



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛОВДИВ
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”

ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ



КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ”

ЛЕКЦИЯ №6

**ЗА ДИСТАНЦИОННА САМОПОДГОТОВКА ПО УЧЕБНА
ДИСЦИПЛИНА**

„ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ СИСТЕМИ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „СОЦИАЛНИ ДЕЙНОСТИ”

ОБРАЗОВАТЕЛНО – КВАЛИФИКАЦИОННА СТЕПЕН

„ПРОФЕСИОНАЛЕН БАКАЛАВЪР“

РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ

**ТЕМА: ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ СИСТЕМИ В СТРАНИТЕ ОТ
ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ
И САЩ**

Разработил: Доц. д-р Пенка Стефанова, дм

гр. Плевен, 2020 год.

**Класификация на
здравноосигурителните системи
от гледна точка на финансирането им**

1. Модел на пряко заплащане от потребителите

При прякото заплащане от потребителя медицинската услуга се заплаща на лечителя без посредници – при извършването на услугата.

Лечителят (медицинско или немедицинско лице) оказва медицинска услуга на пациента при предварително договорена с него цена. Пациентът заплаща цената директно на лечителя без да ползува посредници. В икономически термини разглеждаме лечителя като “производител” на медицинската услуга, а пациента – като “потребител” – купувач на услугата.

2. Модел на бюджетно финансиране

Бюджетното финансиране представлява предварително събиране на данъчни (и други) вноски от гражданите в държавен (общински) бюджет, от който на лечителя се заплащат извършените медицински услуги.

Гражданинът плаща данъци, мита, такси, акцизи и др. на централния и на местните бюджети. Съответният бюджет заплаща ползваните от гражданина медицински услуги, когато той има потребност от тях-т.е., когато гражданинът стане пациент на лечителя. В друг вариант от бюджета се финансира дейността на цялата здравна институция, в която работи лечителят.

3. Модел на здравно осигуряване

Моделът се базира на сключен договор между осигурителя и осигурения. Договорът може да бъде сключен лично (в частното здравно осигуряване) или от представители на гражданите (институции на гражданското общество, синдикати и др.)- в задължителното държавно осигуряване.

4. Модел "Здравно-поддържаща организация"

Моделът интегрира в една институция функциите на лечителя и на осигурителя.

Моделът е наречен по названието на популярните в САЩ "здравно-поддържащи организации" (Health Maintenance Organization). При него една институция извършва и двете функции:

а) здравно осигуряване

б) предоставяне на медицински услуги в случай на заболяване.

Тази институция в общия случай е лечителят (индивидуално практикуващ лекар, медицински център, поликлиника, болница, мултиболничен комплекс и пр.).

Модел на здравно осигуряване с повишена персонална отговорност Сингапур

Здравното осигуряване се реализира от няколко припокриващи се взаимно допълващи се компонента, наречени схеми. Основната и единствено задължителна схема се нарича Медисейв (Medisave).

Най-интересни са философията и технологията на основната схема - Медисейв. Принципната схема на модела е сходна с тази на модела на здравното осигуряване изобщо. Схемата е въведена през 1984, предназначена е да помогне на гражданите да съберат достатъчно средства за заплащане на необходимите им медицински услуги.

Осигурителни вноски се внасят задължително и са пропорционални на доходите, и в зависимост от възрастта.

Вноските имат специфични отличителни черти, най-важната от които е, че те се събират в индивидуални сметки. Така във всеки момент вносителят знае с каква сума разполага. Този тип осигуряване се определя и като “медицински спестовни сметки”, което има своето основание, тъй като: те се олихвяват ;те се наследяват ; те могат да се използват за заплащане на медицински услуги както на осигурения, така и на членове на семейството му.

Паралелно с основната схема Медисейв, за покриване на специфични потребности функционират няколко допълнителни схеми.

Медишийлд (Медицински щит)

Създадена е през 1990 г. и е предназначена да осигури заплащане на разходите при сериозни и продължителни заболявания, които сметките в Медисейв не могат да покрият.

Медишийлд + (Медицински щит плюс)

Схемата осигурява заплащане на лечението на тези, които искат да се лекуват в по-висок клас публични болници или в частни болници. Вноските са 3-5 пъти по-високи от установените в Медишийлд.

Елдършийлд (Щит за старини)

От м. юни 2002 г. МЗ на *Сингапур* въвежда и тази схема. Чрез нея се осигурява заплащането на разходи, свързани с различна степен на инвалидност. МЗ е поканило две частни осигурителни компании да реализират схемата. В нея участват всички притежатели на индивидуални сметки в Медисейв. Включването става автоматично при навършване на 40-годишна възраст, освен при изричен отказ. Има два варианта на заплащане на участието – с годишни вноски или с еднократна вноска при първоначално включване в схемата. Вноските могат да се плащат и от сумите в индивидуалните сметки. Осигуряването е до живот.

Медицински фонд (Medifund)

Това е специална схема, създадена от държавата и предназначена да осигури предпазна мрежа за подпомагане на много бедни, живеещи на границата на жизнения минимум граждани, които, независимо от наличието на останалите схеми, не са в състояние да плащат за медицинско обслужване.

Персоналните искания за субсидия от схемата се разглеждат от специални комитети, чиито членове са медицински социални работници към болниците.

Предимства на модела

Моделът се отличава съществено от "класическите" модели на здравно и социално осигуряване

Първо - силно се стимулира личната отговорност на гражданите и в двата аспекта: а) за натрупване на средства; б) за тяхното пестеливо изразходване. От тази гледна точка моделът е най-силно либерален от всички разгледани (с изключение на модела на пряко заплащане, разбира се).

Второ - създадена е силна мотивация у осигурения гражданин и неговото семейство за избор на рационално здравно и оттук- социално поведение. Аксиоматично известно е, че рационалният начин на живот (бит, образование, режим на труд и почивка и много други) е пряко свързан със здравното състояние.

Трето - моделът "свързва" поколенията в рамките на семейството - от поведението на осигурения зависи дали и колко ще остане като наследство (в пряко парично изражение) за поколението му. Аналогично - от здравните навици, които той възпита в децата си, ще зависи до известна степен благосъстоянието на следващото поколение.

Недостатъци на модела

Моделът значително се отклонява от известните схеми на солидарност. Ударението е поставено върху персоналната отговорност. По тази причина и равенството в достъпа до отделните социални (в т.ч. и медицински) услуги е силно ограничено.

Ограниченията са в две посоки: а) достъпът до медицински услуги зависи в известна степен от натрупания размер на вноската, който пък зависи от доходите на индивида; б) потреблението на услуги и изборът между тях е предоставен на индивида. Например индивидът може да "пожертва" дадено неживотоспасяващо лечение и да го замени за някакво друго социално благо.

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

Съществуват четири основни типа здравни системи в света:

- **модел „Бевъридж“**, при който се осигурява здравна помощ за всички граждани, без значение на финансовото им състояние;
- **модел „Бисмарк“**, основан на базата на осигуряване от здравни фондове,
- **модел „Кенеди“**, според който здравеопазването е възложено на частния сектор;
- **модел „Семашко“** - характеризира се с това, че е напълно безплатна за ползвателите на здравните услуги.

Здравеопазването в Европа се характеризира с първите два модела, докато последният е разпространен главно в Азия и САЩ.

Моделът „Бисмарк“ (ограничен етатизъм) е кръстен на пруския канцлер Ото фон Бисмарк, който е създал социалната система като част от обединението на Германия през 19-ти век. При този модел е характерно наличието на един или множество от осигурителни фондове, които са независими от организационна гледна точка от болниците и медицинските заведения, които предоставят здравни услуги. Обикновено се финансират съвместно от работодатели и служители чрез приспадане от заплати. Моделът „Бисмарк“ е характерен за Германия, Франция, Белгия, Япония, страните от Източна Европа, както и в известна степен в страните от Латинска Америка. Като цяло тази система има повече поддръжници в Европа. България също избра този модел на здравеопазването при реформата на системата през 1998 г. и създаването на Националната здравна каса, която управлява средствата, събирани от здравните вноски.

Системата „Бевъридж“ (държавен монополизъм) е кръстена на името на Уилиам Бевъридж, дръзкия социален реформатор, който е проектирал Британската национална здравна служба. При тази система финансирането и осигуряването се извършва от една структура /правителството/ чрез данъчни плащания , т.е. процесите на финансиране и доставяне на услугата не са разделени и са напълно или частично свързани с една организация. Много, но не всички, болници и клиники са собственост на правителството. Някои лекари са държавни служители, но има и частни лекари, които събират своите такси от правителството. Тези системи са склонни да имат ниски разходи на глава от населението, защото правителството, като единствен платец, контролира това, което лекарите могат да направят и това, което те могат да се зарежда. Най-голямата такава система е Националната здравна служба във Великобритания. Системата се прилага и в Скандинавските страни, Италия, Испания, Португалия и Гърция, както и Куба.

Модел "Кенеди" (либерален плурализъм) е смесена система с превес на частните структури в здравеопазването и здравното осигуряване. Въведена е през 60-те години на двадесети век. Липсва задължителното здравно осигуряване с единна национална система, обхващаща цялото население. Характерно е широко приложение на пазарните принципи. Всички осигурени лица заплащат средна вноска в зависимост от вероятността за настъпване на съответни здравноосигурителни случаи. Ролята на държавата се свежда до гарантиране на медицинското обслужване на стари хора, социално слаби и ветерани от войната. Тази система е най-характерна за Съединените Американски Щати и Швейцария и част от Азия.

„Националният здравноосигурителен модел“ или така наречената система „Семашко“. Кръстена е на Николай Семашко – руски професор, лекар-интелектуалец и създател на здравноосигурителната система в СССР. Тази система има елементи и от двете Бевъридж и Бисмарк, но изключва възможността да има частни източници на здравеопазване. Държавата се явява монополист на здравния сектор. Тя използва доставчици на средства от частния сектор, но плащането идва от правителството. Това е напълно безплатна, но крайно неефективна здравна система. Тя е построена на принципа на универсалността, което ще рече че е достъпна до всеки пребиваващ в държавата, независимо от неговия социален статус и финансова обезпеченост. Всички здравни заведения са държавна собственост, а държавата плаща заплатите на професионалистите. Най-добрия пример за държава използваща такъв модел система е Канада. Тя е единствената страна от индустриално развитите, в която частното здравеопазване е напълно незаконно! Тук именно се крие и абсурдът в канадската здравна система и се намира едно от обясненията за неефективността ѝ. Други две държави, които също са адаптирани към тази система са Тайван и Южна Корея.

**АНАЛИЗ НА НЯКОИ ВИДОВЕ ЗДРАВНИ
СИСТЕМИ В СТРАНИТЕ ОТ
ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ**

Великобритания

Британската национална здравна служба е основния организатор на здравните услуги в Обединеното кралство. 8.4% от БВП се използва за здравеопазване. Здравеопазването е държавно. Разбира се има и частни болници, в които пациентите могат да си платят, но държавното здравеопазване е безплатно, макар че парите всъщност идват от данъци. С т.нар. National insurance number, което е национален осигурителен номер, всички работещи заплащат. Всеки гражданин е осигурен независимо от финансовото му положение. Съществуват 14 регионални здравни служби, 190 окръжни и над 90 семейни здравни служби, които осигуряват първичната помощ, а всички граждани са регистрирани при общопрактикуващи лекари. Това че британската здравна система е безплатна се явява и като нейния основен проблем. Тя се характеризира с много чакащи, сложна бюрокрация, ниска мотивация на здравните работници и всичко това отблъсква пациентите.

Във **Франция** имат универсална здравна система, която се финансира от гражданите, като вноската е на база доходите им. Здравното осигуряване е задължително за всички граждани и покрива 93% от публичните услуги. Вноската е 13.55% от заплатата, но огромната част – 12.8 на сто, се поема от работодателя, а за работника остават 0.75%. Така държавата успява да плати 70% от медицинските разходи на гражданите. Здравните каси са много, а собствеността им е и държавна, и частна. Една трета от болниците са частни и обикновено не се занимават със скъпо и сложно лечение. Франция е известна с две неща – огромните дефицити, които здравната ѝ система трупа и огромните си разходи за лекарства – тя и Гърция държат първите места в Европа по разходи за медикаменти. Във Франция има три типа болнични заведения: държавни, частни с нестопанска цел и частни със стопанска цел. Държавните болници там са автономни и управляват собствен бюджет, като имат определен таван на разходите. Частните болници със стопанска цел основно се специализират в конкретни области и им се налага определен целеви размер на разходите.

Германия има най-скъпата здравна система в Европа, но съвсем не във всички области на здравеопазването е номер едно. Използва се методът на „двойното финансиране“, т.е. капиталовите разходи се финансират от местното правителство, а текущите – от здравните фондове. Здравните разходи са 11 процента от brutния вътрешен продукт, което е значително над средния за Европа показател от 8,9. Законовата здравноосигурителна система е базирана на принципа на социална солидарност. В Германия здравното осигуряване също е задължително за всички, въпреки това 24% от разходите за здраве се плащат лично от пациентите. Държавната система покрива около 85% от населението.

Здравната система различава два вида осигуряване – социално и частно. При социалното осигуряване, размерът на вноските се изчислява според дохода, а при частното – основно според индивидуалния риск на заболяемост. Гражданите могат да избират от 200 фонда. Германците внасят 8% от доходите си за здравна осигуровка, работодателите им внасят също 8%. За деца медицинските грижи са платени от държавата.

Националната система на здравеопазване на **Италия** – ССН, е държавна структура, която осигурява на цялото население на страната безплатни медицински услуги. За нуждите на здравеопазването ежегодно се разходват 9.2% от БВП.

Основният източник на финансиране на италианското здравеопазване са средствата от държавния бюджет, които са общо 78.2% от общия бюджет за здраве на страната. Останалите 17.8% са доплащания от пациентите. 0.9% от бюджета са средствата от доброволно медицинско застраховане и още 3.1% са средства, постъпващи от извършване на неспециализирани здравни услуги. Основната част от здравния бюджет за формира от целеви данъци. Това е специалният национален данък върху приходите на компаниите, който е 3.9% от добавената стойност, а в някои отрасли и 4.82%. Организацията на здравеопазването е на 3 нива – държавно, регионално и местно.

Холандия често е сочена като страна с почти перфектен осигурителен модел. Там действа системата на управлявана конкуренция. Процентът от БВП, изразходван за здравни грижи е 9,8%. Всички резиденти и тези, които се облагат с подоходен данък, са длъжни да закупят стандартен здравен пакет. Системата се финансира както от общовалидни за всички вноски, така и от ставките, удържани от заплатите. Тези вноски се определят от частните осигурители, като вноските за един и същ осигурителен пакет са еднакви, без да се вземат предвид възраст и здравен статут. Ставките при осигурените от работодател са 6,9% от годишния доход, докато при тези, които са на частна практика, и тези, които не получават помощи за безработица, ставката е 4,8%.

Болниците са основно частни, но държавата планира болничната мрежа и само тя може да разреши появата на ново лечебно заведение. Интересното е, че заплащането в тази страна е твърдо планово и извън логиката на здравното осигуряване – в доболничната и болничната помощ се получават заплати, без никаква връзка с извършената и отчетена дейност, а болниците получават само бюджети, отново без връзка с преминали случаи.

Два са основните фактори за добрите резултати на страната:

- множество здравно осигурителни фондове, които действат в условията на свободна конкуренция и независимо от осигурителите на здравни услуги;
- наличие на добре структурирани организации на пациентите, които участват активно във вземането на решения на високо ниво заедно с професионалните лекарски организации.

Данните сочат **Дания** като здравен рай. Там системата се финансира от приходните данъци. Средно обаче те са над 44%. Здравеопазването се управлява от Държавната служба по здравеопазване и подопечните ѝ 16 областни съвета. Цялото население е обхванато в задължителното държавно здравно осигуряване, което покрива основните здравни услуги. Те са напълно безплатни, а гражданите имат свободен достъп до личния лекар или болницата.

В Дания основният механизъм за разпределение на ресурсите при финансирането на болниците се осъществява през националния бюджет. Болниците се финансират от местните съвети, които контролират дейността им и обикновено ги и притежават. В една област има по една централна голяма болница и няколко по-малки в общините.

Благодарение на отличното медицинско обслужване австрийската здравна система е една от най-добрите в целия свят. В **Австрия** здравната система се финансира в голямата си част от социално-осигурителни вноски и данъци, в една малка част и от частни средства, например такси за рецепти, самоучастие, заплащане на пари за дневен престой в болнични заведения или вноски от частни здравно-застрахователни фирми. За всички несамостоятелно заети лица съществува задължителната осигуровка. И голяма част от самостоятелно заетите лица са задължително осигурени. Здравноосигурителната вноска е 7,65% от brutния доход и се поделя между работодател и работник. Максималният месечен осигурителен праг е 4650 евро. От тези вноски се финансират амбулаторното лечение и субсидията към Държавния здравен фонд. Има електронна здравна карта, т.нар. e-card, която се издава безплатно за всички подлежащи на социално осигуряване в Австрия и техните семейства (над 99% от населението).

По-голямата част от населението на **Люксембург** се осигурява въз основа на задължителното здравно осигуряване, което е разделено на 9 социални фонда "Заболяване". Най-важната разлика в предоставянето на здравна помощ в сравнение с другите страни от ЕС е, че всички лекарски услуги се предоставят от независими практикуващи лекари. Финансирането идва главно от вноски в социалните фондове "Заболяване", които се разделят по равно (50:50) между работодател и служител и представляват общо около 5% от brutния доход. Заплащането на болниците (обществени и частни) се извършва от бюджета на фондовете.

В **Гърция** публичните разходи представляват 61 на сто от всички плащания за здраве. Паралелно с това обаче процентът от БВП, заделян за системата е 9.7% – над средния за ЕС, т.е. пациентите плащат от джоба си доста средства. Възможно е това да се дължи на доста странната организация на финансирането в тази страна. Там има задължително социално осигуряване, което се финансира от държавния бюджет и в по-малка степен – от здравни вноски на гражданите. Последните се осигуряват задължително в близо 300 фонда, които обаче не се избират свободно, а са по месторабота. Частният сектор е доста развит – той участва както във финансирането, така и в предоставянето на медицински грижи. Държавните болници се финансират основно от държавата и получават бюджети, а частните – от фондовете, като плащането е за ден престой, което провокира доста свръхразходи.

Ирландия

Финансирането на ирландската здравна система е предимно държавно (около 78%). Около 13,5% се финансира чрез доплащане на услугите. Основната част от средствата се осигуряват чрез данъчното облагане и специална здравна вноска от 1,25% от brutния доход. Тук правото на безплатно или частично платено обслужване се основава на платежоспособността на гражданите и на разделянето им на две категории-35% спадат към Първа категория – групите с най-ниски доходи и те не заплащат за получаването на здравни услуги. Мнозинството от 65% се отнася към Втора категория и или заплаща направо, или участва в доброволното осигуряване. Финансирането на болниците се извършва под контрола на Здравните съвети. Доброволните държавни болници (главно учебните болници) се финансират пряко от Министерството на здравеопазването.

Системата на здравното осигуряване в **Белгия** се гради върху задължително осигуряване на цялото население срещу малки и големи рискове. Наред с един държавен фонд съществуват пет взаимноосигурителни фонда с идеална цел, свързани с организации на религиозна или политическа основа. Медицинското обслужване се ползва с широка автономия, а здравните услуги се заплащат предимно директно. Системата е достигнала до свръхпредлагане на здравни услуги. Ролята на държавата се проявява в регулирането и отчасти финансирането на здравното осигуряване. Болничното обслужване се финансира директно от здравноосигурителните каси въз основа на бюджетен проект, който се изработва с оглед на легловия капацитет, дейностите от предходната година и специфични болнични характеристики. Около 35% от болниците са държавни, останалите са частни и собственост на здравноосигурителните фондове.

98.5% от населението на **Испания** се осигурява от обществената осигурителна система. 93% от тях се осигуряват от системата за задължително осигуряване, а 1% (с най-нисък доход) получават помощи от държавата. 4.5%, главно държавни служители, се осигуряват по специална осигурителна система. Около 17% от населението ползват допълнително доброволно частно осигуряване. До момента, 80% от финансирането се осигурява от държавата, чрез събиране на данъци, 18% е от здравноосигурителни вноски, поделени между работодателя и работника, а останалата част се финансира от други осигурителни системи.

Обществените болници към НЗС се финансират от предварително изготвен бюджет. Частните болници могат да участват в системите на Националното здравно осигуряване на базата на сключен договор или могат да събират свои средства. Цените на лекарствата са стриктно регулирани, въз основа на цените на материалите. Цените на лекарствата в Испания са сред най-ниските в ЕС.

В **Румъния**, страната с най-нисък процент от БВП, отделян за здраве, има задължително здравно осигуряване като вноската е цели 14%, които се делят по равно между работодателя и работника, а населението се осигурява в една здравна каса. В Румъния, подобно на България, с данъци от централния бюджет се финансират около 20% от системата – публични услуги като спешна помощ и инвестиции в държавните болници. Здравната система е подобна на българската – касата поема подобен пакет, доболничната помощ е разделена на джипита и специалисти, а болничната мрежа е предимно държавна с големи и по-малки многопрофилни и специализирани болници. Плащанията също са като в България.

Чехия има универсална здравноосигурителна система, която гарантира достъп до медицински грижи за всички граждани. Системата на здравеопазването в Чехия не е много добра. Имаме няколко каси, от които една е доминантна – около 75% от пациентите. Здравните заведения са 3 вида – държавни, акционерни дружества на отделните области и частни болници.

В **Швейцария** няма държавна здравна система. От 1994 година там действа универсална здравна система година чрез частни застрахователи. Здравната застраховка не е обвързана със заплатата. Гражданите могат да избират от различни частни планове, а тези, които не могат да си ги позволят кандидатстват за субсидия от държавата. Осигуряваните избират сред голям брой частни здравни каси (в момента те са около осемдесет) и могат всяка година да ги сменят, когато бъде обявен размерът на вноските им. Успехите на швейцарската здравна система се постигат с високи финансови разходи. Държавните разходи за здравеопазване като дял от БВП е сред най-високите в света – 10,7% и продължава да расте по-бързо от БВП. Механизмите за солидарност, прилагани в повечето европейски здравни системи, тук почти не съществуват. Поради липса на участие в здравното осигуряване от страна на работодателите, то не покрива заплатата в случай на отпуск по болест.

Здравеопазването в **Турция** има сложна структура, съчетаваща елементи на централизация и фрагментация. Управляващите и изпълнителните органи са много разнообразни по форма, структура, задачи и ефективност на работата им. Медицинските услуги се оказват от държавни, полудържавни и благотворителни организации, отношенията между които слабо се регулират. Великото народно събрание утвърждава петилетния план на развитие и отговаря за планирането и разпределението на финансовите средства в здравеопазването. Министерството обезпечава голяма част от първичната и специализираната медицинска помощ, както и цялата профилактична дейност. Финансирането се осъществява от три основни източника – правителствения бюджет, осигурителните вноски и отчисленията от парите, плащани на частни лекари. В болничния сектор 92,4% от леглата принадлежат на държавните учреждения.

Системата на здравеопазване на **САЩ** заема водещите позиции в света по много параметри, които се измерват в неоспоримите числови данни – това е факт „за“ съществуващата система.

- Първо място в света САЩ заемат по разходи за медицински услуги – приблизително 18% от БВП за 2013 година, което на глава от населението е над 9000 долара на година.
- Голяма част от Нобеловите награди в областта на медицината получават представители на САЩ. През 2011 година 18 от 25 лауреати.
- За последните 20 години половината от всички медицински препарати са създадени от американски специалисти.
- Днес САЩ заема 37-мо място в света по ниво на оказаната медицинска помощ, а по общото ниво на здравето на нацията 72-ро.
- САЩ е с най-лош показател за детска смъртност сред развитите страни – 41 място, а по-продължителност на живота американците са на далечното 51-во място в света.

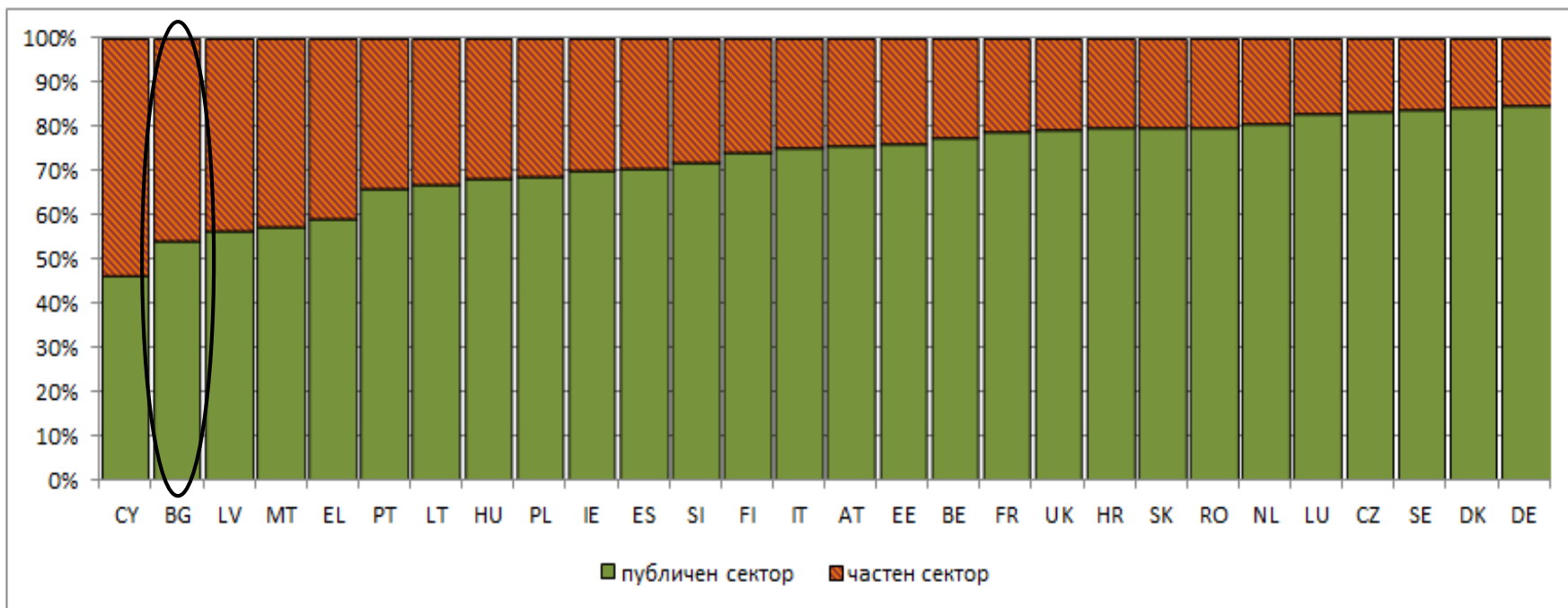
Здравеопазването на САЩ е обезпечено с най-съвременното медицинско оборудване, с лекарствените препарати и с разходните материали.

Медицинският отрасъл има силно лоби в правителството на САЩ, което спомага за решаването на различни въпроси, свързани с финансирането на системата, започвайки от милиардите, вложени в развитието на иновационни технологии и завършвайки с привличането на перспективни кадри от чужбина.

Лекарите в САЩ влизат в топ 10 на най-престижните, уважавани и високоплатени професии.

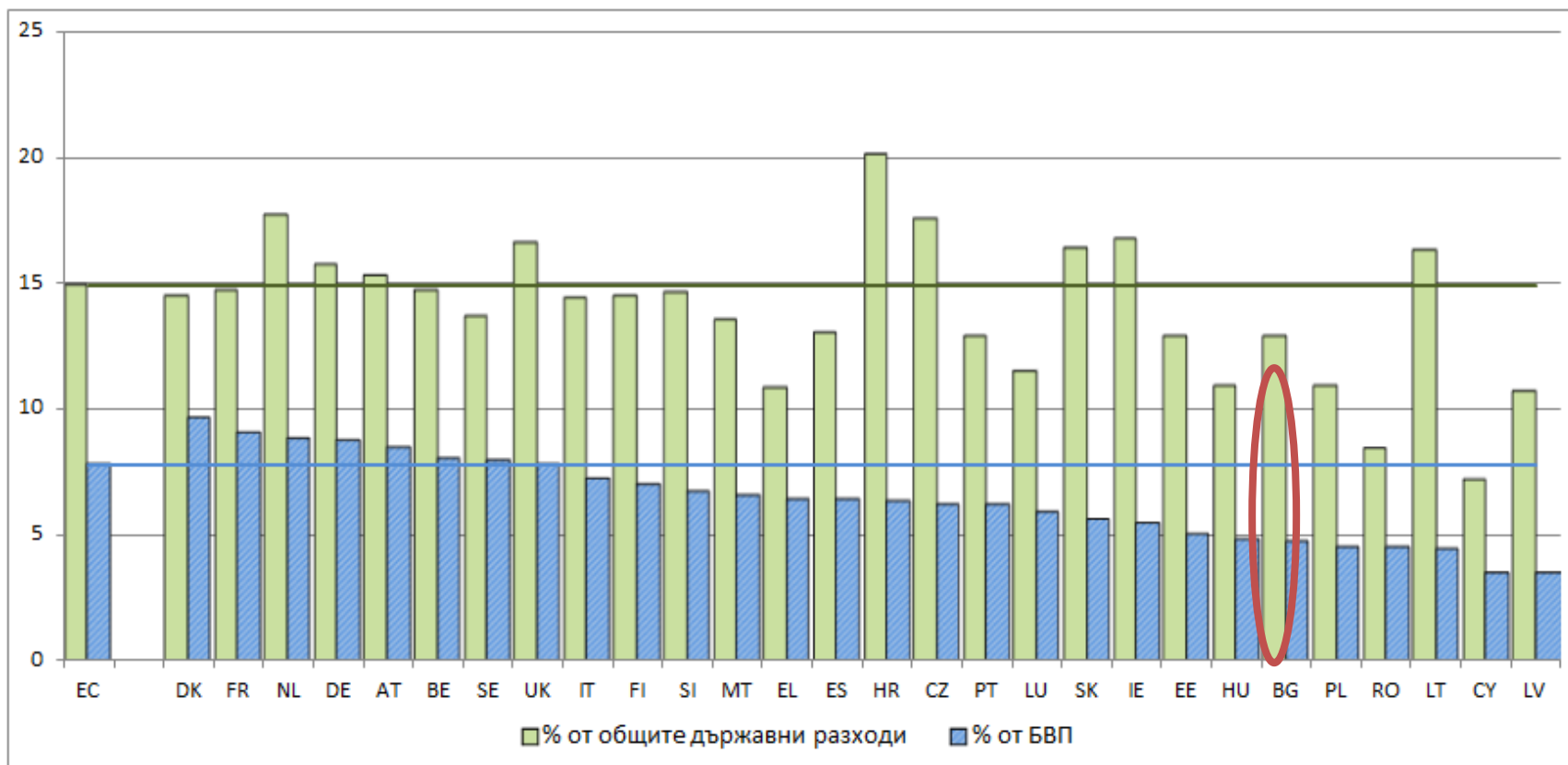
Пациентът в САЩ пряко участва в процеса на лечение, освен това там се съблюдава конфиденциалност и уважително отношение към болния.

В случаи на лекарски грешки се предоставят услуги на адвокати, които завеждат дела, в резултат на които се присъждат големи компенсации.



*Разходи за здравеопазване по финансираща институция -
Източник: ОИСР, Евростат, СЗО — 2016 г. или по-скорошни данни*

Публични разходи за здравеопазване



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.

Някои по-важни класации за оценка на здравните системи по света

СЗО		Лансет		Блумберг		ЕНСИ 2017	
1	Франция	1	Исландия	1	Хонг Конг	1	Холандия
2	Италия	2	Норвегия	2	Сингапур	2	Швейцария
3	Сан Марино	3	Холандия	3	Испания	3	Дания
4	Андора	4	Люксембург	4	Италия	4	Норвегия
5	Малта	5	Австралия	5	Южна Корея	5	Люксембург
6	Сингапур	6	Финландия	6	Израел	6	Финландия
7	Испания	7	Швейцария	7	Япония	7	Германия
8	Оман	8	Швеция	8	Австралия	8	Белгия
9	Австрия	9	Италия	9	Тайван	9	Исландия
10	Япония	10	Андора	10	ОАЕ	10	Франция
...
17	Холандия	18	Германия	12	Швейцария	12	Швеция
18	Великобритания	20	Франция	16	Франция	15	Великобритания
23	Швеция	22	Сингапур	22	Швеция	18	Испания
25	Германия	23	Великобритания	28	Холандия	20	Италия
37	САЩ	29	САЩ	35	Великобритания	27	Албания
...	...	...	...	45	Германия	...	...
102	България	51	България	...	...	33	България
...	...	...	...	54	САЩ	...	...
191	Сиера Леоне	195	Централна афр. република	56	България	35	Кипър

(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 ваксинопредотвратими 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.

Сравнителна таблица на схемите

Параметър	Осигурителни системи	Данъчно-базирани системи	Застрахователни системи	Здравни сметки
Покритие	Обикновено пълно	Пълно, автоматично	Частично	Частично
Набиране на приходи	От осигурителни вноски	От общи данъци	От застрахователни премии срещу риск	От спестявания
Ниво на разходите	Високо	Ниско	Много високо	Ниско
Управление на риска	От специален изравнителен (рисков) механизъм	Не се налага	На ниво схема/застраховател	От лицето
Договаряне	Конкурентно	Не се налага	Конкурентно	Не се налага
Пакет услуги	Ясно дефиниран, основен и допълнителен	Не е дефиниран	Ясно дефиниран, основен и допълнителен	Ясно дефиниран, основен и допълнителен
Достъп до услуги	За осигурените лица, но има множество схеми	Универсален за всички	Само за застрахованите, налични са схеми	В рамките на личните сметки до размера на
	за социална защита		за социална защита	спестяванията, налични са схеми за социална защита
Качество на грижата	Високо	Зависи	Високо	Високо
Овластяване на пациента	Високо	Ниско	Много високо	Много високо
Ограничаване /контрол на разходите	Затруднено	Улеснено - чрез тавани, бюджетни ограничения	Силно затруднено	Улеснено
Административни разходи	Високи	Ниски	Много високи	Ниски
Здравни резултати	Високи	Високи, но зависят от икономическото развитие	Високи, но неравномерни	Високи

Препоръки

На база на прегледа на най-добрите практики от ЕС и света може да се направи заключението, че качеството на здравните услуги и удовлетвореността от тях са правопрпорционално свързани с наличието на конкуренция в сектора и възможността здравноосигуреното лице (ЗОЛ) да избере своето застрахователно дружество и доставчик на медицински стоки и услуги. С други думи, реформирането на здравната система в България следва да има за цел въвеждане на конкуренция. Предвид липсата на детайлна и навременна информация за работата на здравния сектор в България на този етап могат единствено да се скицират общите характеристики на бъдещата система и да се очертае пътят към реформа в сектора. Детайлите, от своя страна, се нуждаят от пълна информация за работата на сектора, повече време за анализирането и обсъждането на данните, както и за провеждане на пилотни реформи.

Основните характеристики на бъдещата реформа следва да включват:

- Събиране и предоставяне в унифициран формат, позволяващ машинно обработване (без сканирани хартиени носители и pdf документи), на подробна информация за работата на доставчиците на амбулаторна и болнична помощ, както и за пазара на лекарствени продукти и медицински изделия - отговорна институция: Министерство на здравеопазването;
- Изготвяне на ясно дефиниран основен здравен пакет (ОЗП) от стоки и услуги, които се покриват от задължителното здравно осигуряване, на база на анализа на предоставената информация и актюерски разчети – отговорна институция: Министерството на здравеопазването с помощта на НЗОК и заинтересованите страни в сектора като асоциации на лечебни заведения, производители и търговци на лекарства и медицински изделия, пациентски организации и неправителствени организации;

- Включването на видовете и обема стоки и услуги в ОЗП следва да отговарят на четири основни изисквания:
 - да са от абсолютна необходимост;
 - да са ефективни;
 - да са разходно-ефективни;
 - да са непосилни за осигуряване от индивида;
- При включване на стоки и услуги в ОЗП следва да се търси баланс между желания здравен резултат и финансовата тежест на разходите за здравеопазване;
- Ясно дефиниране на това какви стоки и услуги са част от ОЗП, както и при какви условия и в какви граници ЗОЛ следва да доплащат за тях, и дейностите извън ОЗП, които ще бъдат обект на допълнително здравно застраховане или се финансират изцяло чрез директни плащания от ЗОЛ – отговорна институция: Министерство на здравеопазването;

- Оценяване на необходимите средства за покриване на разходите, свързани с ОЗП, както и приходоизточниците за финансирането им, включително задължителни здравноосигурителни и/или застрахователни вноски, финансиране от бюджета за групите, които се осигуряват за негова сметка, доплащания от ЗОЛ, социални плащания от бюджета за групи от обществото в неравностойно положение и т.н. – отговорна институция: Министерство на здравеопазването с помощта на Министерството на финансите, застрахователни дружества;
- Създаване на условия за конкуренция при задължителното здравно осигуряване – основен здравен пакет, така че всяко ЗОЛ да може да избере в кое здравно застрахователно дружество да се осигурява;
- Конкуренцията на ниво осигуряване изисква създаване на два допълнителни фонда – такъв за управление на риска, който да компенсира застрахователните компании за различния рисков профил на осигурените при тях лица, и такъв за гарантиране правата на ЗОЛ при неплатежоспособност на застрахователно дружество.

- Фондът за управление на риска получава средства от здравните вноски от работещите, трансфер от бюджета за обществените групи, които се осигуряват за негова сметка, както и други социални плащания. Този фонд превежда на застрахователните дружества средноаритметична здравна вноска за броя ЗОЛ осигурени в него плюс корекция за риска. Корекцията за риска се извършва на база на различни показатели като здравно състояние, пол, възраст, вид работа, хронични заболявания и т.н. и може да бъде както положителна, така и отрицателна. Критериите, които ще се включат в математическия модел за изравняване на риска, както и източниците на информация за тяхното изменение, следва да се обсъдят предварително от МЗ, НАП и застрахователните дружества;
- Въвеждане на медицински и финансови стандарти, съгласувани със заинтересованите страни, които да дават възможност за осъществяване на контрол;
- Застрахователните дружества са длъжни да застраховат всяко ЗОЛ при равни условия, като ЗОЛ ще има право да променя избора си на фонд в срок и при определени от закон условия;

- Застрахователните компании имат право на селективно договаряне с доставчиците на здравни стоки и услуги в ОЗП – по този начин се създава както конкуренция на ниво здравно осигуряване, така и на ниво предоставяне на здравни стоки и услуги;
- Застрахователните компании и доставчиците договарят цените, количествата и качеството на здравни стоки и услуги, които са част от ОЗП;
- Изграждане на цялостна информационна система, която да осигури прозрачност и възможност за контрол на работата на здравната система, включително:
 - лична електронна здравна карта, електронна рецепта, и др.;
 - унифицирана и сравнителна информация относно предлаганите от застрахователните компании цени и услуги;
 - унифицирана и сравнителна информация относно качеството на предоставяните здравни услуги, както и удовлетвореността на пациентите от тях

- Ограничаване на ролята на държавата до изготвяне на рамката за работа на сектора с цел да се осигури равнопоставеност между отделните участници и изпълняване на социални функции, когато това е необходимо;
- Увеличаване на средствата за социалните групи, които се осигуряват за сметка на държавата, изчислени на база 8% вноски върху средния осигурителен доход за съответния месец, вместо върху минималния осигурителен доход за самоосигуряващи се лица.
- Предприемане на мерки за решаване на проблема с неосигурените лица – точен анализ на причините за липса на осигуряване, дефиниране на отделни групи неосигурени лица в зависимост от тях, за всяка отделна група неосигурени лица- мерки за достигане на осигуряване, например за кои групи граждани държавата поема осигуряването (например крайно бедни лица) и при какви условия (например за какъв срок и в кои случаи), кои граждани държавата принудително издирва и налага санкции (например глоби и др.) за отказ от осигуряване, кои групи изобщо не следва да са обект на осигуряване (например дългосрочно пребиваване в чужбина) и др. Следва да се има предвид, че някои от тези мерки следва да са обект на други политики – например социална, образователна и др. Липсата на здравно осигуряване може да е следствие на други проблеми.