в българското здравеопазване чрез развиване на алтернативни форми и методи за удовлетворяване на здравните потребности *(към мениджърите в здравеопазването, здравното законодателство и здравната политика).*

9. Да се утвърждава плуралистичният модел на собственост и материално-техническо подържане на здравните заведения *(към МЗ и неговите финансово-административни поделения).*

10. Предвид на това, че в България 85.8% от анкетираните считат, че отделяните за нуждите на здравеопазването средства са недостатъчни (в Германия този процент е едва 23.1%), предлагаме за нуждите на здравеопазването да се осигуряват минимални (по време на криза) и оптимални (след кризата) финансови средства от държавния бюджет: ежегодно тези средства да се увеличават с 0.5% (след излизане на страната от кризата), тъй като според СЗО общите разходи за здравеопазване като процент от БВП в Германия са 11.4% през 2009 г., а в България този процент е 6.4% (The WHO. Data Repository). *(*Препоръката е *към МЗ и правителството на РБългария).*

11. Да се използват пазарните механизми в здравеопазването, но при условие, че се прилага характерната за Германия концепция за „регулирана конкуренция" и пазарните механизми се поставят под контрол *(към органите на МЗ и МФ).*

12. Да се постигне намаляване на разходите в здравеопазването чрез въвеждане на електронната информационна система с електронни досиета на пациентите и електронни рецепти, която ще подобри и индивидуализира отчетността и проследяването на ползваните услуги. Създаването на електронната информационна система е също необходимо условие за индивидуализиране на предлаганите здравни услуги *(към ръководните органи на здравеопазването).*

13. За преодоляване на хроничния финансов дисбаланс на здравните заведения да се подготвят специалисти по икономика на здравеопазването, PR и здравно осигуряване на населението, които да допринасят за усвояване на средства от европейските програми, от фондации и неправителствени благотворителни организации (според СЗО външните източници на средства за здравеопазване в България за 2009 г. са 0%). *(към Факултетите по обществено здраве и здравните ръководители на всички административни нива).*

14. Да се изгражда нова по форма и съдържание здравна култура на населението, както и нови, по-хуманни взаимоотношения в системата „лекар-пациент", което ще повиши качеството и ефективността на медицинските и здравните грижи и ще подобри показателите за общественото здраве *(към здравните мениджъри, БЛС и всички специалисти в здравеопазването на Република България).*

15. Дейността на здравното осигуряване да обхване по-широко профилактиката и промоцията на здравето, като включи повече мерки за масов и санаториален туризъм, масов спорт и други. По-голям обем и разнообразие на такива услуги могат да се включат по различен начин към здравното осигуряване и отново да се обвържат финансово с реимбурсации или замяна с други услуги *(към МЗ и НЗОК).*

16. Да се дефинират по-точно и да се разширяват осигурителните ангажименти на НЗОК и доброволните ЗОФ, като същевременно предоставянето на услуги се насочва по-конкретно към индивидуалните нужди на потребителите. Така ще се постигне избягване на дублирането на услугите и грешките при ценообразуването и по-активното включване на ДЗОФ в здравноосигурителната система на страната *(към управленските звена на НЗОК, ДЗОФ и МЗ).*

Проведеното от нас анкетно проучване в Р България и ФР Германия дава основание да предложим следните препоръки:

1. Да се увеличи броят и относителният дял на профилактичните прегледи в Р България *(към МЗ, НЗОК и БЛС).*

2. Да се осигури равен и по-широк достъп до лекарите и другите специалисти в системата на ЗЗО, ефективно лечение и рехабилитация, заедно с по-точно преценяване и задоволяване на индивидуалните здравни потребности (*към МЗ, НЗОК и БЛС).*

3. Да се организират системни курсове за повишаване квалификацията и заплащането на медицинските специалисти, да се отделят повече средства за лечебно-диагностична апаратура, с цел преодоляване на посочените от анкетираните недостатъци в системата *(към здравните мениджъри, МС, МФ и БЛС).*

4. По примера на западноевропейското здравно осигуряване (холандското, например) държавата да поема част от здравните вноски на повече осигурени в нужда, като социално слабите и други *(към МФ, МЗ и Министерството на социалната политика).*

5. Предпочитанията по отношение на здравеопазните системи клонят към ЗЗО с фондово финансиране и това ни дава основание да предложим в перспектива българското здравеопазване да не се отклонява от ЗЗО. Поради многото анкетирани избрали държавното (бюджетно) финансиране и световната тенденция за повишаване на участието на държавата във финансирането на здравеопазването, обаче, да се увеличава държавното финансиране на българското здравеопазване. *(*Препоръката е *към правителството, Парламента, МЗ и МФ).*

6. Да се развива доброволното здравно осигуряване, ясно да се очертаят и регламентират параметрите на неговата дейност. (Препоръката е *към МЗ, Министерски съвет и Парламента).*

7. Да се провеждат дейности за насърчаване на своевременното и бързо обслужване в системата на ЗЗО *(към специалистите по здравен мениджмънт).*

8. Да се увеличава разнообразието на услуги в пакета на ЗЗО и в здравноосигурителната система като цяло *(към НЗОК и ДЗОФ).*

9. Да се прилагат механизми за прецизиране на предоставяните услуги в пакета на ЗЗО с цел удовлетворяване на конкретните здравни потребности и ограничаване на здравните разходи *(към НЗОК).*

10. Да се разширява обема и обхвата на профилактичните програми в системата на ЗЗО. (*към НЗОК).*

11. Да се разширяват рехабилитационните услуги в ЗЗО, като ДЗО предоставя само допълнителните рехабилитационни дейности *(към НЗОК*).

Препоръките по отношение на ЗЗО и ДЗО в Германия, произтичащи от нашето изследване, ще бъдат извлечени, обобщени, преведени на немски език и изпратени на компетентните органи във ФРГ.

Библиография

1. Апостолов М. 2006. Исторически, социални и етични измерения на медицината. С. ГорексПрес, 199 с.

2. Апостолов М. 2001. Измерения на българската медицина. Том 33, С.,Тангра, 237с.

3. Апостолов М. 1994. История на медицината и социалното дело.С.192 с.

4. Апостолов М., П.Иванова. 1998. История на медицината и сестринството. С., ГорексПрес, 237 с.

5. Александрова Ек. 2010а. Здравните реформи и здравноосигурителният модел в България и Унгария. В: Асклепий, 2010, том IV, 94-103

6. Александрова Ек. 2010б. Развитие на здравноосигурителната система в Германия. В: Интердисциплинната идея в действие. С. 2011

7. Александрова Ек. 2011. Сравнителен анализ на здравноосигурителните системи в България и Германия. В: Здравна политика и мениджмънт,том 11, № 4, 2011,10-20

8. Александрова Ек. Доброволното здравно осигуряване в Германия: тенденции и реформи. В: Асклепий (под печат)

9. Ангелов, В. Проблеми и перспективи на медицинското обслужване в системата на доброволното здравно осигуряване в България. В: Асклепий, том XVI, 2003, с. 80-92

10. Атанасова Д. Гражданско участие във вземането на решения, свързани със здравеопазването. Социална медицина, 2006, 3, 18-22

11. Байчев, Б. Възможности за развитие на доброволното здравно осигуряване в България. Министерство на здравеопазването, доклад на семинар, София 2001.
12. Бенишева Т., Г. Петрова. Развитие на лекарственото законодателство в България за периода 1995 – 2004. Здравен мениджмънт, 2004; 4: 14-19
13. Бенишева, Т. Ценова и реимбурсна политика на лекарства в България, 2006.
14. Борисов, В. Здравен мениджмънт. Новата азбука на здравния мениджмънт. С. 2009
15. Борисов, В. Доброволното здравно осигуряване – трудното раждане в асфиксия. Кръгла маса- МЗ, експертен съвет, 2009.
16. Борисов, В. Стратегическият мениджмънт – дефицит на здравната реформа. Здравен мениджмънт, 5 , 2005, No 6, 3-5.
17. Борисов, В. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика. С.Филвест. 2003
18. Брант, Х. Европейската здравна политика – стратегии и реалности. Здравен мениджмънт, 2007, 7, 68-76.
19. Брундланд, Г. Устойчивото развитие и здравето на народите. Социална медицина, 2002, 4, 2-3.
20. Велева, Г. Доброволно здравно осигуряване в Европейския съюз. Здравен мениджмънт, 4, 2004, No 4, 9-13.
21. Воденичаров, Ц. Ключовите думи на здравната реформа са демонополизация и право на избор, в-к Quo Vadis, 13.IV.2006 г.
22. Воденичаров, Ц. Седемте разлики между медика и мениджъра, София, 2003 г.
23. Воденичаров, Ц., В.Борисов, Ст.Гладилов, К.Чамов, Д.Кръшков. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване. Здравен мениджмънт, 2005,2, 5-15.
24. Воденичаров, Ц., В.Борисов. Доброволното здравно осигуряване – стратегия на избора, София, 1999 г.
25. Воденичаров, Ц. Здравна политика, основана на доказателства. Здравна политика и мениджмънт, 2009, 3-8.
26. Гладилов, Ст. Финансиране на здравеопазването в условията на присъединяване на България към Обединена Европа, Здравен мениджмънт, С., 2006, No 6, 13-15.
27. Гладилов, Ст., Ев. Делчева. Икономика на здравеопазването.С. Принцепс, 2009 г.
28. Гладилов, Ст., Ж.Павлова и др. Икономика на здравеопазването, 2004, 298.

29. Гладилов, Ст., Н. Велева. Търсене и предлагане в здравеопазването : основни понятия и приложението им в условията на реформа на българското здравеопазване . В: Здравен мениджмънт, т. 5, 2005, № 1, 32-36.

30. Горненски, П. В. Борисов. Устойчиво развитие – необходимата нова концепция за здравната реформа. Медицински меридиани, 2010, 1, 49-52.

31. Грива Х., Б.Давидов, З.Босилова. Договорна система във финансирането на здравните заведения: теоретични постановки и някои практически проблеми. Бюлетин „Икономическа информация в здравеопазването",НЦЗИ, бр. 6

32. Грънчарова Г.,Велкова А., Александрова С. Социална медицина.ВМИ,Плевен, 2002г.

33.Давидов Б.Седем мита за здравно-осигурителната система.Социална медицина,1996,4

34. Делчева, Е. Концептуален модел на конкурентноспособността на здравната система. Здравна икономика и мениджмънт, 2008, 1, 9-15.

35. ДЗО в Р.България, В търсене на адекватен модел у нас, в-к Форум Медикус, бр.11, 13.03.2006 г.

36. Здравната реформа в България, МЗ, ЕС, Програма ФАР, сб. под ред.на М.Попов, С., 1997

37. Здравно осигуряване или медицинско застраховане? Здравна политика и мениджмънт, 1, 2009, No 1, 3-8.

38. Златанова, Т., Р.Златанова-Великова, В.Петков. Структура и уникалност на първичната медицинска помощ в България. В: Асклепий, 2009, том XXII,с. 75-80

39. Кехайов, А. Някои аспекти на изграждане на капацитета на здравеопазването в България в условията на членство в Европейската общност. В: Здравен мениджмънт, 2007, 2, 7-11.

40. Кирилов, К. Маркетинг в здравеопазването, 2001, 160 с.

41. Комитов, Г.,Стр.Генев. Здравната политика и нейните стратегически приоритети в условията на продължаваща реформа. Здравна политика и мениджмънт, 2008, 5, 98-103.

42. Лалев, Н. Фактори и бариери на социално-етичния маркетинг в зравеопазването. Здравен мениджмънт, 8, 2008, No 6, 76-79.

43. Митков, В., М.Вълканова. Договорът –източник на права и задължения в здравеопазването. Сп."Здравна икономика и мениджмънт", 2002, бр. 1, 32-35

44. Петков, В. Удовлетвореност от качеството на медицинската помощ след въвеждането на задължителното здравно осигуряване. Здравен мениджмънт, 4, 2004, No 4, 28-30
45. Петков, В. Тенденции и проблеми на доброволното здравно осигуряване /Маркетингови аспекти/, Автореферат на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор", София, 2004 г.
46. Петков, В. Политика на доброволното здравно осигуряване в Европейския съюз. Здравен мениджмънт, 2001, 1, 26-28.
47. Петрова, Зл., Хр. Танушев. Дейности за осигуряване на финансова стабилност на доброволен здравноосигурителен фонд на национално и регионално ниво, 2009, 180 с.
48. Петрова, Зл. Очаквания и реалности за качеството на болничната помощ през погледа на пациенти и лекари в условията на здравно осигуряване. В: Етиката на българското здравеопазване, Съставители Е. Маринова и С. Попова, 2007, 175-195.
49. Петрова, Зл., К.Чамов, Ст.Гладилов. Качеството в здравеопазването –съвременни измерения и тенденции, Health media group, 2008.
50. Петрова, Зл., В.Младенова, Л.Герзилова. Качество на болничната медицинска помощ през погледа на пациенти и лекари. Здравен мениджмънт, 4, 2004, No 3, 33-37.
51. Попов, М. и кол. Финансирането на здравеопазването –модели и подходи, ЦОЗ– 1999г.
52. Попов, М., Б.Давидов. Осигуряване подкрепата на общественото мнение за здравната реформа. Актуална комуникационна политика в здравеопазването. С., 2000, 126 с.
53. Попов, Н. Здравно-осигурителните резерви на дружеството за доброволно здравно осигуряване – логика, нормативна уредба и практика. Здравна политика и мениджмънт, 2008, 5 29-32.
54. Попова, С. Социалноетични измерения на здравния мениджмънт. С., 2004, 142 с.
55. Семерджиев, Ил.и кол. Здравното осигуряване в България. ИК "Труд и право", София, 1999 г.
56. Спасов, Л., М.Дякова. Стратегии за намаляване неравенствата в здравеопазването – опитът на някои европейски страни. Здравен мениджмънт, 2007, 2, 74-80.
57. Тулчински, Т., Е.Варавикова. Ново обществено здравеопазване. Въведение в XXI-ви век. Лотос 23, Варна, 2004 г.

58. Узунова Ю. Към систематичната интерактивност с пациентите в маркетинговите комуникации на лечебните заведения. В сп. „Здравна икономика и мениджмънт”, 2005, бр. 1, 3-10

59. Чамов, К. Стратегическа рамка и ценностна система на европейската здравна политика, В: Предизвикателства пред здравеопазването в маргинални етнически общности, Фондация Фридрих Еберт

60. Шипковенска, Ел. Методология на научноизследователската работа. В: Здравна политика и мениджмънт, бр. 4, 2010

61. Шипковенска Е. Какво трябва да знаем, преди да започнем работа върху дисертационния труд. Здравен мениджмънт, 2004, 4(4), 55-58.

62. Шипковенска, Ел., Ж.Христов, Пл.Димитров, М. Дякова. Модерна епидемиология с медицина и здравеопазване, базирани на доказателства. С., Филвест, 2008, 223 с.

63. Щерев, А. Митове в българското здравеопазване. Здравен мениджмънт, 2007,2,11-18.

64. Доклади от български здравен проект. http://www.nhif.bg. Официална Интернет страница на НЗОК.

65. Закон за лечебните заведения. ДВ, бр.62/ 9.06.1999г.

66. Закон за съсловните организации на лекари и стоматолози. ДВ,бр.83/21.07.1998 г.

67. Закон за здравно осигуряване, обнародван в ДВ бр. 7/1998 г.; изм. в бр. 93 и 153/1998г.; бр. 62 и 65/1999 г.; изм. и доп. бр.67/1999; изм. бр.69 и 110/1999; изм. и доп. бр. 113/1999 г.

68. Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2012 г.
Обн., ДВ, бр. 99 от 16.12.2011 г., в сила от 1.01.2012 г.

69. Здравноосигурените и здравното осигуряване в България. Доклад. Институт Отворено общество, 2009.

70. Здравната реформа в България ,МЗ,ЕС, Програма ФАР, 1-ва и 2-ра част, С.,1997-98г.

71. Конституция на Р България, обн. ДВ, бр.56/ 13.07.1991г.

72. Наредба за достъпа на здравноосигурените лица до лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ. Обн.ДВ, бр.101 от 23.11.1999г.

73. Наредба № 40 от 24.11.2004 г. за определяне на основния пакет здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. НЗОК, http://www.nhif.bg/web/guest/67

74. Национална здравна карта на РБългария. 2011.rlkpd.com/pdf/pril_nzk_022011_1820h.pdf

75. Национална здравна стратегия „По-добро здраве за по-добро бъдеще на България".С., 2001, т.1, 104с.

76. НЗОК не е намалявала направленията за изследвания и консултация със специалист. 02.11.2010. http://www.nhif.bg/

77. Отчет на здравноосигурителните дружества, представен в Комисия по финансов надзор на Р. България съгласно Заповеди No 80 и No 111/12.03.2004 г. на управление „Застрахователен надзор".

78. Подобряване на финансовата устойчивост и ефективност на здравната система. В: Доклад за президента на Р.България, 2006.

79. Указания на НОИ и НЗОК No 91-01-12/01.02.2000г.;на НОИ No 233-00-7/07.02.2000г.

80. Alexandrova, Ek. Problems and prospects of statutory health insurance in Bulgaria. In: 5th Balkan congress on the history and ethics of medicine. Abstract and proceedings book, 11-15 October 2011, p. 1096-1101

81. Altenstetter C., R.Busse. 2005. Health Care Reform in Germany: Patchwork Change within Established Governance Structures. In: Journal of Health Politics, Policy and Law, vol.30, no1-2,121-142.

82. Bachler, Fl. Zur Frage der Generationengerechtigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung, Umlage- oder Kapitaldeckungsverfahren?, GRIN Verlag, 2010, 116 p.

83. Ba¨cker G. (2005), "Umfinanzierung der Sozialversicherung: Lösung der Beschäftigungs- und Finanzierungskrise?", WSI-Mitteilungen, vol. 58, no. 7, pp. 355-361.

84. Beske F. (2005), "Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich", Band 104, Schriftenreihe, Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung, Kiel.

85. Birnbaum DS, Braun S. Evaluation von Disease Management Programmen - Beurteilung Methoden und erste Ergebnisse aus gesundheitsökonomischer Perspektive, Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2010;104(2):85-91.

86. Bo¨ cken, J. (2006), 'Hausarztmodelle in Deutschland: Teilnehmerstruktur, Beitrittsgru¨ nde und die Koordination zum Facharzt', in J. Bo¨ cken, B. Braun and R. Amhof (eds), Gesundheitsmonitor 2006, Gu¨ tersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung

87. Bo¨cken J., B. Braun, M. Schnee and R. Amhof (eds), Gesundheitsmonitor 2005, Gu¨ tersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung

88. Bode I. (2000), « De la solidarité au marché ? En France et en Allemagne, nouveaux défis pour les organismes d'assurance maladie à but non lucratif », Revue internationale de l'économie sociale, no. 278, pp. 67-79.

89. Bode I. (2004a), "Die Regulierung des Gesundheitssystems in Frankreich und Deutschland: Ähnliche Debatten, aber unterschiedliche Reformperspektiven" in W. Neumann, (ed.), Welche Zukunft für den Sozialstaat? Reformpolitik in Frankreich und Deutschland, Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften, pp. 87-118.

90. Bode I. (2004b), Disorganisierter Wohlfahrtskapitalismus. Die Reorganisation des Sozialsektors in Deutschland, Frankreich und Großbritannien, Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften.

91. Bosch, D. Staatliche Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Konfliktfall: gesetzliche Krankenversicherung, Akademische Schriftenreihe, GRIN Verlag, 2007, 60 p.

92. Braasch, P. Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur- Leistungen- Weiterentwicklung, Deutscher Ärzteverlag, 2007, 408 p.

93. Braun, B., S. Greß, K. Ho¨ ppner, G. Marstedt, H. Rothgang, M. Tamm and J. Wasem (2006), 'Barrieren fu¨ r einen Wechsel der Krankenkasse: Loyalita¨ t, Bequemlichkeit, Informationsdefizite?', in J. Bo¨ cken, B. Braun and R. Amhof (eds), Gesundheitsmonitor 2006, Gu¨ tersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

94. Braun S, Kreimeier S, Greiner W. Messung der Patientenzufriedenheit in der integrierten Gesundheitsversorgung Projekte - eine Pilotstudie mit einem modifizierten Fragebogen ZAP, Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2010;104(2):106-12.

95. Broding HC, A. Weber, A.Glatz, J.Bünger. Working poor in Germany: Dimensions of the problem and repercussions for the health-care system. J Public Health Policy. 2010 Sep;31(3):298-311.

96. Bruckenberger, E., S. Klaue, H.P. Schwintowski. Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb, Springer, 2006, 227 p.

97. Buchner Fl. , J. Wasem. 2003. Needs for further improvement: risk adjustment in the German health insurance system. Health Policy, Volume 65, Issue 1, Page 21

98. Burau, V. The complexity of governance change: reforming the governance of medical performance in Germany. In: Health Economics, Policy and Law (2007), 2: 391–407,Cambridge University Press,2007

99. Busse R. (2004), "Disease Management Programs in Germany's Statutory Health Insurance System", Health Affairs, vol. 23, no. 3, pp. 56-67

100. Busse R., A. Riesberg (2004), Health Care Systems in Transition: Germany. WHO Copenhagen, Regional Office for Europe/European Observatory on Health Systems and Policies.

101. Busse, R., J. Schreyögg, Ol. Tiemann. Management im Gesundheitswesen, Springer, 2009, 419 p.

102. Corrieri S, D. Heider, H.Matschinger, T. Lehnert, E. Raum, HH König. Income-, education- and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payments for 65+ patients - a systematic review. Int J Equity Health. 2010

103. Coulter A., H. Magee. The European patient of the future. State of health series, Open University Press, 2003, 285 p.

104. Denzel, B. Finanzielle Gestaltungsspielräume bei gesetzlichen Krankenversicherungen, GRIN Verlag, 2007, 96 p.

105. Dierks, M.-L. and D. Schaeffer (2005), 'Informationen u¨ ber die Qualita¨ t der gesundheitlichen Versorgung – Erwartungen und Forderungen der Patienten', in J. Klauber, B.-P. Robra, and H. Schellschmidt (eds), Krankenhausreport 2004, Stuttgart, New York.

106. Do¨ hler, M. (2002), 'Gesundheitspolitik in der Verhandlungsdemokratie', in Winand

107. Elkeles, T., W. Kirschner, C. Graf and P. Kellermann-Mu¨ hlhoff (2008), 'Versorgungsunterschiede zwischen DMP und Nicht-DMP aus Sicht der Versicherten. Ergebnisse einer vergleichenden Versichertenbefragung von Typ 2-Diabetikern der BARMER',Gesundheits- und Sozialpolitik,82(1):10–18

108. Fairneß, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung: was kann der Risikostrukturausgleich dazu leisten?, Springer, 1998, 146 p.

109. Figueras J., R. Robinson, E. Jakubowski. Purchasing to Improve Health Systems Performance, McGraw-Hill International, 2005, 298 p.

110. Fischer B. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen aus der Perspektive einer gesetzlichen Krankenkasse, Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2009;103(10):635-8; discussion 643.

111. Fisher, L., G. van Belle. Biostatistics. A Methodology for the Health Sciences. John Wiley & Sons, INC. New York. 1993, p991.

112. Flessa, St. Gesundheitsökonomik: Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken für Mediziner. Springer, 2007, 205 p.

113. Friedrich, A. Instrumente der Sozialpolitik- speziell Krankenversicherung und Pflegeversicherung, GRIN Verlag, 2007, 60 p.

114. Gauld, R. 2009. The New Health Policy. State of health series, McGraw-Hill,192 p.

115. Gebhardt B. Zwischen Steuerungswirkung und Sozialvertraglichkeit: Eine Zwischenbilanz zur Praxisgebuhr aus Sicht der Versicherten. In:Bocken J, Braun B, Schnee M, Arnhof R (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2005: Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevolkerung und Arzteschaft. Gutersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2005;

116. Gellner, W. and Scho¨ n, M. (eds), Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik? Baden-Baden: Nomos.

117. Giaimo S. (2002), Markets and Medecine. The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany and the United States, Ann Habor, University of Michigan Press.
118. Giarelli G. (2004), "Convergence or Divergence? A multidimensional approach to healthcare reforms", Review of Sociology/Revue Internationale de Sociologie, vol. 14, no. 2, pp. 171-203.
119. Grabka, M. M., J. Schreyo¨ gg and R. Busse (2006), 'Verhaltensa¨nderung durch Einfu¨ hrung der Praxisgebu¨ hr und Ursachenforschung – Erste empirische Ergebnisse', Medizinische Klinik, 101(6): 476–483
120. Greer, S.L. 2009. The Politics of European Union Health Policies. State of health series. McGraw-Hill.
121. Gress S., A. Walendzik and J. Sem (2006), "Hartz IV und gesetzliche Krankenversicherung – Nichtversicherte als gesellschaftliches Problem", forthcoming in Sozialer Fortschritt, 55.
122. Grimmeisen, S., H. Rothgang. The changing role of the state in Europe's health care systems. Paper prepared for the Second Annual ESPAnet Conference, University of Oxford, 9th -11th September 2004
123. Guinnane T.W., J. Streb. Moral hazard in a mutual health insurance system: German Knappschaften, 1867 – 1914. Volume 163 of Ruhr economic papers, 43 p.
124. Häusele, St. "Standort Deutschland" für Versicherungen: eine vergleichende Analyse ausgewählter europäischer Länder. Issue 22 of Veröffentlichungen der Hamburger Gesellschaft zur Förderung des Versicherungswesens.Verlag Versicherungswirtsch,1999,372 p.
125. Henke, K.-D. (1991), 'Fiscal problems of German unity – the case of health care', Staatswissenschaften und Staatspraxis, 2: 170–176.
126. Henke, K.-D. (2007). Der Gesundheitsfonds: Politokonomische Aspekte und seine Rolle als WEttbewerbsinstrument. Technische Universitat berlin: Diskussionspapier 2007/1
127. Hesse, S. (2005), 'Integration of care after 2004 reform act', Health Policy Monitor, http://www.hpm.org/survey/de/b6/2 [8 April 2008].
128. Hullegie P, TJ. Klein. The effect of private health insurance on medical care utilization and self-assessed health in Germany. Health Econ. 2010 Sep;19(9):1048-62.
129. Jagalla, St. Die Reformbedürftigkeit der Krankenversicherung in Deutschland. Akademische Schriftenreihe. GRIN Verlag, 2007, 40 p.
130. Jens-Holger, O. Die Selbstverwaltung als Ordnungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung, GRIN Verlag, 2007, 76 p.
131. Jost T. Health Care Coverage Determinations: An International Comparative Study. State of health series. McGraw-Hill International, 2005, 277 p.

132. Kinnear, P., C.Gray. SPSS for Windows Made Simple.Psychology Press, East Sussex,UK,1997,386p

133. Kirsten K. Der Tarif- und Versichererwechsel des Versicherungsnehmers in der privaten Krankenversicherung. Volume 107 of Veröffentlichungen des Seminars für Versicherungswissenschaft der Universität Hamburg und des Vereins zur Förderung der Versicherungswissenschaft in Hamburg e.V.: Reihe A, Rechtswissenschaft, Universität (Hamburg). Seminar für Versicherungswissenschaft. Verlag Versicherungswirtsch, 2005, 261 p.

134. Kliche T, Schreiner-Kürten K, Wanek V, Koch U. Health Promotion Effectiveness: Testing the German Statutory Health Insurance Agencies Evaluation System in Health Promotion, and Preliminary Findings from 212 Health Training Courses. Gesundheitswesen. 2010 Jun 11. [Epub ahead of print]

135. Knieps F. Wettbewerb im Gesundheitswesen - politische Absichten, Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2009;103(10):615-9; discussion 619-20.

136. Kotler, Ph. and R. N. Clarke. 1987. Marketing for health care organizations : Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1987

137. Laser, J. Die zukünftigen Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung und deren Lösungsansätze, unter besonderer Berücksichtigung der Modelle von Rürup und Lauterbach, GRIN Verlag, 2008, 68 p.

138. Laschet, H. (2005), 'Durch die Maschen des sozialen Netzes gefallen', A¨ rzte-Zeitung, 7 July 2005.

139. Leclerc M. (2006) Reforms and regulation of health care systems in Europe.Paris

140. Leienbach V. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen: die Position des PKV, Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2009;103(10):639-42; discussion 643.

141. Lepperhoff, J. Wohlfahrtskulturen in Frankreich und Deutschland: gesundheitspolitische Reformdebatten im Ländervergleich. VS Verlag, 2004, 248 p.

142. Lisac M., L. Reimers, LD. Henke, S. Schlette. Access and choice -- competition under the roof of solidarity in German health care: an analysis of health policy reforms since 2004, Health Economics, Policy and Law (2010), 5, 31–52, & Cambridge University Press 2009

143. Marktentwicklung und Marktstruktur der privaten Krankenversicherung in Deutschland und Europa. Volume 21 of Schriftenreihe des Ausschusses Volkswirtschaft des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V, Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft Ausschuss Volkswirtschaft, Verlag Versicherungswirtsch, 1997, 130 p.

144. McKee M., L.MacLehose, E.Nolte. Health policy and European Union enlargement. European Observatory on Health Care Systems series, McGraw-Hill International, 2004, 294 p.

145. Nickel S, B.Thiedemann, O. von dem Knesebeck. The effects of integrated inpatient health care on patient satisfaction and health-related quality of life: Results of a survey among heart disease patients in Germany. Health Policy. 2010 Jul 8. [Epub ahead of print]

146. Nolting, H.-D. and J. Wasem (2002), Der Patient vor der Wahl – Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung, Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevo¨ lkerungsstudie, Neuss.

147. OECD (2007), OECD Factbook 2010: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing.

148. Øvretveit, J. (1995) Purchasing for Health. In: Øvretveit, J., Purchasing for health. Buckingham,Open University Press/.

149. Palier B. (2005), La réforme des systèmes de santé, 2nd edition, Paris, PUF.

150. Pfaff A. B., M. Pfaff, B. Langer, F. Mamberer, F. Freund and N. Holl (2006),Finanzierungsalternativen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung, Endbericht eines von der Hans Böckler Stiftung geförderten Forschungsvorhabens, Augsburg/Berlin, INIFES.

151. Popp E. (2003), "Vom Einprodukt- zum Mehrproduktanbieter. Die neuen Möglichkeiten der Gesetzlichen Krankenkassen", Gesundheits- und Sozialpolitik, vol. 57, nos. 9-10, pp. 10-17.

152. Preusker,U.K. (2007), 'Frischer Spross fu¨ rs Ambulante', Gesundheit und Gesellschaft, 2: 25–30.

153. Rendgen Kl. Private Krankenversicherung: Beratung und Verkauf. Verlag Versicherungswirtsch., 2000, 163 p.

154. Rohweder, J.Ph . Nachfrage nach Krankenversicherung: eine Untersuchung des Wahlverhaltens der freiwillig Versicherten in Deutschland. Volume 49 of Veröffentlichungen des Instituts für Versicherungswissenschaft der Universität Mannheim, Verlag Versicherungswirtsch., 1996, 305 pp

155. Rosenthal, M.B. and R.G. Frank (2006), 'What is the empirical basis for paying for quality in health care?', Medical Care Research Review, 63(2): 135–157.

156. Saltman, R.B., R. Busse, J.Figueras. Social health insurance systems in western Europe.Open University Press, 2004, 310 pages

157. Sauerland D. (2009) The legal framework for health care quality
assurance in Germany. In: Health Economics, Policy and Law (2009), 4: 79–98

158. Schlette S., M. Lisac, K. Blum. 2009. Integrated primary care in Germany: the road ahead. In: International Journal of Integrated Care – Vol. 9, 20 April 2009. Series: Integrated primary health care

159. Schmidt, Th. Vor- und Nachteile des steuerfinanzierten Gesundheitssystems in Australien im Vergleich zu dem Sozialversicherungssystem in Deutschland am Beispiel ausgewählter Gesundheitsleistungen für die Bevölkerungen, GRIN Verlag, 2009, 152 p.

160. Schreyogg J., Grabka M.M. 2008. Copayments for ambulatory care in Germany: A natural experiment using a difference-in-difference approach. Diskussions-papier des DIW Berlin, Berlin, 2008
161. Scrivens E., Quality, Risk and Control in Health Care, McGraw-Hill, 2004, 182 p.
162. Seidl, Ch., J. Jickeli. Steuern und Soziale Sicherung in Deutschland: Reformvorschläge und deren finanzielle Auswirkungen, 2006, 300 p.
163. Simonet, D. Healthcare reforms and cost reduction strategies in Europe: the cases of Germany, UK, Switzerland, Italy and France, Int J Health Care Qual Assur. 2010;23(5):470-88.
164. Stamm K, I.Reinhard, HJ. Salize. Langfristige Krankenversicherung Zahlungen für Depression in Deutschland - eine Sekundäranalyse von Routinedaten, Neuropsychiatr. 2010;24(2):99-107.
165. Stock SA, Redaelli M, Lauterbach KW. Disease management and health care reforms in Germany - does more competition lead to less solidarity? Health Policy, 2006 April 3, Epub ahead of print
166. Timmer, H.G. . Technische Methoden der privaten Krankenversicherung in Europa. Issue 23 of Schriftenreihe angewandte Versicherungsmathematik. Verlag Versicherungswirtsch., 1990, 236 pages
167. Van der Schee, Ev., B. Braun, M. Calnan, M. Schnee, P. Groenewegen. Public trust in health care: A comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales. In: Health Policy81(2007) 56–67
168. Van de Ven, W.P. 1996. Market-oriented health care reforms: trends and future options, Social science and medicine, 43,655-666
169. Van Lente, E. V. and P. Willenborg (2006), 'Volkskrankheiten fest im Griff', Gesundheit und Gesellschaft Spezial, 10: 4–6
170. Von Maydell, B. K., et al. (2006), Enabling Social Europe, Berlin: Springer Verlag.
171. Vroomen JM, Zweifel P. Preferences for health insurance and health status: does it matter whether you are Dutch or German? Eur J Health Econ. 2010 May 6. [Epub ahead of print]
172. Walbert H. Direkte Empfehlung einer Krankenkasse durch den Hausarzt ist illegal, MMW Fortschr Med. 2010 Apr 15;152(15):10, Urban & Vogel
173. Walshe, K. Regulating healthcare: a prescription for improvement? State of health series, Open University Press, 2003, 262 p.
174. Wendt, C.. Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung?: Gesundheitssysteme im Vergleich. VS Verlag, 2008, 344 pages
175. Wendt C,T. Thompson.Social austerity versus structural reform in European health systems: a four-country comparison of health reforms. International Journal of Health Services,2004;34(3):415-33.
176. Wienefoet, A.2006. Der Festzuschuss lässt Lücken, in: Gesundheit und Gesellschaft, 9. Jg., Nr. 2, S. 14-15
177. Wimmer, Al . Möglichkeiten der Effizienzsteigerung für die private und gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland: Analyse unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit

internationaler Krankenversicherungssysteme. Volume 58 of Beiträge zu wirtschaftswissenschaftlichen Problemen der Versicherung, Verlag Versicherungswirtsch., 2008, 334 p.

178. Wittag, R. Die Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung im Lichte der jüngeren Rechtsentwicklung, GRIN Verlag, 2009, 144 p.

179. Worz,R.Z., R.Busse, 2004. The ambiguous experience with privatization in German Health care. In: Maarse H. Privatization in European health care: a comparative analysis in eight countries. Maarssen, Elsevier: 79-95.

180. Wo¨ rz, M. and R. Busse (2005), 'Analyzing the impact of health-care system change in the EU member states – Germany', Health Economics, 14(Special Issue): 133–149.

181. Wysong, JA, T.Abel. Risk Equalization, Competition and Choice: A Preliminary Assessment of the 1993 German Health Reforms, in: Sozial- und Präventivmedizin, 41/1996, S. 212-223

182. Zok K. (2005), "Bonusprogramme und Zusatzversicherungen in der GKV. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter 3.000 GKV-Mitgliedern", WIdO Monitor, (2), 1, pp. 1-7.

183. Zwanzig A. Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen in Deutschland, 12.05.2008 Potsdam , GRIN Verlag

184. AOK Kompakt, 'Disease-Management-Programme: Auf Erfolgskurs', AOK Kompakt, June 2008.

185. Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) (2008), Gemeldete, zum Stichtag geltende Vertra¨ge zur integrierten Versorgung nach Versorgungsregion, Du¨ sseldorf: Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstu¨ tzung der Umsetzung des y 140 d SGB V, http:// www.bqs-register140d.de/dokumente/20080930.pdf

186. Bundesministerium für Gesundheit (2005), Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005, Berlin:

187. Bundesministerium für Gesundheit (2007), 'Gesetz zur Sta¨rkung desWettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)', Bundestags-Drucksache 75/07, Berlin: Bundesministerium für Gesundheit

188. DAK. Reisen und Gesundheit.

189. Die KBV. http://www.kbv.de/wir_ueber_uns/83.html

190. Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) [Закон за задължителното здравно осигуряване 2000]. 1999. Available from: http://bundesrecht.juris.de/gkvrefg_2000/.

191. Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz—GMG) [Закон за модернизацията на задължителното здравно осигуряване 2004]. Bundesgesetzblatt 2003 Nov 19; Part 1(55):2190–258. Available from: http://www.bgblportal.de/BGBL/bgbl1f/bgbl103s2190.pdf.

192. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz— GKV-WSG) [Закон за засилване на конкуренцията на задължителното здравно осигуряване 2007]. Bundesgesetzblatt 2007 Mar 30; Part 1(11):378–473. Available from: http://www.bgblportal.de/BGBL/bgbl1f/bgbl107s0378.pdf.

193. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2008), Medizinische Versorgungszentren aktuell. 2. Quartal 2008, 30.06. 2008.

194. Kassenbezogener Qualitätsbericht für das Disease Management Programm
Diabetes mellitus Typ 2. Qualitätsbericht für das DMP Diabetes mellitus Typ 2.
MD FortisCare GmbH Auswertungszeitraum: 01.07.2009 - 30.06.2010.
http://www.pronovabkk.de/Inhalt/PDF/Ihre_gesundheit/01_DMP-Qualitaetsberichte_2010/Pronova_BKK_QB_DMP_2.pdf

195. Organisation for Economic Co-operation and Development (2003), Statistics and Indicators for Thirty Countries. OECD Health Data, Paris: OECD.

196. Organisation for Economic Co-operation and Development (2007), Statistics and Indicators for Thirty Countries. OECD Health Data, Paris: OECD.

197. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Appropriateness and efficiency. Report 2000–2001 Summary. Bonn: Advisory Council on the Assessment of Developments in the Health Care System; 2001. Available from: http://www.svr-gesundheit.de.

198. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003), Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bonn.

199. Sozialgesetzbuch V. http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/index.html

200. Statistical yearbook of German insurance 2010

201. Statistisches Bundesamt Deutschland (2007), '2006: Bevo¨ lkerungsru¨ ckgang ha¨ lt an', Pressemitteilung, 15.05.2007, Wiesbaden.

202. The World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. http://www.who.int/whr/2000/en/

203. The World Health Organization. 2008.The World Health Report 2008: Primary Health Care (Now More Than Ever). http://www.who.int/whr/2008/en/index.html

204. The World Health Organization. 2010. The world health report: Health systems financing: the path to universal coverage. http://www.who.int/whr/2010/en/index.html

205. The World Health Organization. http://www.who.int/countries/en/

206. The WHO.Global Health Observatory Data Repository. Country statistics. http://apps.who.int/ghodata/?vid=5400&theme=country

207. The World Health Statistics 2011. Part II. http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Part2.pdf

208. Treaty of Amsterdam amending the Treaty of the European Union, the Treaties establishing the European Communities and certain related acts. 1997. http://www.europarl.europa.eu/topics/treaty/pdf/amst-en.pdf

209. Verband der privaten Krankenversicherung, (2008), Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2007/2008, Ko¨ ln: Verband der privaten Krankenversicherung

Интернет източници:

210. bTV - Въведоха пределни цени за избор на медицински екип, 5 ян. 2011, www.btv.bg/videos/ekskluzivno-video/video/47320442.html

211. Bulgaria and Germany will expand their cooperation in health care. 15 July 2004 21:58 | The news (in Bulgarian) http://www.econ.bg/news86028/news/analysis/article39489.html

212. DAK. Reisen und Gesundheit. http://www.dak.de/content/dakgesundichbindabei/gesundreisen.html

213. Stankov P. Which market economy model is most appropriate for Bulgaria? http://home.cerge-ei.cz/pstankov/papers/WhichMarketEconomyModel.pdf

214. Trendafilova P. Introducing a marketing orientation in the public hospitals in Bulgaria – a step towards better public health services, http://www.hks.harvard.edu/kokkalis/GSW10/Trendafilova,%20Petya%20GSW10%20submission.pdf

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Анкетна карта на български език

АНКЕТНА КАРТА
по проблеми на здравното осигуряване в Република България и Федеративна Република Германия за пациенти в активна творческа възраст до 2010г.
Моля, попълнете въпросника. Подчертайте валидното.
Изберете само един отговор освен в случаите, когато изрично е отбелязано друго.
1. Паспортни данни:
Име.....(отбележете по желание)
Възраст.....
Пол.....мъж.....жена.....
2. Семейно положение.....
- неженен/неомъжена
- женен/ омъжена
-разведен (а)
-вдовец/вдовица
-друго.....
3.Образование
- средно
-висше бакалавър
-висше магистър

- научна степен или звание
4. Трудова дейност
- ръководен персонал, администратор
- професионалист, работещ в производството или услугите
- на половин работен ден или временно зает
- технически персонал
- обслужващ персонал
- студент, стажант, специализант
- друго .....
5. Колко често посещавате личния си лекар?
- веднъж годишно
- веднъж на 6 месеца
- веднъж на 3 месеца
- веднъж на месец
- по няколко пъти на месец
6. Правени ли са Ви профилактични прегледи през последната година?
- да..... колко пъти.....
-не
7. През последната година при какъв специалист сте се преглеждали и колко пъти?
/Можете да изберете повече от един отговор/
- вътрешни болести.....колко пъти.....
- хирург .....колко пъти.....
- невролог.....колко пъти.....
- дерматовенеролог.....колко пъти.....
- УНГ.....колко пъти.....
- офталмолог.....колко пъти.....
- АГ.....колко пъти.....
- друг..... .....колко пъти.....
8. През последните 5 години от какви остри или хронични заболявания сте боледували? Посочете ги:
.....
9. Явявали ли сте се на ТЕЛК или ЦТЕЛК /да, не/ и какъв процент на инвалидност Ви е определен?
- да ..... процент .....
- не
10. Дали задължителното здравно осигуряване Ви предоставя достатъчно възможности за лечение и възстановяване при заболяване /достъп до лекари, ефективно лечение, отпуск по болест, рехабилитация/?
- не
- по-скоро не
- по-скоро да
- да
- нямам мнение
11. Какво не одобрявате в обслужването, предоставяно чрез задължителното здравно осигуряване? /Можете да изберете повече от един отговор/
- недостатъчен достъп до лекари
- бавно обслужване
- неефективно лечение
- нерегламентирано плащане от джоба на пациента
- лоша материална база
- хигиената е на ниско ниво

- преобладават финансовите интереси, а не интересите на пациента
- друго, по-точно, ...
12. Високи ли са здравните вноски за задължително здравно осигуряване?
- не
- по-скоро не
- по-скоро да
- да
- нямам мнение
13. Достатъчни ли са средствата, отделяни за здравеопазване от държавния бюджет?
- не
- по-скоро не
- по-скоро да
- да
- нямам мнение
14. Каква здравеопазна система предпочитате?
- задължително здравно осигуряване с фондово финансиране
- национална здравна служба, финансирана изцяло от държавния бюджет
- частно здравеопазване от американски тип с доброволно здравно осигуряване
- плуралистично /смесено/ здравеопазване
15. Склонни ли сте да плащате за здравни услуги от джоба си директно на лекаря?
- не
- по-скоро не
- по-скоро да
- да
- нямам мнение
16. Търсили ли сте медицинска помощ извън тази, осигурена от задължителното здравно осигуряване?
- да
- не
17. Осигурявате ли се и чрез доброволно здравно осигуряване?
- да
- не
18. Одобрявате ли доброволното здравно осигуряване?
- не
- по-скоро не
- по-скоро да
- да
- нямам мнение
19. Ако отговорът на предишния въпрос е в/ или г/, посочете причините, поради които предпочитате доброволното здравно осигуряване?
/Можете да изберете повече от един отговор/
- качеството на услугите е по-добро
- отношението към пациентите е по-добро
- обслужването е по-бързо
- работят с по-съвременна апаратура
- друго:.....
20. За какви здравни услуги бихте си направили доброволна здравна застраховка?
/Можете да изберете повече от един отговор/
- услуги от пакета на задължителното здравно осигуряване
- услуги извън задължителното здравно осигуряване
- за профилактика

- за рехабилитация и възстановяване
- друго.....
21. Смятате ли, че здравноосигурителната система във Вашата страна предоставя равен достъп до здравни услуги на различните слоеве от обществото?
- не
- по-скоро не
- по-скоро да
- да
- нямам мнение

Приложение 2. Анкетна карта на немски език

FRAGEBOGEN
über die Krankenversicherung in Bulgarien und Deutschland für Patienten aus der arbeitsfähigen Bevölkerung des Jahres 2010

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus. Nur eine Antwort sollte ausgewählt werden, ausgenommen da, wo ausdrücklich mehrere Antworten möglich sind.
1. Personalausweisdaten: Name
Personalausweisdaten: Alter
Personalausweisdaten: Geschlecht
- mannliche
- weibliche
2. Familienstatus
- Unverheiratet
- Verheiratet
- Geschieden
- Verwitwet
- Andere
3. Ausbildung
- Schulabschluss
- Hochschulabschluss - BA , BSc.....
- MA , MSc.....
- Doktorgrad und/oder Titel
4. Arbeitsplatz/Beschäftigungsverhältnis
- Management, Administrator
- Berufstätiger in der Industrie
- mit einem Teilzeitarbeitsvertrag oder einem befristeten Arbeitsvertrag
- Technisches Personal, z.B. Sekretärin
- Arbeiter, z.B. Reiniger
- Student, Praktikant, Ortsansässiger
- Andere:
5. Wie oft besuchen Sie einen Arzt?
- Einmal im Jahr?
- Einmal alle 6 Monate?
- Einmal alle 3 Monate?
- Jeden Monat?
- Mehrmals innerhalb eines Monats?
6. Hatten Sie eine medizinische Vorsorgeuntersuchung dieses Jahr?
- Ja (Bitte nennen Sie die Anzahl im Feld "Andere")
- Nein
- Andere:
7. Von welchen medizinischen Spezialisten wurden Sie dieses Jahr untersucht?

/ Mehr als eine Antwort möglich /
- Internist/ Chirurg
- Neurologe
- Venerologe/Demartologe
- Otorhinolaryngologe
- Augenarzt
- Gynäkologe
- Andere:

8. Welche akuten oder chronischen Krankheiten hatten Sie in den letzten 5 Jahren?
Bitte listen Sie diese auf…….

9. Sind Sie vor einer Kommission fuer medizinische Begutachtung erschienen? Welcher Invaliditaetsgrad wurde Ihnen ermittelt?
- Ja (Bitte nennen Sie die Prozentzahl im Feld "Andere")
- Nein
- Andere:

10. Die gesetzliche Krankenversicherung bietet Ihnen genügend Möglichkeiten hinsichtlich der Genesung von Krankheiten/einfachen Zugang zu Ärzten, wirksame Behandlung, Krankschreibung, Rehabilitation/
- Trifft überhaupt nicht zu
- Trifft nicht zu
- Trifft zu
- Trifft absolute zu
- Neutral

11. Was missbilligen Sie an den Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung geboten werden? / Mehr als eine Antwort möglich /
- Es ist schwierig Zugang zu Ärzten zu bekommen
- Leistungen sind zu langsam
- Ineffiziente Behandlung von Krankheiten
- Nicht berechtigte Bezahlungen aus der Tasche der Patienten
- Niedriger Standard von Einrichtungen
- Schlechte Hygiene
- Finanzielle Interessen spielen eine größere Rolle als Interessen der Patienten
- Andere:

12. Krankenversicherungsbeiträge für die gesetzliche Krankenkasse sind hoch.
- Trifft überhaupt nicht zu
- Trifft nicht zu
- Trifft zu
- Trifft absolute zu
- Neutral

13. Die Mittel die aus dem Staatshaushalt für den Bereich Gesundheit bereitgestellt werden sind ausreichend.
- Trifft überhaupt nicht zu
- Trifft nicht zu
- Trifft zu
- Trifft absolute zu
- Neutral

14. Welches Gesundheitssystem bevorzugen Sie?
- Gesetzliche Krankenversicherung finanziert durch Krankenversicherungsbeiträge
- Staatlicher Gesundheitsdienst vollständig finanziert durch den Staatshaushalt
- Private Gesundheitsvorsorge nach amerikanischem Vorbild nur aus einer privaten Krankenversicherung bestehend

- Pluralistisches / Gemischtes Gesundheitssystem

15. Ich bin bereit für Gesundheitsleistungen den Arzt direkt aus meiner eigenen Tasche zu bezahlen.
- Trifft überhaupt nicht zu
- Trifft nicht zu
- Trifft zu
- Trifft absolute zu
- Neutral

16. Haben Sie medizinische Leistungen/Hilfe in Anspruch genommen die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung inbegriffen sind?
- Ja
- Nein

17. Haben Sie eine private Krankenversicherung?
- Ja
- Nein

18. Ich befürworte eine private Krankenversicherung.
- Trifft überhaupt nicht zu
- Trifft nicht zu
- Trifft zu
- Trifft absolute zu
- Neutral

19. Falls Sie die vorherige Frage mit „Trifft zu“ oder Trifft absolut zu“ beantwortet haben, geben Sie an, warum Sie eine private Krankenversicherung bevorzugen
/ Mehr al seine Antwort möglich /
- Qualität der Leistungen ist besser
- Haltung gegenüber Patienten ist besser
- Die Leistungen sind schneller
- Die Ärzte sind besser ausgerüstet.
- Andere:

20. Für welche Gesundheitsleistungen würden Sie eine private Krankenversicherung aufnehmen?
/ Mehr als eine Antwort möglich /
- Leistungen die von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt werden
- Leistungen die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt werden
- Zur Vorsorge
- Zur Rehabilitation und Genesung
- Andere:

21. Ihr nationales Krankenversicherungssystem bietet gleichwertigen Zugang hinsichtlich Gesundheitsleistungen für Bürger unterschiedlicher Schichten.
- Trifft überhaupt nicht zu
- Trifft nicht zu
- Trifft zu
- Trifft absolute zu
- Neutral