



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН  
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”**

**ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ**



**КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ”**

**ЛЕКЦИЯ №9**

**ЗА ДИСТАНЦИОННА САМОПОДГОТОВКА ПО УЧЕБНА ДИСЦИПЛИНА**

**„ОСНОВИ НА ЗДРАВНИЯ МЕНИДЖМЪНТ”**

**ЗА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ”**

**ОБРАЗОВАТЕЛНО – КВАЛИФИКАЦИОННА СТЕПЕН**

**„МАГИСТЪР“**

**ЗАДОЧНО ОБУЧЕНИЕ**

**ТЕМА : Взаимовръзки: здравеопазване – национално стопанство – Европейски съюз.**

**РАЗРАБОТИЛ: доц. д-р Пенка Стефанова, дм**

**Гр. Плевен**

# ВЗАИМОВРЪЗКИ МЕЖДУ ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ – НАЦИОНАЛНО СТОПАНСТВО – ЕВРОПЕЙСКИ СЪЮЗ

## ОЦЕНКА И САМООЦЕНКА НА КАПАЦИТЕТ

---

Доц. д-р Пенка Стефанова, дм

## ИНВЕСТИЦИИ В ЗДРАВЕ

Приносът на инвестициите в здравеопазването може лесно да се възприема като специфичен фактор - положителен за всяка икономика. Следващата стъпка за разглеждане на взаимовръзката между инвестициите в здравеопазването и икономическите резултати е да се премине на по-общо ниво от сферата на специфичното заболяване. Като вземем под внимание широкия обхват от фактори, които влияят върху здравето на населението, икономическите оценки на заболяванията са винаги сложни и комплексни.

В проучванията на редица автори се изчисляват текущите икономически загуби, получени в резултат от здравословни проблеми, както се представят и доказателства за бъдещите ефекти. Във всяка една от тези области недоброто здраве има незабавен негативен ефект върху работещото население. Това от своя страна рефлектира върху семействата, предприятията и местните общности. Трудно е да се изчисли с точност какви са щетите, които понася икономиката, но няма никакво съмнение, че те са значителни.

Ако обърнем обратно тази взаимовръзка, може да се направи следната диаграма, която представя потенциала за увеличаването на икономическите резултати чрез увеличаване на вложенията в здравеопазването.



Когато се говори за инвестиционна политика в здравеопазването, трябва да се направят разграничения между понятията „инвестиция в здравето” и „инвестиции за здраве”, както и „инвестиция в системата” на здравеопазването. Именно тук трябва да се определи, че инвестицията може да бъде пряка – в здравето и непряка – в системите, които предоставят здраве или здравни услуги.

Когато говорим за инвестиции за здраве трябва да разбираме стратегия за повишаване на здравето /здравното състояние на населението/ като непрекъснато намаляване на неравенството в здравето чрез:

- Насочване на вниманието към социалните, икономическите и факторите на окръжаващата ни среда;
- Подкрепа на здравословния начин на живот;
- Предпазване на здравето /профилактика и промоция на здравето/;
- Повишаване достъпа до и предоставянето на адекватни здравни услуги на всяко ниво и на всеки нуждаещ се от тях.

Заболяванията намаляват годишните доходи на обществото, доходите на физическите лица, както и перспективите за икономически растеж. Загубите са десетки проценти от брутният национален продукт на най-бедните държави всяка година, което се изразява в стотици милиарди долари. Макроикономически данни потвърждават, че страните с най-лоши условия в сферите на здравеопазването и образованието изпитват по-големи трудности за постигане на устойчив растеж, в сравнение със страни с по-развити здравеопазване и образование.

**Целта на инвестиции за здраве е насочена към постигане на допълнителни ползи за здравето чрез дейности, които не са непременно пряко свързани със здравето. Тази концепция е т.н. холистичен подход – подход, който признава вътрешната зависимост между икономическите, социалните, здравните и факторите на околната среда.**

Инвестициите в здравната система /лечебните заведения/ трябва да се разбират като инвестиции в здравето и трябва да добавят допълнителна социална и икономическа полза за обществото /или да се трансформират в инвестиция за здравето/. Трансформирането на „инвестицията в здравето“ в „инвестиция за здравето“ ще донесе допълнителни ползи и за здравния сектор, както и ще повиши социално-икономическия статус на обществото.

Връзката между здравето и икономиката е комплексна, многостранна и двупосочна – както здравето влияе на икономиката, така и икономиката влияе на здравето. Отдавна е известно, че нарасналото национално богатство на една страна е основен фактор и предпоставка за подобро здравеопазване. Приносът обаче на по-доброто здраве към икономическия ръст е анализиран, изследван и признат едва през 2006 год., когато Европейската комисия дискутира тези въпроси в специален доклад, отнасящ се до макроикономиката и здравеопазването.

На солидна теоретична основа почива аргументът, че човешкият капитал е от изключително значение за икономическия ръст на всяко семейство, организация или държава.

Първоначалната **теория за човешкия капитал** принадлежи на Becker (1964 г.). Неговият анализ завършва с изводите, че образованието е от особена важност за икономическото развитие, подчертавайки като доказателство степента на финансова възвръщаемост на образованието. Според тази теория, иновациите в образование и здраве повишават производителността, което мотивира индивидите да инвестират, за да увеличават бъдещите си печалби.

Идеята да се постави здравето след образованието като важен компонент на човешкия капитал, е въведена за първи път от Grossman (1972 г.). Той прави разлика между здравето като потребителски продукт и здравето като средство за производство. В първия случай здравето е пряка част от функцията на полезност на всеки индивид, докато във втория случай – здравето намалява болничните дни и следователно увеличава производствените дни.

В заключение: Човешкият капитал е от значение за икономиката. Здравето е важен компонент на човешкия капитал, следователно здравето е от значение и за икономическите резултати.

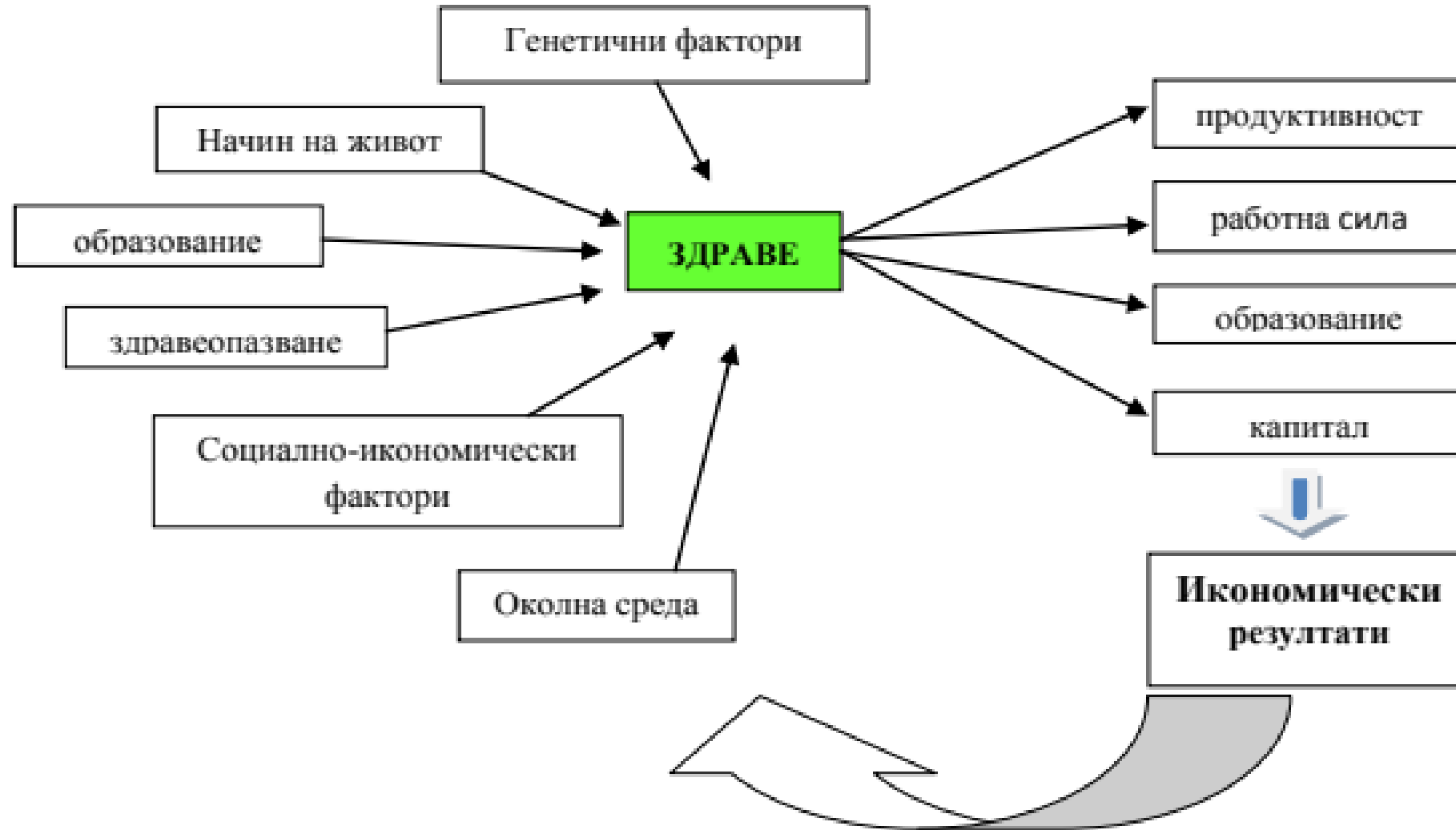
В същото време голяма възможност има и обратната връзка – икономическите резултати са от значение за здравето.



**Триъгълник на  
взаимоотношенията  
здраве - икономика**



# Фактори, които влияят върху здравето, и икономически фактори, върху които влияе здравето



## Принципи, определящи политиката на инвестиции за здраве:

- **Фокусиране върху групи от обществото /"групи в риск" /**, чийто социално-икономически статус е неблагоприятен и здравни потребности са най-високи;
- Осигуряване на **справедлив достъп до здравни и социални услуги**, отговарящи на потребностите на групите в риск, както и на обществото като цяло;
- **Стабилност** – да следва социално-икономическото развитие на обществото и обществения прогрес;
- **Пряко насочена към организациите и общността**, които да работят в партньорство при оценка на нуждите, изработването на планове за действие, споделяне на инвестициите, предоставяне на услугите и оценка на резултатите;
- Въвличане на отделните индивиди и групи при планирането, предоставянето и оценката на дейностите и услугите, които пряко ги засягат;
- Признаване на различията – да не се допуска изключване на хора и групи на базата на някакви различия – възраст, пол, религия, сексуална ориентация, нетрудоспособност или инвалидност;
- Да е базирана на ефективни практики и да се прилага на базата на знанията и опита на хората към които е насочена;
- Да е специфична и разбираема;
- Да има специфични здравни резултати и ясни контури за оценка и контрол.

## СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКИ ФАКТОРИ

Основните социално-икономически фактори, свързани със здравето и стабилността на здравноосигурителния модел, са свързани с образованост на населението, доходи, безработица, разходи за здраве. Според доклада на Европейската комисия за Конвергентната програма на България за периода 2012-2015 г., нашата страна е сред първите в Европа по неграмотност, бедност и дългосрочна безработица. За 2012 г. по грамотност сме на 53-то място в света, далеч пред нас по грамотност са Киргизстан, Тринидад и Тобаго, Туркменистан, Тонга и др. Процентът на хората с трудности при четене и смятане у нас е най-високият в ЕС.

Ниската грамотност води до влошено здравно състояние на населението, до увеличаване на риска от пациентски и лекарски грешки, до увеличаване на хоспитализациите и до нарастване на публичните и личните разходи за здравеопазване. Данните от Европейското проучване на здравната грамотност на населението сочат, че България се нарежда на първо място по ниска здравна грамотност – 61.4% от анкетираните българи имат ограничена здравна грамотност, което говори за липса на профилактика, но също така и за неразбиране и неспазване на назначената терапия от личния лекар или специалист. Като причина за ниската здравна грамотност изследването отчита слабата образованост и социален статус на населението. При анализа на структурата на разходите при домакинствата е видно, че за здраве ежегодно от едно домакинство се заделят около 5%. Сравнено със заделените средства за алкохолни напитки и тютюневи изделия (около 4%) може да се направи изводът, че въпреки декларираното от българските граждани, че в ценностната им система здравето заема водещо място, то не се потвърждава от факта, че средствата заделени за увреждащи здравето фактори са почти еднакви с тези за здраве.

Групи разходи	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Общ разход	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Потребителски общ разход	85,1	85,2	85,7	85,7	84,0	83,5	83,2
Храна и безалкохолни напитки	37,5	36,6	36,5	37,2	36,2	33,4	33,2
Алкохолни напитки и тютюневи изделия	4,6	4,4	4,7	4,6	4,4	4,4	4,0
Облекло и обувки	3,5	3,5	3,1	2,9	3,0	3,2	3,5
Жилища, вода, електроенергия и горива за битови нужди	12,5	13,6	14,5	14,3	14,1	15,3	14,2
Жилищно обзавеждане и поддържане на дома	3,8	3,7	3,7	3,4	2,8	3,2	3,4
Здравеопазване	4,7	4,8	5,3	5,5	5,6	5,2	5,2
Транспорт	6,7	6,9	6,0	6,0	5,9	6,3	6,8
Съобщения	4,7	4,5	4,5	4,7	4,6	4,4	4,3
Свободно време, културен отдих и образование	3,6	3,7	3,9	3,5	3,5	4,1	4,5
Разнообразни стоки и услуги	3,5	3,7	3,6	3,7	3,9	3,9	4,2
Данъци	2,9	3,2	3,2	3,8	5,2	5,0	5,0
Домашно стопанство	1,9	1,6	1,3	1,0	0,9	0,7	0,7
Други разходи	10,1	10,0	9,8	9,4	9,9	10,8	11,1

Източник: НСИ, 2014

Особено важно въздействие върху здравето и стабилността на осигурителния модел имат факторите бедност и социално изключване, които влияят пряко и непряко (невъзможност от финансово участие) върху тях. Непрекъснато повишаващият се дял на лицата в риск от бедност или социално изключване показва, че стабилността на НЗОК е застрашена както в направление повишаване на търсенето на здравни услуги, заплащани от нея, така и повишаване на ръста на необходимите средства за тяхното покриване, но с невъзможност за увеличаване на размера на здравната вноска или съответно на събираемостта на осигурителните вноски. Ако не бъдат предприети мерки, насочени към подобряване на бизнес средата, заетостта, в областта на политиката на доходите, то държавата ще трябва да покрива този допълнителен ресурс.

възрастови групи	пол	година на провеждане на изследване	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
		година за която се отнасят данните	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Общо	общо	брой лица в хиляди	4734,1	4663,2	3421,0	3511,2	3718,7	3693,2	3621,1
		% от съвкупността	61,3	60,7	44,8	46,2	49,2	49,1	49,3
	мъже	брой лица в хиляди	2265,6	2203,4	1591,9	1624,1	1729,3	1732,8	1703,3
		% от съвкупността	60,5	59,4	43,0	44,1	47,3	47,7	47,6
	жени	брой лица в хиляди	2468,5	2459,8	1829,0	1887,0	1989,5	1960,5	1917,7
		% от съвкупността	62,1	61,9	46,4	48,1	50,9	50,5	50,9
0-17 години	общо	брой лица в хиляди	820,6	819,3	564,1	601,3	634,7	662,7	637,0
		% от съвкупността	61,0	60,8	44,2	47,3	49,8	51,8	52,3
18-64 години	общо	брой лица в хиляди	2919,8	2882,1	1988,9	2033,4	2231,2	2216,0	2169,3
		% от съвкупността	58,1	57,9	39,5	40,6	45,0	45,2	45,6
65 и повече години	общо	брой лица в хиляди	993,6	961,8	868,0	876,4	852,8	814,5	814,8
		% от съвкупността	73,7	71,1	65,5	66,0	63,9	61,1	59,1

\*\* Индикатора включва три показателя: - риск от бедност; - нисък интензитет на икономическа активност; - материални лишения

Източник: НСИ, 2014

**Финансирането на здравната система е един от основните фактори, влияещи върху нейното функциониране.**

От данните в таблицата е видно, че общите разходи за здраве като процент от БВП се запазват на едно ниво, като съотношението на публични и частни е почти изравнено, но има лека тенденция за повишаване на дела на частните разходи спрямо публичните, т.е. разходите на домакинствата за здраве като % от БВП непрекъснато се повишават в последните години

Индикатор/ Година	Общи разходи за здраве като % от БВП (GDP), СЗО оценка		Публични разходи за здраве като % от БВП (GDP), СЗО оценка		Разходи на частния сектор за здраве като % от БВП (GDP), СЗО оценка		Разходи на домакинствата за здраве (OOP) като % от общите здравни разходи	
	България	ЕС	България	ЕС	България	ЕС	България	ЕС
2002	7,58	8,53	4,66	6,43	2,94	2,1	38,16	17,97
2003	7,58	8,8	4,72	6,66	2,88	2,12	36,98	16,93
2004	7,32	8,85	4,44	6,64	2,88	2,19	38,22	17,71
2005	7,32	8,99	4,46	6,77	2,86	2,19	37,9	17,11
2006	6,9	8,95	3,94	6,78	2,98	2,14	41,8	16,95
2007	6,82	8,89	3,98	6,73	2,86	2,14	40,6	16,88
2008	6,98	9,19	4,08	7	2,9	2,18	40,38	16,62
2009	7,24	9,94	4	7,63	3,24	2,29	43,38	16,44
2010	6,88	9,87	3,74	7,56	3,14	2,3	44,22	16,59
2011	6,76	.	3,64	.	3,12	.	44,39	
2012	6,68		3,52		3,16		45,23	
2013	6,60		3,40		3,19		46,07	
2014 прогноза	6,51		3,29		3,22		47,75	
2015 прогноза	6,76	.	3,64	.	3,12	.	44,39	

През 2012 осигурителната вноска за здраве бе вдигната от 6% на 8%, но това не доведе до съществени промени в системата на здравеопазване.

Един от основните проблеми пред здравната система през последните години е повишаване на броя на здравнонеосигурените лица (ок. 20%). Липсата на обективни и публично достъпни данни за броя на лицата, които не заплащат здравноосигурителни вноски не позволява да се правят прогнози в тази насока. Основната група на лицата, които не са здравно осигурени се състои от групите в неравностойно положение, маргинализираните групи и най-вече лицата, които са трайно безработни.

Здравните системи по света са традиционен източник на обществено напрежение, тъй като са свързани с непрекъснато увеличение както на търсенето, така и на предлагането на здравни стоки и услуги, а това е свързано и с допълнителни разходи – както от бюджета, така и под формата на директни плащания от страна на домакинствата. За това развитие има както обективни причини – нарастваща продължителност на живот и навлизането на нови методи, терапии и технологии за лечение, така и субективни такива – търсене, индуцирано от предлагането, липса на ефективен контрол и др. Поради това здравните системи по света са в постоянно състояние на реформа, като при страните с по-ефективни и по-ефикасни здравни системи тези реформи се базират на доказателства.

Преходът в българското здравеопазване започва през 1997 г., като една от целите на реформата е финансирането на системата да се промени от бюджетно в здравноосигурително, в резултат на което е създадена и Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Реформите включват приемането на Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина (1995 г.), Закон за здравното осигуряване (1998 г.), Закон за лечебните заведения (1999 г.) и Закон за здравето (2005 г.). Въпреки това процесът на реформа в България често е критикуван като лишен от цялост, непоследователен и характеризиращ се с противоречиви мерки. Нещо повече – резултатите от работата на системата се влошават въпреки постоянното увеличение на разходите за здравеопазване. Това, естествено, води до напрежение както в обществото, така и в самия сектор, което от своя страна доведе до представяне на идеи за здравна реформа от страна на Министерството на здравеопазването.



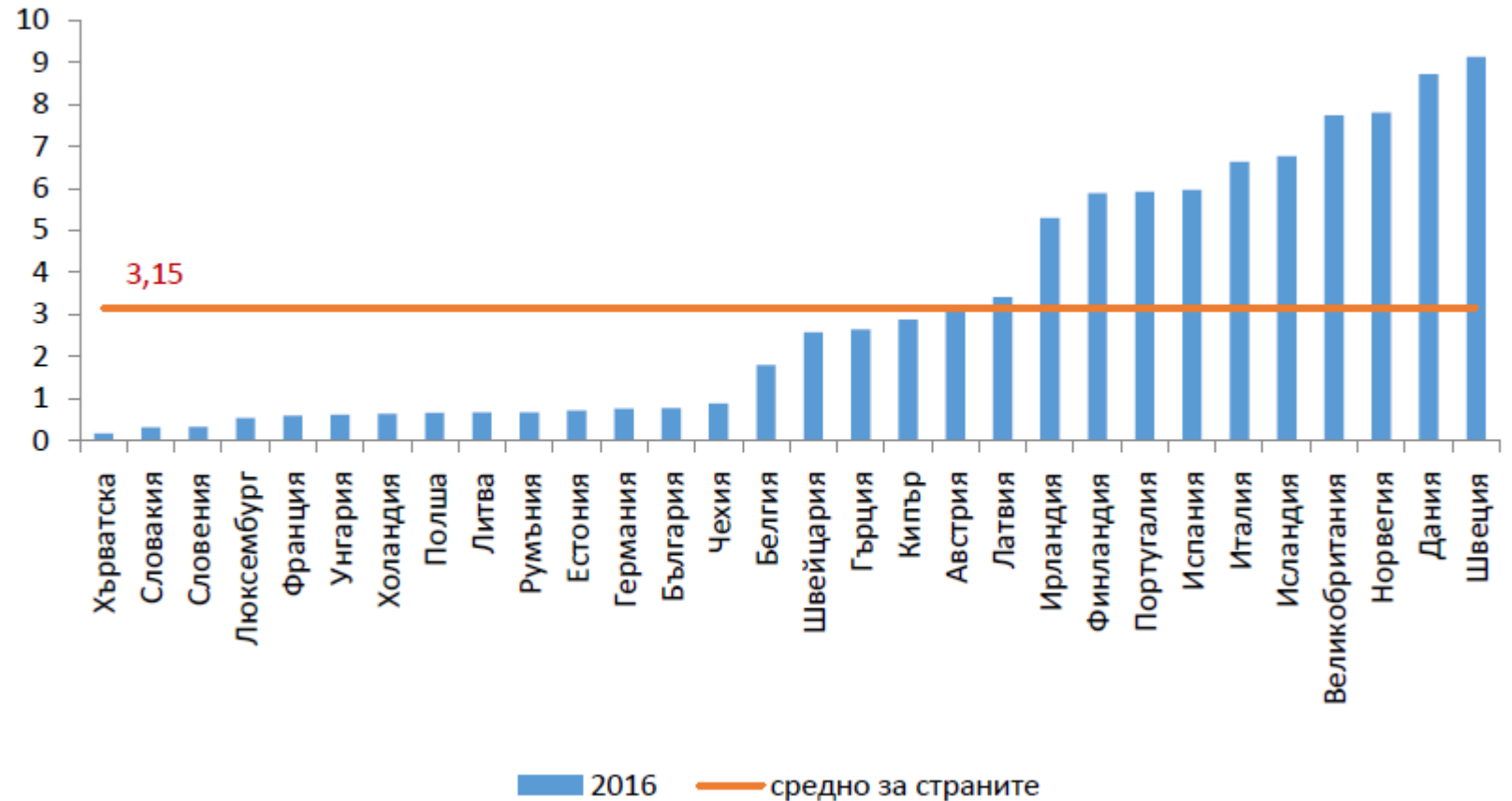
## Здравните системи в ЕС – сходства и различия

### 1. Система на бюджетно финансиране

По дефиниция данъчно финансираните модели на здравеопазване са онези модели, при които над 50% от общите публични разходи за финансиране на здравеопазването се базират на общи данъци. За разлика от здравноосигурителните модели, в данъчно базираните липсва пряка връзка между приходите от данъци и правото на здравно обслужване. В тези системи достъпът до здравни услуги е отворен за всички граждани (поне на теория), независимо дали и какви данъци те плащат. Данъчно финансираните модели се основават на следните общи характеристики:

- пълно покритие – цялото население на страната получава здравно обслужване;
- общите данъчни приходи (национални или в някои случаи – местни данъци) служат за финансиране на здравните услуги;
- управлението на здравната система се извършва от държавата и нейната администрация;
- не се налага специфично управление на риска;
- като цяло административните разходи за управление на системата са относително ниски, но в тези системи са типични неефективностите при управление на разходите, което ги прави относително по-скъпи;
- характерни са неравновесия в предлагането на услуги, което често води до формиране на листи на чакащите.

Съгласно дефиницията за дял на данъчното финансиране в общите публични разходи за здравеопазване, дадена по-горе и съгласно данни на Евростат за 2016 г данъчно финансираните системи в Европа са тези в Дания, Ирландия, Испания, Италия, Латвия, Португалия, Финландия, Швеция, Великобритания, Исландия и Норвегия. На графиката по-долу може да се види делът в БВП на „държавните схеми“ съгласно методологията на Системата на здравните сметки 2011, като са представени всички страни, за които Евростат събира данни за по-добра илюстрация на мястото на данъчно финансираните.



## Великобритания

Британската Национална здравна служба (NHS) често се цитира като епитом на данъчно базираната здравна система. NHS е работодател на над 1.4 млн. души – лекари, медицински сестри, здравни работници и администрация. Почти целият разход на NHS се покрива от данъци, делът на доплащанията и застраховките е малък (под 2% от общите разходи). Често английската система е обект на критика заради дългите списъци с чакащи за неспешни интервенции, неравенствата в здравните резултати, остарялата инфраструктура и усещането, че здравните технологии, използвани от NHS, изостават в сравнение с частните и други държави.

Реформите през последните 20 години са насочени към управлението на системата (реорганизация на услугите и децентрализация на някои функции), като никой не поставя под съмнение нейната универсалност, както и базирането на финансирането от данъци.

1. *Солидарност*: английската здравна система е солидарна доколкото всички британски граждани, както и пребиваващите във Великобритания, имат достъп до здравните услуги. Здравните услуги, предоставяни от службата, са безплатни за потребителя (не се заплащат такси) с изключение частично на денталната помощ и лекарствата. Трудно е да се прецени доколко здравното обслужване на по-бедните е адекватно, тъй като липсва информация за стойността на здравните услуги, както и какво следва да се получава (като точно определен пакет) срещу финансовото участие в системата.

2. *Овластяване на потребителя и удовлетвореност от услугите* – като цяло удовлетворението на пациентите от здравните услуги, които получават във Великобритания при различни правителствени проучвания не показват ниско ниво на удовлетворение. Въпреки това монополът на NHS при доставката на услугите и невъзможността да се влияе върху разпределението на ресурсите поставят пациента в слаба позиция. Липсата на избор по отношение на алтернативни доставчици (поради това, че единственият доставчик е NHS) ограничават възможностите за изразяване на неудовлетворение чрез смяна на доставчика.

3. *Качество на услугите* – абсолютната очаквана продължителност на живота във Великобритания за 2016 г за мъжете е 79.4 г., а за жените - 83.0 г. при средна за ЕС съответно 78.2 г. и 83.6 г. Очакваната продължителност на живота в здраве е около средната на ЕС. Поради монополната позиция на NHS обаче личните лекари и болничните мениджъри имат по-слаби стимули да предоставят по-качествени услуги. Оценката за качеството на системата в сравнение с други държави е ниска най-вече заради дългите срокове за изчакване и авторитарния управленски подход.

4. *Клинична автономия* – често лекарите във Великобритания не успяват да следват най-добрата практика в интерес на пациента поради политически вмешателства.

5. *Фискална жизненост* – поради невъзможността данъкоплатците да преценят колко и за какво плащат, е трудно да се прецени и дали системата е финансово поносима.

## Дания

В Дания системата на здравеопазване също е данъчно базирана, но за разлика от Великобритания данъците са местни. Същевременно местните власти управляват доставчиците на здравни услуги. Делът на разходите за здравеопазване за 2015 г. е 8.69%, съгласно Евростат. Доплащанията (или частното финансиране, включващо доплащания „на ръка” и доброволни застраховки) също са разпространени в датската система, като размерът им за 2015 г. е 1.6% от БВП.

Всички датски граждани автоматично получават достъп до здравна грижа, която се финансира чрез данък върху облагаемия доход. Данъкът почти автоматично се разпределя към регионите и общините под формата на субсидия, коригирана за следните фактори: възрастовото разпределение, брой на деца в семейство с един родител, брой лица, живеещи в домакинство под наем, равнище на безработица, брой необразовани лица, брой лица от страни извън ЕС, брой лица, живеещи в бедни райони и дял на възрастните хора, живеещи сами. Подходният данък осигурява над 77% от приходите на регионите, предназначени за здравеопазване, а останалите разходи се финансират на база на местни данъци в зависимост от количеството предоставени услуги. Част от датските граждани имат и доброволна здравна застраховка, предоставяна от една неправителствена организация с нестопанска цел („IHI – Danmark”), която покрива доплащанията (основно за лекарства и дентална помощ, както и за услуги, които не попадат в задължителния пакет – например физиотерапия).

Достъпът до общопрактикуващи лекари (ОПЛ) е безплатен за датските граждани. Достъпът до болнична грижа изисква направление от ОПЛ. По отношение на болничната грижа регионите решават механизма на финансирането , като най-често се използва комбинация от заплащане за услуги и диагностично-свързани групи (ДСГ). В момента няма обвързване между финансирането и здравните резултати, макар че всички 5 региона експериментират с такива схеми. В случай на лоши резултати от регионите се изисква да предприемат мерки.

Решенията за нивото на обслужване и новите лечения се вземат на местно ниво. Основните доставчици на здравни услуги – общопрактикуващите лекари и болниците – се регулират от местните власти като брой и местоположение, докато заплащането и условията на труд се определят централно чрез договаряне с лекарските организации.

1. **Солидарност** – данъчната система по отношение на данъка върху личните доходи в Дания е прогресивна. Здравната система се счита за относително достъпна - характеристика, ограничавана от наличието на доплащания за здравните услуги.

2. **Овластяване на потребителя и удовлетвореност от услугите** – удовлетвореността от здравните услуги в Дания е традиционно висока. Списъците с чакащи са по-кратки от тези във Великобритания. Поради възможността да избира доставчик и поради по-високото ниво на доплащания пациентът е в по-силна позиция.

3. **Качество на услугите** – конкуренцията между ОПЛ и между болниците създава по-добри стимули за подобряване на качеството на услугите. Системите за плащане също окуражават качеството.

4. **Клинична автономия** – изследванията показват, че смесеният начин на заплащане на личните лекари (капитация и такси за услуги) влияе върху професионалните задължения на лекарите и окуражава добрата практика. Стимулите са насочени към заместване на вторичната помощ с първична, а също така и с по-ефективно използване на превантивната грижа, която има позитивен ефект върху пациентите.

5. **Фискална жизненост** – данъчната тежест в Дания е една от най-високите в света, а разходите за здравеопазване представляват над 75% от всички регионални и общински разходи. Жизнеността на здравеопазването зависи от потребителите и техния (политически) избор.

## Швеция

Шведската здравна система е силно децентрализирана с равен достъп и универсално покритие, финансирана и регулирана от местните власти. Разходите за здравеопазване във Швеция като дял от БВП са едни най-високите в страните от ЕС. Подобно на датската здравна система, шведското здравеопазване се финансира основно от местни данъци. Шведските райони и общини обаче, за разлика от датските, имат делегирани правомощия да събират данък върху доходите, срещу което предоставят публични услуги (поради това липсва специфичен „здравен данък“ по подобие на този в Дания). С пропорционален местен данък се облагат доходите, като по този начин се осигуряват 69% от разходите за здравеопазване. Други 17% се осигуряват от субсидии от централния бюджет, като те имат за цел да преразпределят ресурсите между регионите и общините на база на местните нужди. Има също така целеви субсидии, които финансират специфични инициативи.



Частното застраховане представлява не повече от 1% от общите разходи за здравеопазване, като застраховано е около 10% от работещото население. Целта на застраховката най-често е бърз достъп до амбулаторни грижи с цел намаляване на времето за изчакване. Максималният размер на доплащанията от джоба е ограничен както на национално, така и на местно ниво. Шведското правителство прави целенасочени усилия към ограничаване на търсенето на печалба в публичния здравен сектор.

ОПЛ се финансират на база на броя на регистрираните пациенти (капитация) и такса за услуга за нерегистрираните (регистрацията е задължителна с изключение на Стокхолм, но ОПЛ не ограничават входа за болничната помощ). Малка част от плащането (1-3%) е за постигане на качествени индикатори. Болниците се финансират чрез микс от глобални бюджети, ДСГ и методи на база на резултати, като 2/3 или повече от общото плащане е под формата на глобален бюджет, останалото – на база на ДСГ. Плащанията за резултати са за постигане на качество и представляват до 5% от общите плащания. Традиционно плащанията се базират на исторически (пълни) цени.

Ограничаването на разходите в системата е проблем, с който местните власти се сблъскват, тъй като по закон те трябва да балансират бюджета си за годината. Основните мерки за контрол върху разходите са: глобални бюджети, ограничения на обемите на медицинските дейности капитационни формули (т.е. спрямо броя на пациентите) и договори. В някои региони доставчиците също така са финансово отговорни за разходите при предписването на лекарства (prescription costs).

1. *Солидарност* - достъпът до здравеопазване, макар и универсален и автоматичен, се ограничава от списъци с чакащи за неспешни услуги. 83% от всички разходи за здравеопазване за 2016 г. са публични, като шведите доплащат за прегледи в размер на 1,9% от БВП. Липсва ясно дефиниран пакет от услуги. Тъй като отговорността по предоставянето на здравни услуги е на районите и общините, се наблюдават различия (неравновесия) във вида и количеството услуги на регионално ниво.

2. *Овластяване на потребителя и удовлетвореност от услугите* – удовлетворението на пациентите в Швеция традиционно е на едно от най-високите места в света. Списъците с чакащи имат максимални законови ограничения – до 7 дни за преглед при ОПЛ и до 90 дни – за преглед при специалист.

3. *Качество на услугите* – местните власти са отговорни за постигане на определени качествени индикатори, особено онези, свързани с изискванията за акредитация и нейното продължаване. Информация за представянето на доставчиците се получава от наблюдение и оценка на регистрите на пациентите и проучвания за тяхната удовлетвореност. След 2006 г. се публикуват сравнителни анализи и рейтинги за здравните услуги по общини, включващи различни категории индикатори, например превенция, удовлетвореност на пациентите, време за изчакване, доверие, достъп, хирургическо третиране, лекарствено третиране. Чрез тях се подпомагат пациентите в избора им на доставчик.

4. *Клинична автономия* – аналогично на датската система, шведската ползва разнообразни методи за заплащане на доставчиците (както по-горе беше отбелязано плащането на лечебните заведения е микс от разнообразни форми на плащане, в т.ч. глобални бюджети, такси за услуги, ДСГ и др.)). Те стимулират добрите практики за диагностика и лечение, тъй като отразяват всички варианти на услуги, които лекарят оказва, без да създават неравновесия.

5. *Фискална жизненост* – в Швеция данъчната тежест, включително тежестта на здравната система, е значителна. Връзката между разходите за здравеопазване под формата на платени данъци и услугите, които предоставя здравната система, е по-видима и съответно – данъчната тежест е приемлива.

**Италия:** данъчно финансирана система с регионална/местна организация на предоставянето на здравни грижи. Държавата определя универсалния пакет услуги, който регионите следва да предоставят на местно ниво. Регионите имат автономия при определяне на структурата на местните здравни системи. Основните източници на средства са корпоративният данък и ДДС, като приходите се преразпределят до регионите. Достъпът е универсален и автоматичен. Няма такси за пациента при първичната и болничната помощ.

**Испания:** подобна на италианската система. Националната здравна служба (която има регионални структури) се финансира с общи данъци, като централният бюджет преразпределя субсидия към регионалните структури на база на формула, включваща следните критерии: стандарт на глава от населението, претеглен със структура на населението, дисперсия и изолираност на региона.

**Норвегия:** системата е много подобна на тази във Великобритания и Италия – данъчно финансирана основно чрез национални и в по-малката си част – местни данъци. Здравните услуги се организират, управляват и предоставят на местно ниво от общините.

## Система на здравно осигуряване

Здравното осигуряване е форма на финансиране и управление на здравните разходи чрез здравноосигурителни вноски, въз основа на обединяване на риска. Здравното осигуряване обединява едновременно както финансовия риск като осигурява достъп до скъпоструващо лечение, което е непосилно за отделни лица, така и здравния риск, като балансира между осигуряващите се и тези, които ползват здравните услуги. По този начин осигурява едновременно финансова защита на здравноосигурените лица и сравнително справедлив начин за финансиране на здравните разходи, който позволява широк достъп до здравни стоки и услуги. Въпреки това приложението му не е лесно или праволинейно и редица страни с ниски доходи или слабо развити институции изпитват затруднения с управлението му, включително финансово, от една страна, и осигуряването на универсален достъп до здравни стоки и услуги, от друга. В ЕС най-известните здравноосигурителни модели от този тип са тези във Франция, Германия и Холандия, затова ще ги разгледаме по-подробно.

## Франция

Системата на здравно осигуряване във Франция е смесена и се финансира от няколко основни източника – задължителни здравни осигуровки (ЗЗО), задължителен социален данък, т.нар. общ социален принос (contribution sociale généralisée), бюджетни трансфери, доброволни допълнителни частни схеми за здравно застраховане и директни плащания от пациентите. Задължителните здравни осигуровки (общо 13,64% от дохода през 2016 г.) се изчисляват на база на трудовия доход и плащането им се разпределя между работещия (0,75%) и работодателя (12,89%). Към тях се прибавят и част от данъчните приходи от общия социален принос (7,5%) и приноса за погасяване на социалния дълг (0,5%), които обхващат по-широк кръг от доходи за физическото лице. Така например ставката за трудови доходи е 7,5% (5,29 пр.п. за ЗЗО); 8,2% за капиталови печалби (5,95 пр.п. за ЗЗО); до 12% за печалби от игри на шанса; 6,6% върху доходи от пенсии (4,35 пр.п. за ЗЗО) и 6,2% за допълващи доходи, като помощи за безработица и болнични (3,95 пр.п. за ЗЗО). Ставката върху трудовите доходи може да бъде намалена до 3,8% за работещи с ниски доходи, които са освободени от подоходен данък, като това обхваща почти половината от домакинствата във Франция, но само половината от тях се възползват от тази възможност. През 2012 г. около 70% от приходите от налога за общ социален принос се насочват към задължителното здравно осигуряване, което формира около 35% от финансирането му.

**Допълнителното бюджетно финансиране** е осигурено по линия на данъци (акцизи) върху вредни продукти като тютюн и алкохол, както и от данъци върху фармацевтични компании. Последните са задължени да плащат данък от 1,6% върху оборота си, данък върху рекламите, данък върху продажбите на дребно и допълнителен данък от 0,13%, ако оборотът им надхвърли таван от 760 000 евро, определен със Закона за финансиране на социалното осигуряване. Задължителните здравни осигуровки и данъци, платени от работодателите и работниците през 2012 г., формират около 82% от приходите на задължителното здравно застраховане, като останалите около 18% се финансират от гореспоменатите данъци, включително акцизи върху потреблението на тютюневи изделия и алкохол, и бюджетни субсидии.

**Доброволното частно здравно застраховане** във Франция е значително по-широкообхватно в сравнение с останалите страни от ЕС. То покрива над 97% от населението и осигурява около 13,8% от общите разходи за здравеопазване в страната. От 2000 г. частното доброволно здравно застраховане се използва и от правителството за подобряване на достъпа до здравеопазване на нискодоходни групи от населението (с обхват от около 7% от населението), като плащането на премиите се извършва с публични средства. Допълнителното здравно застраховане се използва основно за покриване на задължителните допълнителни плащания за пациентите, свързани с получаване на здравни услуги или закупуване на лекарствени продукти и медицински изделия.

Въпреки множеството източници на финансиране на системата **директни плащания от пациентите** (т.нар. out-of-pocket payments) са в размер на около 7,5% от общите здравни разходи. Макар че тези разходи могат да се разглеждат като пречка пред равния достъп до здравни услуги в страната, те остават значително под средното ниво за ЕС, а също така играят важна роля при намаляване на търсенето, индуциране от страна на предлагането<sup>21</sup>, в сектора, какъвто проблем се среща в Германия например.

## Германия

Всички граждани в Германия са задължени да участват в задължителното здравно осигуряване в страната. Основният приходоизточник за системата са задължителните здравни осигуровки, включително осигуровки за пенсия, злополуки и дългосрочно лечение, както и частни здравни застраховки и данъци. Задължението за осигуряване обаче не е универсално, като населението може да бъде разделено най-общо на три групи:

- Задължително здравно осигуряване в т.нар. здравна каса, което обхваща голямата част от населението;
- Самоосигуряващи се лица, военнослужещи и някои държавни служители (съдии, работещи в европейски институции и др.) са изключени от задължителната система и най-често избират частно здравно застраховане;
- Лица с доходи над определен праг (брутна месечна заплата от поне 4950 евро през 2018 г.) имат право на избор – да участват в задължителната система или да си направят частна здравна застраховка.

Участващите в задължителното здравно осигуряване могат да изберат да се осигуряват в една от 110 здравни каси (към декември, 2018 г.) в Германия, като здравната осигуровка се определя от държавата. Здравните каси не могат да трупат дългове, затова всяко разминаване между приходи и разходи на годишна база води или до събиране на допълнителни приходи (под формата на фиксирана сума) от осигурените лица или до връщане на част от събраните пари.

Здравните осигуровки се изчисляват на база на доходите от труд, пенсии и помощи за безработица, като не включват други доходи, като такива от собственост, спестявания, инвестиции и др. Ставките са с прогресивен характер, но са ограничени от таван от 4425 евро на месец, по данни от 2018 г. Средната ставка на задължителната здравна осигуровка през 1994 г. е 13,2%, а през 2018 г. е в размер на 14,6%, като се изчислява върху брутната заплата и се плаща от работещия (7,3%) и работодателя (7,3%). За работещи с месечни доходи под 450 евро здравната осигуровка се заплаща изцяло от работодателя.

През 2009 г. е създаден Централен фонд за преразпределение (Central Reallocation Pool), администриран от Федералния застрахователен орган (Federal Insurance Authority), който събира дължимите на здравните каси приходи, след което ги преразпределя на всяка каса. Това се прави на база схема, която цели да изравни риска от заболяемост на осигурените във всеки фонд, т.е. фондове, в които този риск е по-висок и съответно разходите им са по-високи, ще получат повече пари, за да бъдат компенсирани за допълнителните риск и разходи. Схемата за изравняване на риска от 2009 г. включва фактори като възраст, пол и заболяемост, което е модификация на предходната схема, в сила от 1994 до 2009 г., която включва само фактори като възраст, пол и инвалидност.

Държавата покрива разходите на социално слабите граждани за здравно осигуряване като заплаща здравните премии на фондовете, а за вноските на пенсионерите и за безработните се грижат съответни фондове, които поемат ролята на работодателя при изплащането на здравни осигуровки.



Директните плащания от страна на пациентите през 2011 г. възлизат на около 13,7%, като най-голямото перо са доплащанията за лекарства (20% от директните плащания), а малко след тях се нареждат доплащанията за леглодни в болници (18%) и лекарските практики (9%). Директните плащания се делят на два вида – доплащания за медицински стоки и услуги, които са включени в здравноосигурителния пакет на осигуреното лице, и директни плащания за стоки и услуги, които не са част от този пакет.

Частното здравно застраховане има две роли в германската здравна система – предоставяне на пълен пакет от здравни услуги на частта от населението, която е изключена от задължителното здравно осигуряване, и предоставяне на допълнителни услуги или финансиране на здравноосигурени лица, които са част от задължителното здравно осигуряване. И двете услуги се предлагат от 42 частни здравни застрахователни компании и още 30 по-малки, обикновено регионални, застрахователя. Около 75% от предоставяните услуги от частните здравни застрахователни компании включват пълния пакет от здравни услуги, докато само около 25% от предоставяните услуги включват допълнителен, надграждащ, пакет услуги.

Около 11% от населението в Германия през 2018 г. са осигурени за пълен пакет от здравни услуги в частен здравен застрахователен фонд, като този дял включва основно три групи лица:

- Настоящи и пенсионирани заети в общественения сектор като учители, преподаватели в университети, служители в публични институции и др., които де факто са изключени от задължителното здравно осигуряване. Тъй като държавата покрива над 50% от частните им здравни разходи, тези лица обикновено се застраховат в частен здравен застрахователен фонд, за да покрият останалата част от разходите си. Те представляват около половината лица, застраховани в частен фонд.
- Самонаети лица, които нямат право да се осигуряват в задължителното здравно осигуряване.
- Работещи, чиито доходи надхвърлят определен от държавата праг в три последователни години.

## Холандия

Финансирането на здравните разходи в Холандия е от смесен тип – публично и частно. Основната част от здравните разходи (около 72% през 2014 г.) се финансира от задължителни здравни осигуровки и застрахователни премии. Останалата част от разходите се финансира от данъци чрез бюджетни трансфери от правителството (13% от разходите), директни плащания от пациентите (9%), допълнителни схеми за здравно застраховане (4%) и други (2%).

Дължимите здравни осигуровки се изчисляват на база на трудовите доходи и през 2015 г. възлизат на 6,95%, като не могат да надхвърлят 3573 евро на година за работещите и лица, получаващи социални помощи, и се плащат съответно от работодателя и службите за социално подпомагане. Здравната осигуровка за самоосигуряващи се лица е 4,85%, като не може да надвишава 2494 евро на година, и се плаща директно от тях. Разликата в ставките се дължи на това, че за заети лица и такива, получаващи социални помощи, дължимите здравни осигуровки се плащат от работодателите и службите за социално подпомагане, което намалява дължимия данък върху доходите за тези лица, докато при самоосигурените лица е за тяхна сметка. По този начин се изравнява здравноосигурителното бреме върху двете групи лица.

Приходите се събират от данъчните служби и се превеждат към т.нар. Здравноосигурителен фонд (Health Insurance Fund – Zorgverzekeringsfonds), който преразпределя събраните средства към дружествата за здравно застраховане, което включва и коригиране на риска. Факторите, които се използват за изчисляване на коригирания риск, включват пол и възраст, вид на дохода на лицето, регион, в който живее, здравно състояние, включително средно потребление на лекарства, хронични заболявания, социално-икономическо състояние и др. Освен това всяко дружество определя собствена, фиксирана и еднаква премия за всички здравно осигурени лица, които сключват договор с нея. Годишната премия през 2015 г. възлиза на 1211 евро, което е 5% от т.нар. модален доход, който се изчислява от Холандското бюро за икономически анализи и прогнози (Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis - Centraal Planbureau) на 33 000 годишно през 2015 г., сочат данни на министерството на здравеопазването, благосъстоянието и спорта в Холандия. През същата година фиксиранияте застрахователни премии варират между 990 и 1300 евро.

Здравноосигурените лица могат да изберат личен или колективен застрахователен план (например като част от заетите лица при даден работодател или чрез пациентски организации). В случай на колективен застрахователен план здравните застрахователни компании имат възможност да предложат до 10% отстъпка от индивидуалните застрахователни премии. През 2015 г. 69% от здравно осигурените лица участват в колективни застрахователни планове.

Освен тези разходи от заплатите на работещите се удържат допълнителни 9,65% за финансиране на дългосрочни здравни грижи, като годишната сума не може да надвишава 3214 евро. Средствата се събират от данъчните служби и се превеждат към Фонд за дългосрочни здравни грижи (Long-term Care Fund), администриран от Холандския институт за здравеопазване (Dutch Healthcare Institute).

Следващият голям приходоизточник за финансиране на здравните услуги в Холандия са приходите от данъци, събирани в държавния бюджет. Той е отговорен основно за три групи разходи:

- Лични застрахователни премии за деца до 18-годишна възраст - Родителите на деца до 18 години трябва да ги регистрират не по-късно от четири месеца след раждането им, а застрахователната премия се покрива от държавния бюджет и се превежда на застрахователите;
- Личните застрахователни премии на лица в неравностойно положение, които са подали молба за това в данъчните служби;
- Трансфери към общински фонд за финансиране на децентрализираните дейности за дългосрочни здравни грижи.

През годините се наблюдава тенденция на увеличаване на директните плащания от пациентите в Холандия, което се дължи на намаляване на обхвата на основния пакет от здравни услуги, което естествено води и до спад на личните застрахователни премии. При заплащането на здравни услуги от основния пакет съществува т.нар. сума за приспадане (deductible), в размер на 385 евро през 2015 г. При потребяване на здравни стоки и/или услуги в рамките на една календарна година пациентът покрива всички разходи до определената сума за приспадане, след което останалите разходи в рамките на годината се поемат от институциите за задължително здравно осигуряване (застрахователи, фондове, общини и др.). Сумата за приспадане важи за всички здравни разходи с изключение на общи здравни грижи, майчински грижи, домашни грижи и интегрирани грижи (управление на риска при диабет, астма, сърдечно-съдови заболявания и хронична обструктивна белодробна болест). Сумата за приспадане се заплаща на дружеството за здравно застраховане и включва разходи за лекарства и тестове, които са предписани от общопрактикуващия лекар, но не и върху доплащанията за лекарства от страна на пациента. Целта на сумата за приспадане е да се ограничи моралният риск, а именно стимулът да се използват повече и по-скъпи медицински стоки и услуги в резултат на това, че друг (дружеството за здравно застраховане) плаща за тях.

Освен законово определената сума за приспадане застрахователите могат да предложат на здравноосигурените лица допълнителни суми за приспадане между 100 евро и законово определен таван от 500 евро на година. Ако здравноосигурените лица изберат да увеличат сумата за приспадане, застрахователите могат да намалят личните им застрахователни премии, като през 2015 г. средният размер на тези отстъпки е в размер на около 50% от избраната сума за приспадане. В този случай здравноосигуреното лице първо покрива законовоопределената сума за приспадане и след това лично договорената сума между него и застрахователното дружество. През 2015 г. 12% от здравноосигурените лица са избрали да договорят допълнителна сума за приспадане, като 69% от тях са избрали максималния размер.

Освен задължителния основен пакет здравни услуги, дружествата за здравно застраховане могат да предлагат допълнителни застраховки. При допълнителното здравно застраховане дружествата сами избират както нивото на застрахователните премии на база на рисковия профил на здравноосигурените лица, така и кои рискове влизат в обхвата на застраховката. Допълнителното здравно застраховане се използва или за финансиране на допълнителни здравни услуги, които не са част от основния пакет или за надграждащо финансиране за стоки и услуги, които са част от основния пакет, но са недофинансирани, като дентални услуги например. През 2015 г. 84% от здравно осигурените лица са закупили и допълнително здравно осигуряване.



## Система на здравно застраховане

Здравните системи, базирани на доброволно рисково застраховане, също могат да се срещнат в някои страни, макар и почти никъде в чист вид. Типичен представител – САЩ.

В Европа те не са популярни като системи за пълно финансиране на здравеопазването. Основният принцип при тях е, че всеки пациент сам преценява дали да се застрахова здравно и за какъв пакет услуги. Разходите под формата на рискова премия са индивидуални (различни) и в повечето случаи зависят от здравословното състояние на пациента.

Общите черти на такива здравни системи са следните: 1) покритието не е универсално – само тези, които са закупили застраховка, получават здравно обслужване. Това често налага включването на специфични държавно финансирани схеми за осигуряване на здравна грижа за незастрахованите лица. Липсата на универсално покритие създава сериозни различия в достъпа до услуги и съответно – в здравните резултати; 2) рисковото управление се осъществява от всеки застраховател; 3) административните разходи за управление са относително високи; 4) като цяло подобни системи са частно финансирани, застраховките се предлагат от работодатели като придобивка към дохода, публичният ресурс в тях се изразходва целенасочено и по определени схеми. Много често са налице данъчни облекчения за размера на застраховките; 5) в такъв тип системи са характерни по-високото ниво на употреба и свръхупотреба на ресурси, което ги прави скъпи; 6) обикновено липсват листи на изчакване, застрахованият пациент е в силна позиция, когато има възможност свободно да избира и сменя застраховател, качеството на услугите е на високо ниво. Пациентът активно преценява предимствата и недостатъците на застраховането и е в позиция да взема индивидуални решения за здравето си.

Общите черти на такива здравни системи са следните: 1) покритието не е универсално – само тези, които са закупили застраховка, получават здравно обслужване. Това често налага включването на специфични държавно финансирани схеми за осигуряване на здравна грижа за незастрахованите лица. Липсата на универсално покритие създава сериозни различия в достъпа до услуги и съответно – в здравните резултати; 2) рисковото управление се осъществява от всеки застраховател; 3) административните разходи за управление са относително високи; 4) като цяло подобни системи са частно финансирани, застраховките се предлагат от работодатели като придобивка към дохода, публичният ресурс в тях се изразходва целенасочено и по определени схеми. Много често са налице данъчни облекчения за размера на застраховките; 5) в такъв тип системи са характерни по-високото ниво на употреба и свръхупотреба на ресурси, което ги прави скъпи; 6) обикновено липсват листи на изчакване, застрахованият пациент е в силна позиция, когато има възможност свободно да избира и сменя застраховател, качеството на услугите е на високо ниво. Пациентът активно преценява предимствата и недостатъците на застраховането и е в позиция да взема индивидуални решения за здравето си.

Набирането на средства в тези системи се извършва от застрахователите чрез предварително определени рискови премии. Те най-често не са свързани с дохода, а със здравния риск, което прави системите регресивни (т.е. по-бедните средно плащат повече като дял от дохода си). Правителството може да субсидира пряко (като само закупува застраховки за определени групи или организира застрахователна схема) или косвено (чрез данъчни облекчения) в здравните застрахователни схеми.

По отношение на договарянето и закупуването на услуги от доставчиците, поради по-малкия пул застрахователите имат по-ограничени възможности да договорят по-ниски цени в сравнение със социалноосигурителните фондове с пълно покритие.

Ако трябва да обобщим, системите с доброволно здравно застраховане имат следните **предимства**:

- 1/ избор на застраховател, което създава конкуренция по отношение на предлаганите здравни услуги;
- 2/ пациентът е в силна позиция сам да преценява дали да се застрахова, как и къде, което увеличава отговорността към собственото здраве;
- 3/ високо ниво и качество на здравните грижи.

**Основните предизвикателства** пред такъв тип финансиране, от своя страна, са свързани с:

- 1/ трудности при постигане на пълно покритие на населението;
- 2/ висок и постоянно повишаващ се разход;
- 3/ неблагоприятен избор (adverse selection) от страна на застрахованите и селекция на риска от страна на фондовете;
- 4/ по-високи административни разходи за управление на фондовете.

Допълващи и заместващи застрахователни схеми са често използвани в страните от ЕС и са препоръчителни, ако се цели корекция на недостатъците на чистото социално осигуряване.

Здравна система, изцяло и само базирана на застраховане не съществува. Системата в САЩ комбинира застраховки с данъчно финансиране, докато швейцарската комбинира социално осигуряване и застраховане.

## Швейцария

Макар и не чисто застрахователна, швейцарската система е най-близо до принципите на застраховането, налични в Европа.

За разлика от САЩ, в Швейцария здравното застраховане е задължително за всички лица по закон. Това означава на практика, че покритието на системата е универсално. Основният пакет от здравни услуги, за който гражданите се застраховат, също е определен със закон. Пакетът съдържа лечение в случай на болест, несчастен случай или бременност. Освен премия, пациентът плаща част от разходите за лечение (доплащане, franchise) – начален разход от 300 CHF за година за възрастен гражданин, след достигането на който застрахователят започва да плаща. Ако някой иска да намали размера на премията, може да увеличи размера на доплащането. Друг вариант да се намали премията е чрез ограничаване на избора на лекар и лечебно заведение. След достигане на лимита на началното доплащане, пациентът продължава да дължи 10% от оставащия разход за лечение (retention fee) като част от заплащането за услугата, до максимален размер от 700 CHF за година (в тях не се включва началното доплащане).

Броят на регистрираните застрахователи в страната е около 50. Застрахователите са задължени да предлагат основния пакет на всеки гражданин без да дискриминират по медицинско състояние в рамките на 3 възрастови групи – деца до 18, младежи от 19 до 25 г. и възрастни над 26 г., като за основния пакет не могат да реализират печалба, но могат да калкулират такава за допълнителните планове. Премията за основния пакет не може да надвишава 8% от дохода на лицата, като ако премията е по-висока, държавата осигурява субсидии и дофинансира (обикновено за нискодоходни групи граждани).

Застрахователните премии за основния пакет се различават между различните компании и между регионите по отношение на покриването на доплащанията и в зависимост от избрания допълнителен пакет услуги. Застрахователите предлагат и допълнителни планове, като премиите по тях вече са рисково базирани. Допълнителните услуги включват например: редовна дентална помощ и ортодонтско лечение, свободен избор на лекар в болница, VIP стаи и др.

Нивото на здравните разходи в Швейцария е едно от най-високите в света и най-високо в Европа за 2016 г. (12.25% от БВП по данни на Евростат). Плащанията от джоба на пациента също са на много високо ниво – 3.6% от БВП.

1. *Солидарност* – за да се гарантира, че икономическото тегло на здравните застраховки няма да пада диспропорционално върху бедните и възрастните, системата предвижда субсидиране от страна на държавата на здравните премии за хората с ниски доходи. Има таван на разходите за здравни премии като дял от дохода на домакинството.

2. *Овластяване на потребителя и удовлетвореност от услугите* – пациентът в Швейцария е в много силна позиция да избира свой застраховател и да го сменя всяка година, да избира застрахователен план, включващ допълнителни услуги, както и ниво на доплащания. Съществува избор и на лечебно заведение, в случай че застрахователят е сключил договор с него. Удовлетвореността от здравните услуги е висока, като все по-голям дял от пациентите след 1996 г., когато е въведено задължителното здравно застраховане, считат, че системата им предоставя „високо” или „много високо” ниво на обслужване. Недоволство има за равнището на разходите.

3. *Качество на услугите* - Качеството на здравните услуги се определя като много високо<sup>39</sup>, но разходната ефективност на системата страда от високите разходи. Лекарите имат стимул да предлагат високо качество на здравните услуги поради високото ниво на конкуренция. Здравните резултати на нацията са високи.

4. *Клинична автономия* – значителна, но през последните години се наблюдава тенденция към все по-големи регулации; например застрахователите заплащат само за дейност, която е доказано клинично ефективна, подходяща и разходно ефективна.

5. *Фискална жизненост* – поради високите разходи и постоянното увеличаване на размера на премиите се налага да се включват схеми за държавно финансиране. Разходите за лекарства са на много високо ниво поради местната политика, която забранява паралелен внос. Налице е дебат как да се окуражи конкуренцията от страна на предлагането.

# Ефективност на различните системи за финансиране на здравеопазването

Съществуват няколко класации на здравните системи в света, които могат да се използват за преценка на тяхното качество в сравнителен план. Някои от тях се правят регулярно, а други са инцидентни. Те имат разнообразни методологии, отнасят се за различни периоди и включват различен набор от държави. От тях може да се придобие обща представа за мястото на здравната система на България в сравнение със системите на други държави. В повечето случаи изборът на модел не е водещ при представянето на здравната система – в класациите по-долу може да се види, че различните модели на финансиране на здравната система имат представители както в горната, така и в долната част на класациите за качество и ефективност. Въпреки това обаче са налице общи тенденции и промените във финансовия модел се отразяват на индикаторите, включени в класациите.

---

## **(1) Обща оценка на Световната здравна организация на резултатите на здравните системи от 2000 г.**

Тази оценка на общото представяне на здравните системи включва 191 държави (членките на СЗО) по отношение на постигане на определен кръг от здравни ефекти от здравната система: *подобряване на здравето на населението, отговаряне на системата към очакванията на пациента, солидарност при финансирането и защита от финансов риск.*

България е на 102-ро място. В класацията прави впечатление, че страните със здравноосигурителни и с данъчни модели заемат поравно високите места. Сингапур е на завидното 6-то място.



## **(2) Индекс за достъп и качествено здравеопазване (Лансет) 2016 г.**

Класацията на „Индекс за достъп и качествено здравеопазване“, публикувана в списание Лансет класира 195 държави *на база на 32 заболявания, при адекватното лечение на които не би трябвало да настъпи смърт, например ваксинапредотвратими заболявания, инфекциозни болести, майчино и детско здраве и др.*

България е на 51-во място. Интересното на тази класация е, че тя не взема предвид разходите на системите, а единствено **резултатите от лечението.**

### **(3) Класация на Блумбърг за най-ефикасна здравна система 2018 г.**

Блумбърг оценява 56 здравни системи на база на два индикатора: **продължителност на живота и разходи за здравеопазване на глава от населението**. Тази относително проста методология дава възможност да се сравняват страните в зависимост от ефикасността на здравеопазването им. Включени са държави със средна продължителност на живота поне 70 г., БВП на глава от населението поне 5000 долара и население от поне 5 млн. Най-ефикасните здравни системи според тази класация са тези на Хонг Конг и Сингапур.

България е на последното 56-то място.

#### **(4) Европейски потребителски здравен индекс 2017 г.**

Европейският здравен потребителски индекс оценява здравните системи на европейските страни по множество и най-разнообразни показатели, свързани както със здравни индикатори, така и с индикатори за управлението и финансирането на здравните системи, а също и със защита на правата на пациента и превенцията. В доклада се посочва, че корелацията между изразходваните средства и здравните резултати е видна, но тя не съществува по отношение на разходите от една страна и достъпа/времето за изчакване, от друга.

България заема едно от последните места (33-то), най-вече поради липса на достатъчно добри здравни резултати, както и резултати по отношение на обхват и достъп до здравни услуги.

В заключение може да се каже, че като цяло осигурителните модели показват добри резултати и класиране.

В почти всички представени класации мястото на България е ниско, като слабото представяне се свързва повече с ниско качество на здравните услуги и слаби здравни резултати, отколкото с модела на финансиране на здравната система.

ЕС определя общи правила за защита на правата на социална сигурност, при движение на гражданите от една европейска страна в друга ([ЕС + Исландия, Лихтенщайн, Норвегия, Швейцария](#) и [Обединеното кралство](#)). Правилата за координация на системите за социална сигурност не заменят националните системи с една-единствена европейска система. Всички държави са свободни да решават кой трябва да се осигурява съгласно тяхното [законодателство](#), какви обезщетения да се предоставят и при какви условия.

### **За кого се отнасят тези правила?**

- Гражданите на [ЕС, Исландия, Лихтенщайн, Норвегия, Швейцария](#) или [Обединеното кралство](#), които се осигуряват или са се осигурявали в някоя от тези страни, и членовете на техните семейства.
- [Лица без гражданство или бежанци](#), пребиваващи в ЕС, Исландия, Лихтенщайн, Норвегия, Швейцария или Обединеното кралство, които се осигуряват или са се осигурявали в някоя от тези страни, и членовете на техните семейства.
- [Граждани на страни извън ЕС](#), които пребивават законно на територията на ЕС, и членовете на техните семейства.

## Четири основни принципа

1. За даден период от време вие се осигурявате съгласно законодателството на една страна, така че плащате вноски само в една страна. Институциите за социална сигурност решават чие законодателство се отнася до вас. Няма право да избирате.
2. Вие имате същите права и задължения като гражданите на страната, в която се осигурявате. Това е известно като принцип на равно третиране и недискриминация.
3. Когато подавате заявление за обезщетение, вашите предишни периоди на осигуряване, трудов стаж и пребиваване в други страни се вземат под внимание, ако е необходимо.
4. Ако имате право на парично обезщетение в дадена страна, по принцип можете да го получавате дори ако живеете в друга страна. Това е известно като принцип на прехвърляемост.

## Повече информация

От 1 май 2010 г. са в сила нови регламенти за координацията ([Регламенти № 883/2004 и № 987/2009](#)).