

Глава 7

ТИПОВЕ ИКОНОМИЧЕСКИ СИСТЕМИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

1. Класификации на здравните системи в света

Класифицирането на здравните системи е сложна задача. За решаването ѝ е необходимо да се идентифицират основните отличителни черти или параметри, които ги определят и дават възможност за сравнение между тях.

Някои изследователи обръщат изключително внимание на степента на участие на държавата в здравната система, други – на социалния контекст, а трети създават сложни системи от показатели.

Сред **основните параметри**, които се използват за характеризиране на здравните системи, са: обем на разходите за здравеопазване, финансиране, собственост на здравните заведения и институции, управление, структура, покритие, здравен персонал, нива на достъп, вид на предоставяните услуги, производителност, адекватност и др.

Повечето автори определят типологията на здравните системи на базата на един основен критерий – *источника за финансиране* на здравното обслужване. Според него традиционно се разграничават *три системи*:

- държавно-обществено здравеопазване (бюджетно финансиране);
- здравно-осигурителна система (финансиране чрез осигурителни фондове);
- здравеопазване с преобладаващ частен сектор (финансиране от частни фондове или директно от самите потребители).

Според други експерти, обаче, такава типология е едностранчива и ограничена, защото не отразява цялостния характер на здравната политика в дадена страна.

За по-цялостна типология на здравните системи е нужно да се изхожда от схващането за здравеопазването като сложна

социална система, включваща в себе си медицински и немедицински елементи.

Една от най-разпространените класификации на икономическите системи в здравеопазването (Majnoni d'Intignano, 1992; Saltman & Figueras, 1997) се утвърждава през 90-те години на 20 век и се подкрепя от СЗО. В нея се разграничават *четири самостоятелни типа икономически системи*.

Система “Семашко”

Съответства на централизираното планово стопанство, но в отрасъл здравеопазване. Това е система на държавния монополизъм (Попов, 1997), която се прилага в България и другите социалистически страни до 1989 г. Не съществува плурализъм в собствеността и формите на организация и финансиране. Здравните заведения са държавна собственост, управляват се централизирано и се финансират от държавния бюджет. Липсват неправителствени и непартийни демократични институции. Здравните дейности са ориентирани изключително към *предлагането* - екстензивно изграждане на здравна мрежа и подготовката на повече медицински специалисти, без необходимото технологично качество и внимание към индивида, неговите потребности и неговия избор.

Система “Бевъридж”

Тип смесено стопанство с доминираща държавно организирана и данъчно финансирана национална здравна служба при свободен достъп на всички. Има плурализъм във формите на организация и начините на финансиране и заплащане на труда, въвежда се и конкуренция в общественния сектор. Частният сектор е отделен от държавната система. Демократичните институции, включително съсловните организации, участват активно в регулирането на здравното обслужване.

Системата е ориентирана към търсенето, но не пренебрегва и формите на предлагането, особено на профилактични дейности. Прилага се във Великобритания, Испания, Португалия, Гърция и др.

Система "Бисмарк"

Смесено стопанство с наличие на *социална здравноосигурителна система* със задължително осигуряване, финансирано главно от вноски. В допълнение винаги има малък дял бюджетно финансирани здравни дейности, директно заплащане от пациенти и доброволно осигуряване. Здравните услуги се предлагат от обществени и частни здравни заведения. Частният сектор е широко развит в извънболничната здравна помощ. Прилага се в Германия, Австрия, Франция, Белгия, Холандия, както и в момента в България.

Система "Кенеди"

Смесено стопанство с доминиране на частното (доброволно) здравно осигуряване в съчетание с директно заплащане от клиенти и бюджетно финансиране на някои публични и социални здравни услуги.

Липсва задължително здравно осигуряване с единна национална система, обхващаща цялото население. Пазарните принципи се прилагат най-широко.

Ролята на държавата е да финансира здравното обслужване на стари хора, бедни и ветерани чрез федерални и щатски програми, да контролира качеството на медикаментите и здравните технологии, както и да съблюдава за спазване на антимонополното законодателство.

Демократичните институции участват активно при контрола върху качеството на здравното обслужване, при информирането на гражданите, при организирането на рейтинг на болниците и т.н. Прилага се в САЩ и Швейцария.

Прилики и разлики

Общото при трите типа смесено стопанство в здравеопазването ("Бисмарк", "Бевъридж" и "Кенеди") е, че те са плуралистични системи, в които държавата участва повече с косвено регулиране и по-рядко с пряко. Много от регулативните функции са делегирани на неправителствени демократични институции (съсловни организации, организации на пациентите, асоциации по акредитиране, агенции и др.).

Фундаменталното различие на смесените системи в здравеопазването от централизирания тип здравна система е, че те се явяват икономически системи с ориентация към търсенето.

2. Либерални и егалитарни възгледи за здравните системи

Когато се анализират здравните системи и се повдига въпроса за това кой е най-удачният модел, винаги трябва да се има предвид конкретна страна – нейните социално-икономически и културални характеристики, нейната история, нейните потребности и възможности. Добрата здравна система е тази, която предоставя целесъобразна технология и може да бъде финансирана от съответната държава. Няма общовалидни рецепти и една единствена най-добра система, тъй като светът е разнообразен.

Винаги обаче от ключово значение е определянето на ролята на държавата в здравната система. В този смисъл интерес представлява сравнителният анализ, който прави *Allan Williams* (един от най-известните здравни икономисти на 20 век) на теоретичните възгледи и практическото приложение в здравеопазването на две основни социални философии – *либерализъм* и *егалитаризъм*, различаващи се основно по степента на намеса на държавата в здравеопазването.

Либерализъм – социална философия, която се ангажира с личната свобода и равенството, като основни човешки ценности. Либералното управление се основава на свобода на мисълта, свободно обмяна на идеи, пазарна икономика, поддържаща частното производство и предприемачеството, прозрачност на управлението, ограничена власт на държавата.

Егалитаризъм – социална философия, която защитава премахването на икономическите неравенства между хората или концепцията за общество с равни възможности на членовете му по отношение на управлението и материалните блага, за гарантирането на които държавата има значителна роля.

В трите таблици, които следват са разгледани аргументите за здравната система от либерална и егалитарна гледна точка (Табл.7.1), характеристиките на една идеална здравна система според привържениците на двете противоположни идеологии

(Табл.7.2) и същността на реалните съревноваващи се здравни системи според мнението на техните опоненти (Табл.7.3). Привържениците на всяка от теориите са склонни да критикуват реалното функциониране (Табл.7.3) на противоположната и да идеализират характеристиките (Табл.7.2) на собствената си система. Така обаче те само поддържат риторичния дебат без да успеят да достигнат до решение на проблемите с ефикасността и справедливостта в здравеопазването, пред които са изправени всички страни в света.

Справедливостта в здравеопазването е преследване на максимално благополучие в рамките на наличните бюджетни ограничения, чрез по-равното разпределение на свързаните със здравето характеристики.

Таблица 7.1. Аргументи, характеризиращи либералната и егалитарната гледна точка

	Либерална гледна точка	Егалитарна гледна точка
Лична отговорност	Личната отговорност за постиженията е много важна, но се омаловажава, ако на хората се предлагат възнаграждения, които не са плод на техните усилия. Те отслабват мотивиращата сила, която осигурява икономическото благосъстояние и подкопават също и моралното благосъстояние, поради тясната връзка между моралното благосъстояние и положените лични усилия за успех.	Личният стремеж за постигане на успех е желателен, но икономическият провал не се приравнява на морален упадък и социална безполезнаост.
Социална загриженост	Социалният дарвинизъм диктува на пръв поглед жестоко безразличие към съдбата на тези, които не могат да се справят успешно. По-умереното мнение е, че благотворителността, изразена и осъществена за предпочитане под формата на частно	Частната благотворителност не се отрича, но се счита за потенциално рискована от морална гледна точка (защото може да унижи получателя и да поквари донора) и обикновено несправедлива. За предпочитане е да се

	дарителство е подходящото средство, но трябва да бъде упражнявано при внимателно определени условия. Например, потенциалният получател трябва първо да мобилизира собствените си възможности, а когато му се помага, трябва да е в по-неизгодно положение, отколкото ако се издържа сам (принципът на „по-неприемливото“ / <i>principle of “lesser eligibility”</i>)	установят социални механизми, които създават и поддържат самостоятелност с прецизни правила за упълномощаване, които да се прилагат безпристрастно и да са ясно формулирани от цялото общество.
Свобода	Свободата се разглежда като висше благо само по себе си. Принудата отслабва личната отговорност и доброволните прояви на социална загриженост. Централизираното здравно планиране и голямата роля на държавата във финансирането на здравеопазването са неоправдано ограничаване на свободата както на клиентите, така и на здравните професионалисти; поради което частната медицина се счита за крепостна стена срещу тоталитаризма.	Свободата е наличието на реални възможности за избор; въпреки че икономическите ограничения са по-малко принудителни от политическите, те често представляват ефективни бариери за избора. Свободата не е неделима, но може да бъде жертвана в дадено отношение, за да се получи по-голяма свобода в друго. Държавата не е външна заплаха за индивидите в обществото, а средство чрез което те постигат по-голям обхват на действие (т.е. по-голяма реална свобода).
Равенство	Равенството пред закона е водеща концепция като се дава категорично предимство на свободата пред равенството, в случай на конфликт между двете.	Тъй като единственото морално оправдание за използването на личните постижения като база за разпределение на възнагражденията е, че всеки един има равни възможности за такива постижения, главното ударение пада върху равенство във възможностите; там където това не може да бъде гарантирано, морална-

		та стойност на постижението е подкопана. <i>Равенството в здравеопазването е свързано със създаване на еднакви възможности за здраве и със свеждането на различията в здравето до възможния минимум.</i>
--	--	--

Източник: Williams, A. Priority setting in public and private health care: a guide through the ideological jungle. J of Health Econ 7:173-83. Copyright Elsevier, 1988.

Таблица 7.2. Идеални здравни системи

	Частни	Публични
Търсене	1. Индивидите са най-добрите съдници на собственото си благополучие. 2. Приоритети, определени въз основа на собственото желание и покупателна способност. 3. Непостоянен и потенциално катастрофален характер на търсенето, опосредствано чрез частно осигуряване. 4. Въпросите за справедливостта се уреждат другаде (напр. в данъчните или социално осигурителните системи).	1. Когато имат заболяване, индивидите често не са най-добрите съдници на собственото си благополучие. 2. Приоритети, определени въз основа на обществените преценки за потребността. 3. Непостоянен и потенциално катастрофален характер на търсенето, което става нерелевантно поради предлагането на безплатни услуги. 4. Поради това, че разпределението на доходите и богатството не е справедливо от гледна точка на потребностите от здравни услуги, системата трябва да бъде изолирана от влиянието му.
Предлагане	1. Печалбата е подходящият и ефективен начин за мотивиране на производителите да отговорят на търсенето (потребностите). 2. Приоритети, определени въз основа на желанието и покупателната способност на хората и от пределните	1. Професионалната етика и посвещаването в служба на обществото са подходящата мотивация, насочена към успешно лечение и грижи. 2. Приоритети, определени от преценката за постигане на най-големи подобрения в лечението и грижите при на-

	разходи за удовлетворяване на техните желания. 3. Производителите са силно мотивирани да въвеждат най-разходно ефективните методи.	личните ресурси. 3. Предварително определеният лимит на наличните ресурси стимулира производителите да въвеждат най-разходно ефективните методи.
Коригиращи механизми	1. Наличието на много конкуриращи се производители гарантира ниски цени, които отразяват разходите. 2. Добре информираните потребители могат да търсят най-разходно ефективната форма на лечение. 3. Ако на равновесната цена медицинската практика е печеливша, повече хора ще навлизат в медицинската професия и следователно предлагането ще отговаря на търсенето. 4. Ако обратното, медицинската практика не е печеливша, хората ще я напускат, или ще спрат да навлизат в медицината, докато системата се върне към състояние на равновесие.	1. Централизираното оценяване на дейностите генерира ефикасност. Одитирането на производителите на услуги и контрола върху управлението поддържат разходната ефективност на системата. 2. Добре информираните клиницисти предписват най-разходно ефективната форма на лечение за всеки пациент. 3. Ако има наплив към някои здравни заведения или специалности, към тях ще бъдат пренасочени допълнителни ресурси. 4. Здравни заведения или специалности, към които няма наплив ще бъдат съкращавани, за да освободят ресурси за алтернативна употреба.
Критерии за успех	1. Потребителите оценяват системата по възможността им да получат това, което търсят, когато, където и както го искат. 2. Производителите оценяват системата според печалбите, които реализират.	1. Електоратът оценява системата според степента, в която тя подобрява здравния статус на населението като цяло с разполагаемите ресурси. 2. Производителите оценяват системата според възможностите, които тя им предоставя за провеждане на лечения,

	които те считат за разходно-ефективни.
--	--

Източник: Williams, A. Priority setting in public and private health care: a guide through the ideological jungle. J of Health Econ 7:173-83. Copyright Elsevier, 1988.

Таблица 7.3. Реални здравни системи

	Частни	Публични
Търсене	1. Лекарите, играят ролята на агенти на пациентите и посредници при търсенето на здравни услуги от тяхно име. 2. Приоритети, определени от правилата за реимбурсиране на осигурителните фондове. 3. Тъй като частното осигуряване е дейност, целяща печалба, е неизбежно да има известно селектиране на риска, поради което покритието е непълно и неравномерно, изкривяващо личното желание и способност за плащане. 4. Опитите да се промени диференцираното разпределение на доходите и богатството срещат съпротива, тъй като унищожават стимулите (напр. възможностите за закупуване на повече и по-добра медицинска помощ от богатите).	1. Лекарите, играят ролята на агенти, които идентифицират потребностите от името на пациентите. 2. Приоритети, определени от професионалното положение на лекаря, неговата оценка за състоянието на пациента и предполагаемата склонност на пациента към създаване на проблеми. 3. Отсъствието на директно финансово участие в точката на получаване на услугата и на селектиране на риска дава възможност на пациентите за необосновано търсене на медицинска помощ. 4. Опитите за коригиране на неравенствата в социалната и икономическата система чрез диференциран компенсиращ достъп до здравни услуги може да насърчи използването на здравна помощ, там където е малко вероятно тя да бъде разходно-ефективна.
Предлагане	1. Това, което е най-печелившо за производителите може и да не отразява интересите на потре-	1. Личната професионална отдаденост и социалната мотивация може да деградира в цинизъм, ако останалите се облагодетелст-

	бителите, а липсата на яснота относно интересите на потребителите дава на производителите свобода на действие. 2. Приоритети, определени от степента до която потребителите могат да бъдат убедени да купуват здравни услуги и от разходите за удовлетворяване на модела на „търсене“. 3. Мотивът за печалба силно насърчава пазарното сегментиране и ценовото дискриминиране, както и обвързващите споразумения с други професионалисти.	ват лично от очевидно егоистично поведение. 2. Приоритети, определени от постигането на най-голямо професионално удовлетворение. 3. Тъй като разходната ефективност не се приема за присъща на медицинските специалисти отговорност, подобен натиск води само до напрежение между „професионалистите“ и „мениджърите“.
Коригиращи механизми	1. Използват се професионални етични правила с цел затрудняване на явната конкуренция. 2. Потребителите отказват информация за качеството и компетентността и след като са осигурени могат да заговорничат с лекарите (срещу осигурителите) повишавайки разходите. 3. Навлизането в професията е трудно и бройките са ограничени, за да се запази доходността. 4. Ако търсенето на услуги спадне, лекарите увеличават обхвата на дейностите	1. Малко са тези, които предоставят данни за разходите, изисквани за целите на остойностяването, така че рутинно се генерира малко полезна информация за разходите. 2. Клиницистите не знаят много за разходите, нямат директни стимули да работят с информацията, с която разполагат и понякога имат погрешни мотиви (напр. че намаляването на разходите може да усложни живота им или да намали възнаграждението им). 3. Много малко от лекарите знаят за сравнителната разходна ефективност на различни терапии и са предпазливи да действат с подобна информация, докато не излезе официален терапевтичен консенсус. 4. Постепенното изваждане от употреба на ненужните съоръжения е трудно, защото обикновено

	и изхвърлят от пазара близки дисциплини.	заплашва препитанието на концентрирана група от специалисти и определена група от хора, които са зависими от тях, докато бенефициентите са разпръснати и могат да бъдат идентифицирани само като статистически единици.
Критерии за успех	1. Потребителите оценяват системата въз основа на възможностите да намерят някой, който да извърши услугата от която се нуждаят без да ги лишава от медицинска помощ и/или да станат обект на неблагоприятна селекция на риска. 2. Производителите оценяват системата според печалбите, които реализират.	1. Тъй като най-лесният за измерване аспект на здравния статус е продължителността на живота, преобладават данни за смъртността и рисковете за смърт, а не за лечения, свързани с неживотозастрашаващи ситуации. 2. При липсата на точни данни за разходната ефективност, производителите оценяват системата по това, доколко им осигурява възможност да провеждат лечения, които считат за най-интересни и удовлетворяващи.

Източник: Williams, A. *Priority setting in public and private health care: a guide through the ideological jungle.* J of Health Econ 7:173-83. Copyright Elsevier, 1988.

Ключови понятия: здравни системи „Семашко“, „Бевъридж“, „Бисмарк“, „Кенеди“, либерални и егалитарни възгледи за здравната система, лична отговорност, справедливост, социална загриженост, свобода, равенство