



МИНИСТЕРСТВО НА ФИНАНСИТЕ

ФИНАНСИРАНЕ И УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

*ТЕОРЕТИЧНИ ОСНОВИ, МОДЕЛИ, ПРОБЛЕМИ И
ТЕНДЕНЦИИ*

Отдел „Микроикономически анализи“
Дирекция „Бюджет“

РЕЗЮМЕ	7
ЧАСТ ПЪРВА ПРЕГЛЕД НА УПРАВЛЕНИЕТО И ФИНАНСИРАНЕТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В ДРУГИТЕ СТРАНИ	29
ВЪВЕДЕНИЕ	31
I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА СЕКТОРА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	32
1. ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ОБЩЕСТВЕНОТО И ИНДИВИДУАЛНО БЛАГОДЕНСТВИЕ	32
2. ОСНОВНИ ЦЕЛИ И ПРИНЦИПИ НА ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	33
3. СОЦИАЛНИ ПРИОРИТЕТИ И ПАЗАР В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	35
II. ТЕОРЕТИЧНА ИКОНОМИКА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ	38
1. ТЕОРЕТИЧНА ИКОНОМИКА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	38
2. ТЕОРЕТИЧНА ИКОНОМИКА НА СОЦИАЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ	40
2.1. Социалното здравно осигуряване и постиндустриалното общество	41
2.2. Проинфлационна същност на социалното здравно осигуряване	41
2.3. Предлагането индуцира търсенето на здравни услуги	42
III. ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	45
1. Източници за финансиране на здравеопазването	45
2. Разходи за здравеопазване	46
3. Намаляване на разходите за здравеопазване чрез управление на търсенето и предлагането на здравни услуги	50
4. Увеличаване на ресурсите за здравеопазване чрез въвеждане на системи за споделяне на разходите	52
IV. ПРЕГЛЕД НА МОДЕЛИТЕ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	54
1. ФИНАНСИРАНЕ ЧРЕЗ ДАНЪЧНО ОБЛАГАНЕ	54
1.1. Великобритания	54
1.2. Публично финансирана система, комбинирана с елементи на здравно застраховане	57
1.3. Финансиране с местни данъци, съчетано с управление на доставчиците на здравни услуги от страна на органите на местната власт 58	
2. ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ЧРЕЗ СИСТЕМИ ЗА СОЦИАЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ ,	60
2.1. Социално здравно осигуряване заплащано от работодателя и служителя с множество неконкуrentни автономни схеми за осигуряване – Франция	60
2.2. Социално здравно осигуряване, което се заплаща от работодателя и служителя с множество конкурентни фондове – Германия, Холандия	62
3. СИСТЕМИ НА ЗДРАВНО ЗАСТРАХОВАНЕ	69
3.1. Задължително здравно застраховане, заплащано от всички граждани, конкуриращи се застрахователи и одобрен от правителството застрахователен план - Швейцария	69
3.2. Доброволно здравно застраховане, осигурявано от работодателите, в съчетание с данъчни субсидии – САЩ	71
3.3. Системи за частно здравно застраховане, които допълват или заместват системите за социално здравно осигуряване	74
3.3.1. Доброволно лично здравно застраховане със система от данъчни облекчения - Австралия	74
3.3.2. Доброволно частно здравно застраховане без или с много ограничени данъчни субсидии. Допълнително застраховане (Франция), заместващо застраховане (Германия, Холандия)	75
4. ДАНЪЧНО ЗАЩИТЕНА СИСТЕМА ОТ ЗАДЪЛЖИТЕЛНО УСТАНОВЕНИ ЛИЧНИ МЕДИЦИНСКИ СМЕТКИ, КОМБИНИРАНА С ЗАСТРАХОВКА ЗЛОПОЛУКА (СИНГАПУР) С РАЗШИРЕНА ПЕРСОНАЛНА ОТГОВОРНОСТ И ОБЩЕСТВЕНА ПОДКРЕПА	77
5. Изводи от прегледа на моделите на финансиране на системите на здравеопазване	80

V. КРАТЪК ПРЕГЛЕД НА СИСТЕМИТЕ ЗА СПОДЕЛЯНЕ НА РАЗХОДИТЕ В СТРАНИТЕ ОТ ЕС	82
VI. РАЗВИТИЕ НА СОЦИАЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ	89
1. ОСНОВНИ ПРОБЛЕМИ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ МОДЕЛИ НА СОЦИАЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ И ТЕНДЕНЦИИТЕ В ТЯХНОТО РЕФОРМИРАНЕ	89
2. УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИТЕ МОДЕЛИ В РАЗВИТИТЕ СТРАНИ	90
2.1. <i>Гарантиране на принципа на солидарността</i>	91
2.2. <i>Модел за улавяване на риска</i>	93
2.3. <i>Регулиране на договарянето</i>	95
2.4. <i>Купуване на здравни услуги в неконкурентна среда</i>	96
2.5. <i>Създаване на реално действаща конкурентна среда</i>	96
3. ЕФИКАСНОСТ НА СИСТЕМИТЕ ЗА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В ЕВРОПЕЙСКИТЕ СТРАНИ	96
4. ОСНОВНИ ПРОБЛЕМИ, АСОЦИИРАНИ СЪС ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ В СТРАНИТЕ С НИСКИ ДОХОДИ	98
VII. ПРЕГЛЕД НА ФИНАНСИРАНЕТО НА ОТДЕЛНИТЕ ПОДСИСТЕМИ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	100
1. ФИНАНСИРАНЕ НА ДОБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ	100
1.1. <i>Организация на доболничната (извънболничната, първичната) помощ</i>	100
1.2. <i>Регулиране на пазарното поведение на общопрактикуващите лекари</i>	101
1.3. <i>Финансиране на първичната помощ</i>	102
1.4. <i>Тенденции в развитието и финансирането на първичната помощ</i>	103
1.5. <i>Организация и финансиране на първичната помощ в някои страни</i>	105
2. ФИНАНСИРАНЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ	110
2.1. <i>Организация на болничната помощ: теория и практика</i>	110
2.2. <i>Регулиране на пазарните взаимоотношения в болничната помощ</i>	112
2.3. <i>Общи модели за финансиране на болничната помощ</i>	113
2.4. <i>Модел за финансиране на болничната помощ в различни страни</i>	119
3. ФИНАНСИРАНЕ НА РАЗХОДИТЕ ЗА ЛЕКАРСТВА	133
3.1. <i>Регулиране на фармацевтичната индустрия в Европа</i>	134
3.2. <i>Мерки за регулиране на пазара на лекарства</i>	135
<i>Мерки от страна на търсенето</i>	136
<i>Мерки от страна на предлагането</i>	136
3.3. <i>Мерки за регулиране на пазарното поведение на компаниите – производители на лекарства</i>	142
3.4. <i>Споделяне на разходите за лекарства</i>	143
VIII. КОРУПЦИЯТА КАТО ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО ПРЕД ЕФЕКТИВНОТО УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	147
1. ФОРМИ НА КОРУПЦИЯ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	147
1.1. <i>Подкупи</i>	147
1.2. <i>Кражби</i>	148
1.3. <i>Корупция на ниво политика и бюрокрация</i>	150
1.4. <i>Злоупотреба с информация</i>	150
2. ВЛИЯНИЕ НА КОРУПЦИЯТА	151
3. ПОЛИТИКА ЗА ОГРАНИЧАВАНЕ НА КОРУПЦИЯТА	151
IX. ЕФЕКТИВНОСТ И ЕФИКАСНОСТ НА РАЗХОДИТЕ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	154
1. МЕТОДИ ЗА АНАЛИЗ НА ЕФЕКТИВНОСТТА В ПУБЛИЧНИЯ СЕКТОР	154
2. АНАЛИЗЪТ РАЗХОДИ-ЕФИКАСНОСТ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	156
3. ПОДХОДЪТ НА СВЕТОВНАТА ЗДРАВНА ОРГАНИЗАЦИЯ	159
ЧАСТ ВТОРА КОНЦЕПТУАЛЕН ПРЕГЛЕД НА УПРАВЛЕНИЕТО И ФИНАНСИРАНЕТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ	165
ВЪВЕДЕНИЕ	167
ОБЩИ КОНСТАТАЦИИ ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ	168

I. ОБЕКТИВНИ ПРЕДПОСТАВКИ ЗА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ	169
1. ИКОНОМИЧЕСКИ УСЛОВИЯ ОБУСЛАВЯЩИ СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ..	169
1.1. <i>Макроикономическа обстановка</i>	169
1.2. <i>Социална и демографска среда</i>	170
1.3. <i>Пазар на труда</i>	171
1.4. <i>Доходи на населението</i>	173
1.5. <i>Влияние на пазара на труда и доходите на населението върху развитието на здравната система</i>	174
2. ИКОНОМИЧЕСКА ПРИРОДА НА СИСТЕМАТА ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В БЪЛГАРИЯ	175
2.1. <i>Обективни проблеми на здравноосигурителната система в България</i> <i>175</i>	
2.2. <i>Ефекти от функционирането на конкретния здравноосигурителен модел</i> <i>176</i>	
II. СИСТЕМА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В БЪЛГАРИЯ – КРАТЪК ПРЕГЛЕД	179
1. УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	179
1.1. <i>Развитие на нормативната база на здравеопазването</i>	179
1.2. <i>Развитие на управлението на здравната система</i>	181
2. РАЗВИТИЕ НА УПРАВЛЕНИЕТО НА ДЕЙСТВАЩИЯ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛЕН МОДЕЛ	182
2.1. <i>Установяване на системата на здравно осигуряване</i>	182
2.2. <i>НЗОК, съсловните организации и договарянето</i>	186
2.3. <i>Качеството в действащия здравноосигурителен модел</i>	188
III. ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ	196
1. ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ ВНОСКИ	196
2. БЮДЖЕТНО ФИНАНСИРАНЕ	198
3. ПРЕКИ ПЛАЩАНИЯ	199
4. ЗДРАВНИТЕ ЗАСТРАХОВКИ	206
IV. ОРГАНИЗАЦИЯ, УПРАВЛЕНИЕ И ФИНАНСИРАНЕ НА ПОДСИСТЕМИТЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ	207
1. ОРГАНИЗАЦИЯ И ФИНАНСИРАНЕ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА И НА СПЕШНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ	207
1.1. <i>Организация на първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)</i>	207
1.2. <i>Финансиране на първичната извънболнична медицинска помощ</i>	209
1.3. <i>Организация и финансиране на медицинска помощ при спешни и неотложни случаи</i>	218
1.4. <i>Организация и финансиране на специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП)</i>	223
1.5. <i>Първична извънболнична стоматологична помощ (ПИСП) и Специализирана извънболнична стоматологична помощ (СИСП)</i>	230
2. БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ (БМП)	231
2.1. <i>Организация на болничната помощ</i>	231
2.2. <i>Финансиране на болничната помощ</i>	232
2.3. <i>Проблеми на финансиращите механизми в сектора на болничната помощ</i> <i>235</i>	
3. ФИНАНСИРАНЕ НА ЛЕКАРСТВАТА	238
3.1. <i>Законово регулиране на лекарствения сектор</i>	239
3.2. <i>Внос и износ на лекарствени средства</i>	240
3.3. <i>Търговия на едро</i>	241
3.4. <i>Търговия на дребно</i>	243
3.5. <i>Механизми за регулиране цените на лекарствените средства от страна на държавата</i>	246
V. НЕФИНАНСОВИ РЕСУРСИ И ЕФЕКТИВНОСТ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА В БЪЛГАРИЯ	252
1. РЕСУРСИ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	252
2. ЕФЕКТИВНОСТ НА ИЗПОЛЗВАНЕТО НА РАЗПОЛАГАЕМИТЕ НЕФИНАНСОВИ РЕСУРСИ ..	259
3. ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО И ТЕНДЕНЦИИ В ЗАБОЛЕВАЕМОСТТА	261

3.1. Демографски и социално-икономически показатели за ефективност на здравните системи – демографски тенденции, заболяемост и смъртност.....	261
3.2. Показатели за смъртност.....	262
3.3. Показатели за заболяемост, инвалидност и хоспитализация.....	270
VI. ПОДОБРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВОТО УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ	275
1. МЕРКИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ ФИНАНСОВОТО УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	276
2. КРАТКОСРОЧНА КОНЦЕПЦИЯ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ ФИНАНСИРАНЕТО НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	277
3. РАЗВИТИЕ НА МОДЕЛА НА ВСЕОБЩО ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В ДЪЛГОСРОЧЕН ПЛАН	283
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	287
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	289
ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА	297

Резюме

Настоящият анализ представлява икономически и финансов независим преглед на тенденциите във финансирането и управлението на здравеопазването в развитите страни и в България в последните години. Този преглед се извършва на концептуално икономическо и финансово ниво и не третира специализираната здравна проблематика. Целта му е даде максимално обективна представа за общото състояние и потенциала на здравеопазването в България, както и за най-наложителните промени в него.

В разработката широко са разгледани теорията и практиката на финансирането и управлението на публичните здравни системи в другите страни. По този начин обективно може да се очертае мястото на българската здравна система, както и какво е добре да бъде направено, с цел подобряване качеството и ефективността на българското здравеопазване.

Здравеопазването е сложна система, която включва в себе си дейности по управление, финансиране и предоставяне на здравни услуги, целящо подобряване на здравния статус на населението на страната. Съвременната здравна система се базира на принципите на солидарността, правото на избор и ефективност при изразходване на ресурсите на системата и по своята същност има както социални, така и икономически характеристики. Ролята на държавата в здравеопазването в повечето страни все още е първостепенна, въпреки че тенденциите в света са към все по-голямо либерализиране на пазара на здравни услуги и въвеждане на конкуренция.

Теоретична икономика на здравеопазването

Настоящият анализ на системата се концентрира върху икономическите аспекти на здравеопазването. Пазарът на здравни услуги има специфични икономически характеристики, които го правят уникален:

- висока степен на диференциация и хетерогенност на здравния продукт, която прави трудно стандартизирането и управлението му;
- информационна асиметрия, която поставя пациента в подчинена позиция и създава условия за морален хазарт, както и предпоставки за свръхпотребление на здравни услуги;
- пазарът на здравни услуги е монополистично конкурентен и не съдържа обективни механизми за уравнивяване позициите на отделните участници
- обективна тенденция на маркетизация на здравните системи, меркантилизация на лекарския труд, която предопределя растящата стойност и цена на здравните услуги
- налага се държавата да прилага силни регулации, които не винаги са адекватни на сложната природа на пазара на здравни услуги

Поради тези причини се говори за квази-пазар в здравеопазването.

Икономика на социалното здравно осигуряване

Социалното здравно осигуряване е доминиращ модел за предоставяне на здравни услуги в страните в Европа. Този модел е избран и в България и поради тази причина в разработката са разгледани неговите основни теоретични и практически

характеристики. Моделът представлява система, при която всеки гражданин на обществото е задължен на солидарен принцип да участва с редовни вноски, свързани с дохода на лицето, но не и с обема от здравни грижи, които лицето получава при необходимост. Вноските се управляват от независими публични или частни организации, натоварени с нормативно определена отговорност. Функциите по финансирането на здравните услуги и тяхната доставка са отделени.

Социалното здравно осигуряване има определени обективни несъвършенства:

- Проинфлационна същност: здравните вноски не са обвързани с реалната цена на доставяните здравни услуги, при което има тенденция към обективно повишаване цената във времето. Свърхпотреблението на здравни услуги също допринася към постоянното повишаване на цените и оттам – на разходите за здравеопазване.
- Индуцирано търсене: то се реализира поради информационната асиметрия на пазара на здравни услуги между пациент и лекар, между осигурителна институция и пациент, в резултат на които се укрепва водещата позиция на доставчиците на медицински услуги при определяне обема на потреблението на пазара.
- Плащането на доставката на здравната услуга не е свързано с качеството на услугата, като следствие от финансовия механизъм за изравняване на потреблението
- При поддържане на доминиращо положение на изпълнителите на медицинска помощ при определянето на държавната политика в здравеопазването, в управлението на здравноосигурителните фондове и върху болничния мениджмънт се формира т.нар. „пълнен професионален модел”

Финансиране на здравеопазването

Източниците на финансиране на системата могат да са следните (обособени в две основни групи – публични и частни средства):

- ✦ Данъци
- ✦ Средства от системата за социално здравно осигуряване
- ✦ Средства от частни здравноосигурителни фондове
- ✦ Лични средства на гражданите

Най-често в системите на финансиране на системите се наблюдават комбинации между отделните източници в различни съотношения. Причината е, че държавата задължително запазва ролята си във финансирането на здравеопазването, дори и в ограничени размери при някои системи. Делът на всеки източник на финансиране дава представа за конкурентната структура на системата и дефинира основните видове модели на здравеопазване, които се прилагат в света.

Разходите за здравеопазване са съществен фактор при разглеждане на системата на здравеопазване на една страна. Поради факта, че оказват влияние върху конкурентоспособността и потенциала за развитие на нацията, икономически развитите страни в света поставят приоритет върху финансирането на сектора. Здравеопазването има един от най-високите дялове както в размера на публичните разходи, така и като част от БВП за страните от ЕС.

От общите разходи за здравеопазване средно около 75-76 % се финансират от публични източници, което е в резултат от функциониращите в тези страни системи за социално здравно осигуряване. В страните от Източна Европа и Гърция делът на публичните разходи за здравеопазване е по-нисък от този на страните в Централна и Западна Европа, което се дължи както на по-ниската степен на развитие на здравноосигурителните системи в тези страни, така и на по-ниското благосъстояние на икономиките им.

Една от основните тенденции в развитието на разходите за здравеопазване в световен мащаб е тяхното постоянно и стабилно нарастване, дължащо се на бързото развитие на технологиите, нарастването на обема и цените на здравните услуги и застаряването на населението.

Управлението на търсенето и предлагането на пазара на здравни услуги, с цел намаляване на разходите за здравеопазване, се различава от това в останалите сектори поради факта, че здравният пазар е естествен монопол и ценовите механизми, характерни за останалите стокови пазари, имат ограничено приложение. Често срещан проблем е свръхтърсене на здравни услуги, което в много случаи е индуцирано от страна на доставчиците. Регулирането на търсенето и предлагането на здравни продукти е свързано с решаване на възникналите проблеми чрез разнообразни мерки от законодателно, организационно и финансово естество.

Управлението на предлагането се основава на стриктен контрол върху доставчиците на медицински услуги, задаване на тавани на разходите и пр. По отношение на търсенето се набляга на развитие на индивидуалните здравни компетентности на потребителите на здравни услуги, и рационализиране предоставяне на здравните услуги в посока предимно към първичната медицинска помощ.

Директните плащания от страна на потребителите на медицински услуги са важен източник за финансиране на здравната система. Тяхната значимост като обем и широкото им разпространение е довело до регламентирането този вид плащания в различни системи за споделяне на разходите (cost-sharing systems).

Плащанията от потребителите на медицински услуги могат да се обобщят в две големи групи – пряко и непряко споделяне на разходите.

Прякото споделяне на разходите включва:

- ✦ Фиксирано доплащане – универсална такса или такса за услуга;
- ✦ Пропорционално доплащане – процент от пълната такса;
- ✦ Франшиза (начално плащане, deductible) – първоначално плащане за услугата преди да влезне в действие осигурителното покритие;
- ✦ Балансиращо доплащане – допълнителна такса, която доставчикът налага в допълнение към плащането, получено от осигурителната организация.

Непрякото споделяне на разходите включва всички плащания за услуги, които не са включени в пакета, осигурен от финансиращата организация.

Преглед на моделите на финансиране на здравеопазването

В зависимост от степента на участие на държавата във финансирането и предоставянето на здравни услуги, могат да се обобщят три основни типа **системи на финансиране**:

1. *системи на частно здравно застраховане с частни доставчици на услуги (модел на частни застрахователи/доставчици)*

2. *социално здравно осигуряване със смесена система от частни и държавни доставчици (модел на публичен договор)*
3. *системи, финансирани чрез общи данъци, с държавна собственост върху доставчиците (публично – интегриран модел)*

Рядко се среща система в чист вид, в повечето случаи се прави разумна комбинация между отделните източници на финансиране, която да е адекватна на социално-демографските и културните условия в страната.

В Европа са представени два вида модели: социално здравно осигуряване и публично интегрирани системи на здравеопазване. Липсва модел на доброволно здравно застраховане и поради тази причина анализът се съсредоточава най-вече върху представителите на тези видове модели.

Конкретният преглед на **моделите на финансиране** на здравеопазването, извършен в настоящия анализ, се основава на няколко базисни критерия за ефикасност: ценова адекватност, социална солидарност, удовлетвореност, качество, клинична автономия, финансиране, адекватност към пациентите, фискална жизненост. На тяхната основа са разгледани следните модели на финансиране: финансиране чрез данъчно облагане; финансиране с местни данъци; социално осигуряване с множество неконкурентни автономни схеми за осигуряване; социално здравно осигуряване с множество конкурентни фондове; задължително здравно застраховане; доброволно здравно застраховане; доброволно лично здравно застраховане със система от данъчни облекчения; застраховка злополука заедно с данъчно защитена система от лични медицински сметки; доброволно частно здравно застраховане (допълнително и заместващо).

Независимо от конкретните модели за управление и финансиране на здравеопазването във всички разгледани страни се констатира, че здравните модели подлежат на постоянно развитие и усъвършенстване. Усилията са насочени към съчетаване на изискванията за спазване на принципа за солидарността и въвеждане на пропазарни регулации, с цел смекчаване на обективните несъвършенства на пазара на здравни услуги. Конкуренцията на пазара на задължителното здравно осигуряване се съчетава с прилагане на системи за разпределение на риска и предотвратяване на рисковата селекция на потребителите.

Повечето от страните развиват плуралистичната структура на доставчиците на здравни услуги, като стимулират както развитието на задължителното здравно осигуряване, така и допълващото здравно застраховане за определени категории потребители. Развиват се системите за споделяне на разходите и програмите за подпомагане на потребителите с по-нисък материален статус.

Особено динамично е развитието на здравните системи в Германия и Холандия, където плановете за следващите години предвиждат редица мерки за засилване позицията на пациента и на конкуренцията на осигурителния пазар между здравноосигурителните фондове и между доставчиците на медицински услуги

Основният извод, който може да се направи от прегледа на отделните модели на финансиране, е, че изборът на модел за финансиране на здравната система в една страна не оказва пряко влияние върху нейното качество и удовлетвореността на пациентите от здравеопазването. Те зависят в много по-голяма степен от организацията на системата и нейната способност да отговаря на нуждите на потребителя.

Преглед на системите за споделяне на разходите в страните от ЕС

В европейските страни за разлика от САЩ пациентските такси са малък дял от общите разходи за здравеопазване. Създадени са и редица схеми за разпределение на риска, които да смекчават действието на финансовите ефекти от недоброто здраве на пациентите. Повечето европейски страни поставят акцента върху схеми, които са публично финансирани чрез социалноосигурителни вноски и данъци. Въпреки това всяка страна от ЕС има действаща система за споделяне на разходите, чиято основна цел е да дисциплинира потребителите на здравни услуги и по този начин да ограничи свръхпотреблението на тези услуги.

Направените изследвания на системите за споделяне на разходите в страните от ЕС разкриват някои общи тенденции.

Първо, лекарствата са основната област на споделяне на разходите във всички страни, като в повечето случаи това е под формата на пропорционално доплащане с диференцирана норма за различните продукти.

Второ, методите за споделяне на разходите в системата на първичната извънболнична помощ варират между страните, като основните форми отново са пропорционалното и фиксираното доплащане.

Трето, в системата на специализираната извънболнична помощ повечето страни от ЕС използват някакъв механизъм на споделяне на разходите, който почти изцяло съвпада с механизма, прилаган в системата на първичната извънболнична помощ.

Четвърто, по отношение на болничната помощ като доминираща практика се очертава използването на система с фиксирано доплащане за престой на ден с таван на броя на дните, за които пациентът следва да доплаща.

Пето, стоматологичните услуги се смятат за периферни на системата на публично здраве и затова доплащанията в тази система са най-големи. В някои държави (Белгия, Италия и Португалия) подсистемата на стоматологичната помощ е изцяло частна и пациентите поемат пълните разходи за получените услуги.

Шесто, всички страни от ЕС имат някакви системи за облекчения на преките плащания, включващи населението до 18 годишна възраст, хората с ниски доходи, възрастните хора, хронично болните и инвалидите.

Въпреки широкото развитие на системите за споделяне на разходите, резултатите от изследванията, касаещи ефективността и справедливостта на тези системи, са двусмислени. Най-силният аргумент за въвеждане на система за споделяне на разходите в здравеопазването е, че с нея се повишава прозрачността и се заменят част от нерегламентираните плащания с регламентирани такива, с което се намалява корупцията в сектора.

Развитие на социалното здравно осигуряване

Развитието на здравноосигурителните системи се налага от наличието на няколко основни проблема:

- ✦ Високите разходи за функционирането им;
- ✦ Нарастващия дефицит и опасността от банкрут на здравноосигурителните фондове;
- ✦ Неудовлетворителното качество на предоставяните на гражданите здравни услуги.

Причините за тези проблеми се крият основно във:

1. фрагментацията на здравните схеми;
2. пасивността на финансиращия механизъм, целящ поддържане на принципа на солидарността;
3. липсващата връзка между реалната стойност и цената на здравната услуга, което стимулира свръхпотреблението;
4. невъзможността на държавата да упражнява всеобщ контрол върху системата;
5. частните здравноосигурителни фондове нямат големи стимули и възможности да контролират здравните разходи - осигурителните дружества могат да намалят разходите за определени видове медицинска помощ, но не са в състояние да накарат лекарите да третират пациентите по различен начин в зависимост от здравноосигурителния фонд, в който са осигурени..

С оглед на описаните проблеми и пораждащите ги причини, основните моменти в развитието на здравноосигурителните системи са насочени към превръщането на финансиращите институции в икономически мотивирани субекти, които активно да купуват здравни услуги, да събират информация за потребностите на своите клиенти, да планират най-ефективните медицински разходи и да се договарят селективно с най-добрите доставчици на здравни услуги.

Трансформирането от финансиране към купуване на услуги създава пазарен натиск върху поведението на субектите и ги превръща в активни предприемачи. Съществуват няколко механизма за въздействие върху това поведение:

1. Създаване на потребителски избор – възможността потребителите да избират и променят фонда, в който са записани, създава натиск върху осигурителните дружества да обслужват добре своите клиенти.
2. Самостоятелно определяне на премиите или включване на допълнителни услуги към предлаганите пакети.
3. Договаряне с доставчиците – отнася се до организацията на работа на здравноосигурителното дружество и свободата, която то има за договаряне с доставчика (селективно, задължително, с отделна болница, с асоциации, начин и методи на заплащане на услугите и др.).
4. Разширяване на полето на отговорност и риск за фондовете, с цел повишаване на тяхната ефективност.

Тези принципни подходи са свързани с децентрализация и засилване на конкуренцията в сектора на здравеопазването. В тази връзка са налице страхове, че конкуренцията може да подкопае старата логика на социалната солидарност. За да не се допусне нарушаването на принципа на солидарността, в много здравни системи са въведени редица регулиращи механизми, основните сред които са:

- Свободно записване – здравните фондове са задължени да приемат всички желаещи да се осигуряват.
- Задължително договаряне с всички доставчици, предложили своите услуги, с цел осигуряване равенство и равен достъп на всички доставчици на здравни услуги и съответно конкуренция между тях.
- Еднаква размер на здравната вноска – за осигуряване на равенство във финансирането

- Еднакъв основен пакет здравни услуги – за осигуряване на равенство в ползите
- Задължително здравно осигуряване на голяма част или за всички граждани
- Механизми за разпределение на риска – за да се попречи на отделни осигурители да поемат непропорционална част от риска или да прилагат скрити форми на неблагоприятна селекция, разпределението на финансовите ресурси се приспособява към рисковия профил на членовете на конкретния фонд. Различават се различни форми за разпределение на риска – пропорционално, частично, условно и разпределение на високия риск.

Усилията за спазване на принципа на солидарността чрез единен размер на здравната вноска, независимо от индивидуалния здравен риск на здравноосигурения водят до предвидими загуби за здравните фондове от една страна и до намаляване на възможностите за кръстосано субсидиране от богатите към бедните от друга. По този начин се стимулира селекцията на нискорискови пациенти от фоновете.

От гледна точка на резултатите от дейността на здравноосигурителните системи в европейските страни, анализаторите правят редица констатации, които общо се свеждат до следното:

- от гледна точка на здравния статус ЗОС показват по-слабо подобрене, отколкото публично-финансираните северно-европейски здравни системи.
- От гледна точка на целта за постигане на равенство, съществуващата смесица от източници на финансиране в повечето страни изглежда остава регресивна.
- Страните със ЗОС имат по-високо ниво на частни индивидуални плащания, отколкото северно европейските публично финансирани здравни системи.
- В страните със ЗОС общите разходи за здравеопазване на глава от населението са по-високи от тези в страните с публично финансирани здравни системи.

Преглед на финансирането на отделните подсистеми на здравната система

Доболнична помощ

Първичната помощ се дефинира като първи контакт между пациента и здравната система при нововъзникнал здравословен проблем. Тя е насочена по-скоро към личността на пациента отколкото към заболяването. Тя следва да бъде планирана, финансирана и регулирана по начин, който да осигурява адекватно здравно обслужване на обхванатите лица.

Основните организационни форми на първичната помощ от гледна точка на вида на правния статут на изпълнителите на първична помощ, броя и видове доставчици в една организация, обхвата на дейността и основните потребители, към които помощта е насочена, са:

- ⊕ Вертикално интегрирани посреднически организации
- ⊕ Лекарите и лекарски групови практики
- ⊕ Здравни центрове (поликлиники)
- ⊕ Местни организации в селските региони.

В по-голямата част от страните в света първичната медицинска помощ се доставя от общопрактикуващи или лични лекари. Наблюдава се тенденция към постепенно преминаване от самостоятелни към групови практики там, където е възможно.

Дейността на общопрактикуващите лекари се регулира на три равнища:

- ✦ Национално – национални стандарти, регулативна среда;
- ✦ Местно – професионални асоциации и организации;
- ✦ На равнище отделна практика – професионален мениджмънт, социални норми и др.

Най-общо основните регулации за общата практика се състоят в следното: разрешения и стимули за установяване на практика в райони с малко на брой лекари; ограничение на броя на записаните при един общопрактикуващ лекар лица; капитация в заплащането на общопрактикуващите лекари; роля на ограничителни на достъпа до вторична медицинска помощ и др.

Финансирането на първичната помощ по отношение на медицинските специалисти, заети в нея, може да се извършва по няколко метода, основните от които са капитационното плащане, такса за услуга и заплата. В повечето страни по света се наблюдава комбинация от различни методи при плащането на лекарите в извънболничната помощ. По този начин в максимална степен се използват различните стимули за повишаване на ефективността от дейността на медицинския персонал.

Основните тенденции в развитието на доболничната помощ са свързани със:

- постепенно освобождаване на държавата от намеса в управлението на първичната помощ
- осигуряване на всеобщ и гарантиран достъп до първична помощ и същевременно – ограничаване на достъпа до болнично лечение.

Болнична помощ

Като цяло всяка съвременна здравна система трябва да преследва три общи цели: осигуряване на добро здраве на населението, гарантиране адекватността на предоставяните услуги спрямо потребностите на обществото и осигуряване на справедлива система на финансиране. Болниците имат ключова роля за постигането на тези цели. Правителството и контрагентите, действащи от негово име, имат задължението да създадат условия, в които болниците да функционират нормално и така да се гарантира устойчивостта на болничната система в дългосрочен план.

Промените в света през последните години и повишаващите се изисквания към здравето на населението налагат промяна в концепцията за управлението на болниците в посока от бюджетни към автономни и независими организации. Мерките, които държавите предприемат, са следните:

- Трансформиране на болниците в самостоятелно управлявани юридически лица (Великобритания);
- Въвеждане на разделение между купувач и доставчик на здравната услуга;
- Въвеждане на договорни взаимоотношения между двете страни;
- Предоставяне права на болниците за решаване на кадрови въпроси по отношение на наемане, освобождаване, обучение и заплащане на персонала;

- Прехвърляне на собствеността върху болниците на общините или други местни власти (Дания);
- Приватизация на лечебни заведения (Испания) и др.

Разширяването на финансовата автономност на болниците се съчетава със засилено регулиране по отношение на осигуряването на достъпа до болничната помощ, финансирането на медицинските услуги, защитата на медицинските служители. Това се постига чрез комплекс от стимули и ограничения в пазарното поведение на болниците.

В страни с микс от публични, частни стопански и нестопански болници, се процедира по различен начин, за да се осигури равен достъп до болнична помощ. Подходите са два: предварителни регулации, които налагат редица критерии за създаване на нови лечебни заведения и последващи, при които съществуващият болничен капацитет се включва в план.

Ограничеността на ресурсите в публичния сектор и нарастващите потребности на обществото от здравни услуги водят до състояние, при което болниците са подложени на сериозен натиск от страна на централните и местните власти, здравните фондове, професионалните и потребителските асоциации да повишават ефективността си. Най-сериозният инструмент за направляване усилията на болниците и моделиране на тяхното поведение е механизмът на финансиране.

Методите на финансиране се обобщават в три големи групи:

- Ретроспективни – осигурителите компенсират доставчиците за всички извършени разходи.
- Перспективни – тук се отнасят няколко метода, общото между които е, че финансирането на болничните заведения се базира на някакви предварително изготвени разчети.
- Смесени – включват елементи от няколко от горепосочените методи.

Различните страни прилагат тези методи на финансиране с различна степен на ефективност. Не съществува универсален метод за финансиране – използването на един или друг метод се обуславя от социално-икономическите реалности в конкретната страна и от ефективността на системите за управление и контрол на здравеопазването.

Основен въпрос при развитие на финансирането на болничната помощ е разпределението на финансовия риск между доставчика на медицински услуги и финансиращата институция и доколко различните финансови механизми допринасят за равномерното разпределение на риска.

Фармацевтичен сектор

Фармацевтичният сектор е един от най-силно регулираните от страна на държавата. Правителството трябва да осигури общественото здраве, като гарантира достъпа на пациента до безопасни и ефективни медикаменти. Същевременно то трябва да съблюдава разходите за лекарства да не превишат оптималния размер и по този начин да нарушат постигането на останалите цели на правителствената политика.

От своя страна политиката в областта на здравеопазването се сблъсква с индустриалната политика на пазара на лекарства. Отчитането интересите на всички заинтересовани във фармацевтичния сектор има като резултати минимизиране на здравния риск, намаляване свръхупотребата на лекарства и съдържане на разходите в сектора.

Регулирането на фармацевтичния сектор се осъществява в зависимост от вида на здравноосигурителния модел, който се прилага в съответната страна. Страни с интегрирана система на здравеопазване, в които държавата изпълнява регулиращи и финансиращи функции, по-лесно могат да организират контрола върху фармацевтичния пазар. В страни с модели на социално здравно осигуряване контролът се разпределя върху няколко различни институции извън държавната администрация.

Силното регулиране на пазара на лекарства е неизбежна особеност на почти всяка здравна система, като се имат предвид информационната асиметрия, безопасността и моралния хазарт. Въведени са широк спектър от мерки за контрол върху тези разходи, както от страна на търсенето, така и от страна на предлагането.

Основната цел на мерките от страна на търсенето е да въздействат върху поведението на пациентите и на осигурителите (финансиращата страна). Това става основно чрез прилагане на системи за споделяне на разходите, системи за реимбурсиране на разходите и стимулиране употребата на генерични лекарства.

Мерките от страна на предлагането се базират върху директно или индиректно фиксиране на цените на фармацевтичните продукти. Фиксираните цени целят осигуряването на такива цени на лекарствата, които дадена здравна система счита за "разумни". Индиректният ценови контрол представлява ограничения върху печалбите или процента на възвращаемост на компаниите. Една от най-често срещаните форми на индиректен ценови контрол са референтните цени. Те ограничават възможностите на компаниите да реализират свръхпечалби на гърба на публичните системи за здравно осигуряване, като същевременно се стимулира иновационната дейност.

Намесата на държавата включва и комплекс от мерки, които пряко влияят върху дейността на фармацевтичните компании: патенти за лекарствени продукти, лицензиране на продуктите и дерегулиране на генеричния пазар на лекарства.

Оценката за ефективността на отделните политики, насочени към регулиране на фармацевтичните пазари, е трудна, тъй като успешна политика в една страна не гарантира универсален успех в друга. В Европейския съюз особеното е, че пазарът подлежи не само на национални, но и на общностни регулации. Това поставя допълнителни ограничения пред страните за самостоятелно решаване на проблемите на фармацевтичния сектор.

Следвайки модела на регулиране на фармацевтичния сектор в Западна Европа, страните от ЦИЕ прилагат най-вече мерки по отношение на реимбурсацията и ценообразуване, докато мерките от страната на търсенето и промоцията на рационално предписване на лекарствата остават в сянка. Това се счита за недостатък на лекарствената политика в тези страни.

Корупцията като предизвикателство пред ефективното управление на здравеопазването

В здравеопазването връзката доставчик на медицинска услуга – пациент поражда сериозни възможности за корупционни практики, резултат от изкуствено предизвикано търсене от доставчика на здравната услуга. Затова, без държавна намеса резултатът може да доведе до нарастване на разходите и неправилно разпределение на ресурсите за лечение, което е доходно, но не е задължително ефективно.

Различните групи лица, които участват в системата на здравеопазването и многобройните структурни връзки между тях, дават основание за възникване на разнообразни корупционни практики. Корупцията може да се класифицира в четири основни групи – подкупи, невярна информация, кражби и корупция на ниво бюрокрация.

Тези форми на корупция оказват негативен ефект върху цялата здравна система. Появата на нерегламентирани плащания в здравния сектор подменя принципа, че квалифицирана медицинска помощ трябва да се оказва на всички нуждаещите се, а не само и приоритетно на тези, които могат да платят подкуп. Високите нива на корупция водят до обедняване на хората, затрудняване на достъпа и влошаване здравния статус на населението.

Корупцията в здравеопазването оказва влияние не само върху здравната система и частната инициатива в сектора, но дава отражение и на макроикономическо ниво. Крайният резултат от формираните корупционни практики води до разпиляване на ресурси и неефективност на национално равнище.

Борбата с корупцията в системата на здравеопазването е сложна и трудна задача. За нейната успешна реализация е необходимо да се разработи и реализира ефективна стратегия, която да дефинира най-важната причина за възникване на корупцията, да определя мащабите, в които е разпространена корупцията в обществото и на тази база да предлага и ефективни мерки за противодействие.

Ефективност и ефикасност на разходите за здравеопазване

Оскъдните ресурси в публичния сектор, застаряването на населението и ниският икономически растеж в много от страните от Европейския съюз обръщат общественото внимание върху ефективността и ефикасността на публичния сектор, в частност – на здравеопазването. Това поражда сериозни търсения на подходящи методи и техники за анализ на обема и структурата на разходите в здравеопазването, на ефектите от една или друга разходна политика в сектора върху целевата група и обществото като цяло, както и за връзката между вложените ресурси на входа и получените резултати на изхода на системата. В резултат са създадени редица инструменти за измерване на ефективността на здравните услуги, основните сред които са анализът разходи-ползи, анализът разходи-ефективност и елементарните анализи на функцията на разходите.

В последните години започват да се използват широките възможности за анализ на микро и макрониво, които дават математико-статистическите методи за оценка на ефективността. В това отношение едно от най-сериозните постижения е използваният от Световната здравна организация (СЗО) системен подход, при който на базата на основните цели на здравните системи се извеждат основните показатели за оценка на ефективността на системата. Тези показатели се обобщават в един синтетичен показател за ефективност, който съизмерен с вложените ресурси, дава обща оценка на ефикасността на цялата система спрямо системите на други страни. На базата на този общ показател за ефикасност България заема 102-о място от 191 страни, включени в изследването на СЗО.

Въпреки значителното развитие през последното десетилетие методите за измерване на ефективността и ефикасността тепърва се разработват. Очаква се все по-сериозното им приложение в практиката, тъй като въпросът с разпределението на ресурсите в публичния сектор става все по-актуален и важен при определянето на общото благосъстояние на обществото.

Общи констатации за състоянието на здравеопазването в България

Втората част на анализа разглежда проблемите на здравноосигурителната система в България и дава препоръки за усъвършенстването на модела.

Основните проблеми на системата са следните:

- Несъвместимост на интересите на осигурените, осигурителите и доставчиците на здравни услуги
- Неудовлетвореност на потребителите на медицински услуги
- Дефицит на публичен финансов ресурс;
- Недостатъчен управленски капацитет и неефективна здравна инфраструктура;
- Значителен неформален сектор, който е трудно и скъпо да бъде обхванат;
- Ограничена конкуренция и слаби регулации, които водят до увеличение на разходите, без необходимото подобряване на здравните услуги;
- Невъзможност на пациентите да участват активно при вземане на решенията за разпределение на ресурсите, както и при определяне на изискванията към качеството на здравната услуга;
- Спад в качеството на здравното обслужване, въпреки високата квалификация на лекарския персонал;
- Високи нива на нерегламентираните плащания, неприемлива практика, както от гледна точка на пациентите, така и от страна на лекарите;
- Липса на адекватна лекарствена политика, водеща до сериозни проблеми в лечението на социално-значими заболявания.

Негативните страни на икономиката на здравните системи и социалноосигурителните модели се проявяват в силна степен и в българската здравна система, най-вече що се отнася до асиметрията на информацията, управлението на риска в системата, бюрократизация на процесите и качеството на предоставяните услуги. Необходимите коригиращи механизми все още липсват или са недостатъчни.

Обективни предпоставки за състоянието на здравеопазването в България

Въвеждането в България на системата за социално здравно осигуряване е съпроводено с редица структурни проблеми, които са до голяма степен общи за страните с недостатъчно високо икономическо развитие, а именно: ниски доходи на значителна част от населението, висока безработица, относително слаб корпоративен, частен и обществен сектор, както и наличието на все още значителен неформален сектор. Тези обективни условия създават ограничения пред осигурителната политика и пречат на обществото да се възползва от преимуществата на тази система.

Макроикономическата среда в страната се характеризира с постепенно икономическо оживление и ръст на БВП, относително ниски нива на инфлация, консервативна фискална политика. За социалната и демографска среда са типични особеностите, характерни за повечето страни в преход от планова към пазарна икономика: рязко намаляване на жизнения стандарт на населението, разширяване на бедността, повишаване на безработицата и разширяващи се процеси на социална изолация на

малцинствата. Пазарът на труда и равнището на доходите в България оказват влияние върху здравната система по няколко направления: ограничаване приходната база на здравноосигурителната система, създаване на стимули за избягване плащането на вноските, ограничаване на възможности за увеличаване на публичните ресурси в системата чрез повишаване на задължителната здравноосигурителна вноска.

Здравната осигуровка не гарантира на осигуреното лице получаване на максимално качествена здравна услуга. Потребителят на здравни услуги не разполага с лостове да обвърже конкретния изпълнител на здравната услуга със своите изисквания за количеството и качеството на конкретната здравна помощ. Заедно с това, осигурителният институт, който закупува услугите за здравноосигурените не разполага с механизъм за реален контрол върху здравния продукт, който всеки пациент получава.

В европейските страни с развити здравноосигурителни системи се предприемат мерки за коригиране на този дефект, но в България, в условията на монопола в сектора на задължителното здравно осигуряване не съществуват условия за това. Единственият начин потребителят на медицински услуги да изисква качество и да упражнява контрол на връзката “плащане – качество” е да заплаща директно стойността на медицинската услуга на изпълнителя на медицинска помощ. Тези предпочитания на гражданите са потвърдени от практиката и социологическите проучвания.

Налице е ниско ниво на познаване на природата и механизмите за управление на сложната здравна система и висока степен на неинформираност за съществуващите опции за получаване на медицински услуги. Направените единични изследвания на общественото мнение в страната недвусмислено показват, че много голяма част от гражданите не само че не са информирани за предназначението и функциите на здравноосигурителния фонд, но и не смятат, че той реално защитава техните права като потребители на здравни услуги.

От гледна точка на икономическата теория, след 1999 г. установеният в България модел на социално здравно осигуряване притежава характеристиките на “пълнен професионален модел” на здравна система /Еванс, 1983 г./ Регулациите в здравната система, установени от държавата в значителна степен са неадекватни на сложната природа на пазара на здравни услуги.

Установените управленски отношения в системата осигуряват доминиращата роля на лекарите и лекарското съсловие във взаимовръзката между пациентите, лекарите, държавата и здравния фонд при определянето на здравната политика и нейната конкретна реализация. Потребителите на здравни услуги и социалният здравен фонд, като публична институция, представляваща интересите на пациентите при закупуване на здравните услуги, не са в състояние да упражнят ефективно своето право на участие при определяне на управлението и финансирането на здравеопазването. Пациентите не разполагат с лостове за въздействие с цел съблюдаване на техните интереси. Лекарите ефективно доминират както поведението на държавата при определянето на здравната политика, така и поведението на осигурителния фонд, така и поведението на доставчиците на медицински услуги – болничните заведения.

Този механизъм създава предпоставки за индуциране обема на здравни услуги, в полза на доставчиците на тези услуги, извън размера на разполагаемите ресурси в системата, които са обективно лимитирани от капацитета на пазара на труда и икономическия капацитет на страната. Дефицитите са вътрешно присъщи на пълния

професионален модел, тъй като не е налице обективен ограничител на стимулите за увеличаване на разходите, дори при евентуален по-висок обем публично финансиране.

Отговорността за установяването на този модел е на държавата. Тя е субектът, който трябва да създаде законовите регламенти, при които позициите за въздействие в системата от страна на различните участници да бъдат балансирани. В този смисъл законодателната дейност в сферата на здравеопазването би следвало също да бъде балансирана от гледна точка на доминиращите интереси на лекарското съсловие.

Система на здравеопазването в България: преглед

В периода до 1996 г. структурата на здравната система в България се основава на болнична и специализирана помощ. Финансирането на системата се извършва за сметка на държавния бюджет. Управлението и контрола на системата се осъществява почти изцяло от държавата. Подходите, използвани в организацията и управлението на здравеопазването са: административен и акредитационен, чрез определяне на стандарти.

Системата на здравеопазване в страната започва да се променя в структурно отношение през 1997 г., след неколкогодишни неуспешни опити да се приспособи съществуващата здравна система към потребностите на обществото. Тези потребности са обусловени от новосъздадите се икономически отношения след 1989 г. Реформата в сектора засяга управлението и финансирането на системата и въвежда система на социално здравно осигуряване. Създават се структурите на НЗОК, извършват законодателните промени, необходими за реализиране на реална реформа в здравеопазването. В анализа се разглеждат подробно управленските характеристики на модела, взаимоотношенията между отделните институции в системата, процесите на договаряне на НЗОК със съсловните организации, проблемите на качеството в действащия здравноосигурителен модел.

За да бъдат постигнати посочените цели е целесъобразно да бъдат обсъдени мерки за усъвършенстване на механизмите на договарянето по НРД чрез постепенно стесняване на доминиращите функции на лекарското съсловие в договарянето. Това може да стане чрез разширяване на състава на участниците в договарянето, както и чрез промяна на обхвата и структурата на Националния рамков договор /НРД/. От съществена важност тук е необходимостта от осигуряване на равнопоставеното участие на всички заинтересовани от здравната политика страни, като се премахне възможността за налагане интересите на част от участниците в ущърб на останалите участници, основно преките доставчици и потребители на здравните услуги .

Практиката показва, че действащата система за контрол е неефективна. Този резултат е предопределен от това, че регламентите и механизмите за осъществяване на контрола се договарят в НРД от изпълнителите на медицинска помощ и НЗОК, а осъществяването на контрола се осъществява от същите субекти. В същото време държавата не упражнява ефикасен контрол върху лечебните заведения, държавна собственост и не на последно място поради това, че пълният професионален модел налага тотална обвързаност на всички субекти в здравната система.

В болничните заведения ефективният професионален мениджмънт е недостатъчен в резултат основно на липсата на стимули за това, в резултат на което не се натоварва максимално легловия капацитет, планирането на обема и стойността на дейността е слабо, индуцират се медицински дейности и се осъществяват фиктивни дейности.

Ефикасността, с други думи резултатността на контролната дейност би се повишила

значително ако тя се извършва от независима от съсловните организации и от изпълнителите на медицински услуги институция за контрол. Професионалистите ще участват в дейността на институцията, но йерархическото място и подчинеността ѝ се нуждае от внимателно определяне, за да не се допускат неформални въздействия върху нея. Потребителите на здравни услуги трябва да получат силно представителство във формите и механизмите на контрол в т.ч. и в органите за управление на НЗОК.

Необходимо е публично обсъждане на въпросите за въвеждане на антикорупционни мерки за съществено ограничаване на нерегламентираните плащания, нерегламентираните комисионни на фармацевтичния пазар, фиктивните дейности и пр.

Финансиране на здравеопазването в България

Системата към настоящия момент се финансира от няколко източника:

- **Задължителни здравноосигурителни вноски:** 6 % от дохода на лицето, заплащани в определено съотношение между работодателя и служителя, като размерът ѝ се определя със Закона за бюджета на НЗОК. Вноските, набрани от осигурените граждани, се управляват и разходват съгласно определени критерии, утвърдени в НРД.

Принципите, върху които се базира моделът на задължителното здравно осигуряване, са: задължително участие при набирането на вноските, солидарност, относително повишена отговорност на осигурените, равнопоставеност.

Доброволното здравно осигуряване е предвидено като допълнителна възможност и се осъществява от лицензирани акционерни дружества, регистрирани по ТЗ, срещу заплащане на здравноосигурителни премии, въз основа на индивидуално сключвани здравноосигурителни договори. То се извършва чрез възстановяване на разходи или чрез абонаментно обслужване.

- **Бюджетно финансиране:** чрез приходите от данъци в държавния бюджет се плащат здравните осигуровки на определени групи лица, субсидии за болничните заведения, разходи за централни доставки на лекарства и издръжката на Министерство на здравеопазването.

Републиканският бюджет е основен източник на финансиране на лечебните заведения от болничната помощ като определени областни структури (диспансери за онкологични, психични, пневмофтизиатрични и кожно-венерически заболявания) са отговорност на общинските бюджети. Държавното финансиране има редица негативи: затруднен контрол и липса на достатъчно ясна обратна връзка за количеството и качеството на предоставяните медицински услуги; липса на достатъчно ефективни механизми (нормативи, стандарти и пр.) за разпределяне на средствата от бюджета на Министерството на здравеопазването, неясни критерии за разходване на бюджетните средства и др.

- **Здравни застраховки**

Застраховките могат да покриват различни здравни рискове според определени условия от застрахователната институция и могат да бъдат индивидуални, семейни и групови, сключвани по тарифи на застрахователя. Този вид застраховане се характеризира с голямата си гъвкавост и адаптивност. Застрахователите предлагат както комплексни, така и диференцирани условия и срокове с оглед потенциалния здравен риск, който носи осигуреният. В опит за създаване на по-благоприятни условия за развитие на здравното застраховане в регулативната уредба са залегнали някои данъчни облекчения.

- *Преки плащания* под формата на потребителски такси и такси за извършени услуги

Потребителят заплаща единна за определена дейност цена, определена от компетентна институция (в случая НЗОК), която по подразбиране не е пазарно определена цена, а договорена от осигурителната институция и професионално съсловните организации на лекари и стоматолози. Този вид финансиране е характерно за частните медицински услуги, извън обхвата на договорите, сключвани от НЗОК и е допълнителен източник в сектора на публичните услуги.

- *Нерегламентирани плащания в системата*

Независимо че се разглеждат тук, нерегламентираните плащания не могат да бъдат отнесени към източниците на финансиране на системата, защото приходите от тях не постъпват в здравната система. Изводите от изследване на Български здравен проект на USAID през 2002 г. са, че общите преки плащания към системата от страна на домакинствата по размер са приблизително равни на публичното финансиране. Ако се отчитат размерът на преките плащания, общите разходи за здравеопазване в страната достигат до около 8 % от БВП, което поставя България сред страните с високо равнище на разходи за здравеопазване. Проблемът е, че дори при това високо равнище на разходите за здравеопазване качеството на услугите е неудовлетворително и здравната инфраструктура е в изключително тежко състояние.

Голяма част от преките плащания са нерегламентирани. Плащанията „под масата“ не само утежняват бюджетите на домакинствата, но и в голяма степен ограничават достъпа им до необходимите здравни услуги. На преден план излиза и проблемът с корупцията в здравната система, особено в болничната помощ. Общият извод, който може да се направи от това изследване, е, че при тези условия е необходимо да се изгради ефективна система за регламентирани плащания, която, при равни други условия, ще ограничи размера на плащанията „под масата“, ще осигури възможност за достъп до системата на нискодоходните групи от населението и ще подобри общото състояние на здравната система.

Организация, управление и финансиране на подсистемите на здравеопазването в България

Първична извънболнична медицинска помощ

Задължително здравно осигурените лица имат право на гарантиран свободен достъп до първичната извънболнична медицинска помощ. Ролята на ПИМП е да координира действията между отделните подсистеми в системата на здравеопазването, проследявайки пътя на пациента от превенцията през специализираната извънболничната, болничната помощ и областта на рехабилитацията, както и да регулира достъпа на здравноосигурените лица до специализирани и болнични медицински услуги.

Първичната извънболнична помощ е изцяло частна и се осъществява от индивидуални и групови практики. Механизмът на финансиране на системата се основава на разпоредбите в Националния рамков договор и включва два елемента: ежемесечна сума за всеки записан задължително здравноосигурен пациент – капитация и суми за извършени дейности по съответните елементи, подробно разписани в НРД. В анализа са разгледани принципните предимства и недостатъци на тези методи на финансиране, както и проблемите, пред които е изправена системата на първичната медицинска помощ в България.

- ограничен достъп на пациентите до първична извънболнична медицинска помощ и особено неговата своевременност при големите практики (наемане на медицински персонал в големите практики (втори лекар, медицинска сестра и т.н.), както и в отдалечени и слабораселени места;
- подсистемата се управлява, финансира и контролира единствено от НЗОК, което ограничава значително условията за достъп на трети страни до актуална и своевременна информация за здравния статус на населението;
- niskият капацитет на НЗОК, липсата на стимули за контрол върху дейността на ОПЛ и ограничената възможност за санкции при регистриране на нарушения правят контрола върху дейността неефективен
- липсва регламентация на изискванията за медицинските специалисти да инвестират в развитие на практиката и материалната база, в условията на която осъществяват дейността си.
- дисбаланс между размера на капитацията и таксите за извършени услуги от страна на ОПЛ
- липса на възможност за реален избор на общопрактикуващ лекар в провинциалните и слабораселените райони;
- голям документооборот, отнемаш времеви ресурси;
- трудности с осигуряването на постоянен денонощен достъп (7/24) до медицински услуги, във връзка с широкия пациентския списък;
- липса на интегрирана информационна система, съдържаща история на заболяването на пациентите;
- неограничен брой пациенти на един общопрактикуващ лекар;
- недостатъчна квалификация и продължаващо обучение на специалистите;
- нарушени връзки между първичната и специализираната извънболнична помощ.

Спешна и неотложна помощ

Двете понятия се разграничават по смисъл, като това разграничение е в зависимост от възможностите за осигуряване на своевременна медицинска помощ и степента на тежест на състоянието на нуждаещия се. Трябва да се има предвид, че правната регламентация на тези дейности е неясна и подценена поради незавършилата реформа в първичната медицинска помощ и установените традиции в българското здравеопазване, от една страна и затруднения достъп до централните за спешна медицинска помощ, от друга.

Основният принцип, според който функционира системата на спешната медицинска помощ, е своевременността на обслужването. Оказването ѝ се предоставя от изградените 28 областни центъра за спешна медицинска помощ и 188 филиала с обособени в съществуващите лечебни заведения спешни приемни отделения. Финансирането на спешната медицинска помощ се извършва от републиканския и от общинските бюджети и поради тази причина НЗОК не заплаща за нея.

Неотложната помощ към настоящия момент се осъществява от личните общопрактикуващи лекари, които получават средства за това от НЗОК.

Основните проблеми пред спешната и неотложната медицинска помощ засягат достъпа до нея и неясното регламентиране на лечебните заведения, които я

осъществяват, техните задължения и финансиране. Те могат да се решат чрез редица мерки: финансирането на спешната медицинска помощ да премине изцяло на заплащане за дейност, навлизане на частни структури в системата за СМП. В дългосрочен план следва да се анализира и оцени оправдано ли е диференцирането на формите за оказване на бърза медицинска помощ, тъй като наличието на две системи с трудно разграничими функции затруднява населението при избор на система за обслужване.

Специализирана извънболнична помощ

В специализираната извънболнична медицинска помощ се включват специализираните и високоспециализираните медицински дейности, медико-диагностичните изследвания и високоспециализираните медико-диагностични изследвания. Те се извършват от специалисти в различните области на медицината в създадените за целта лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ: медицински, стоматологичен или медикостоматологичен център.

Финансирането се извършва основно от НЗОК на база договорена цена за амбулаторни или диспансерни първични и вторични прегледи, както и за извършване на високоспециализирани дейности. За да се получи плащане от НЗОК, пациентът трябва да разполага с направление за специализирана извънболнична помощ, издадено от личния лекар или лекар – специалист. Заплащането е съобразено с диференциацията на отделните специализирани пакети, в зависимост от необходимото време за преглед, честота, използвани консумативи и оборудване.

Налице са проблеми във взаимозависимостта между първичната и специализираната медицинска помощ, които затрудняват достъпа на пациентите до специалист, поради обективната ограниченост на обема на специализирани медицински услуги.

Специално място в анализа е отделено на извънболничната стоматологична дейност.

Болнична помощ

Болничната помощ е централното звено в системата на българското здравеопазване със сложна структура и многобройни връзки с останалите сектори в здравната система. Тя се извършва в лечебни заведения за болнична помощ.

Законово лечебните заведения са разделени в три групи: лечебни заведения за извънболнична помощ, за болнична помощ и една трета по-особена група лечебни заведения. Болниците (с някои изключения) са със статут на търговски дружества, но реално не функционират като такива.

Основните приходи на лечебните заведения се формират в определени пропорции от публични източници чрез постъпления от договори за оказани медицински услуги с Министерство на здравеопазването и НЗОК, плащания от страна на потребителите на потребителски такси, целеви субсидии от републиканския бюджет, дарения, помощи и др.

Бюджетното финансиране по договор с МЗ има преобладаваща част в заплащането на медицински услуги. Държавната субсидия за всяко лечебно заведение се получава за извършени дейности и се определя на база брой преминали болни и средна стойност за определен клас болести. Финансирането по договор с НЗОК се осъществява на база изпълнени клинични пътеки. Разходи за извършени дейности, необхванати от посочените по-горе механизми на финансиране - неплащане от НЗОК на пълната стойност на отчетените направления по клиничните пътеки, както и

непълното покриване на разходите за лекуването на пациенти по договор с Министерството на здравеопазването - формират "некомпенсирани разходи за здравни услуги", които в един момент директно се трансформират в лоши дългове на болниците към различни доставчици. Тези дефицити са един от основните проблеми на сектора в България към настоящия момент.

Причините за съществуващите проблеми със значителните дефицити формирани на ниво болница са комплексни и се съдържат в голямата си част в съществуващата система на финансиране на болниците, която определя до голяма степен и стимулите при управлението на разходите. Болничното заведение е търговско дружество и се подчинява на разпоредбите на Търговския закон, включително и на разпоредбите за несъстоятелността по този закон. Прилага се непрозрачен и неефективен метод за решаване на проблема, а резултатите са със съмнителен краен ефект.

Налице е съществен методологически и практически проблем с остойностяването на болничните услуги. Лечебните заведения са тези, които могат да определят относително реалната конкретна себестойност на болничните услуги във всяка отделна болница. За това е необходимо да бъде разработена методика за определяне на стойността на медицинските услуги в болниците.

Сериозна пречка пред ефективното управление на болничната дейност остава системата за управление на персонала, зает в структурите на болничната помощ. На лице са много административни регулации, които възпрепятстват реалното вземане на управленски решения от директорите на лечебните заведения.

От особена важност за подобряване качеството на болничните услуги е въвеждането на ефикасна система за повишаване доходите на медицинския персонал в болничните заведения. Действащият на този етап механизъм допуска съществен субективен елемент при разпределението на средствата, поради което ефектът от прилагането му е противоречив и не допринася за смекчаване на диспропорциите в нивото на заплащане на болничните специалисти и общопрактикуващите лекари. Особено негативен резултат от това е, че не се отчита качеството и интензивността на медицинските грижи в болничната помощ, което води до засилване на корупционните стимули.

Ефективността на разходите в българските лечебни заведения и всички опити за микроикономически анализ са обречени на неуспех поради липса на достъп до детайлизирана, дългосрочна информация за действителните разходи на болниците, която по презумпция би трябвало да е достъпна за обществено ползване, тъй като повечето лечебни заведения са държавна собственост.

Фармацевтичен сектор

Фармацевтичният сектор се характеризира с висока степен на регулиране, постоянно нарастване на разходите за лекарства и широко участие от страна на пациента във финансирането на сектора. Общият контрол от страна на държавата се осъществява от министъра на здравеопазването и Изпълнителната агенция по лекарствата.

Основните области на регулиране на фармацевтичния сектор са:

- Цените на лекарствата: чрез определяне на пределни цени на лекарствата и контрол върху ценообразуването им, реимбурсиране на лекарствените средства от страна на НЗОК по предварително одобрен позитивен и реимбурсен списък от лекарства.
- Внос и износ на лекарствени средства: в съответствие с външнотърговския режим на страната в България могат да се внасят само разрешени за

употреба лекарствени продукти. Тенденцията е вносът да нараства в по-голяма степен в сравнение с ръста на местното производство.

- Търговия на едро: осъществява се само на база получено разрешение от МЗ; задължителна е регистрацията на лекарствените продукти на българския пазар.
- Търговия на дребно: регламентация на аптекната дейност, механизми за определяне на цените на лекарства на дребно, забрана за вертикална интеграция. Хоризонталната интеграция в сектора е разрешена.

Внимателният анализ на законовите разпоредби дава основание да се констатират няколко обезпокояващи факта и несъответствия. На първо място това е съставянето на два списъка (позитивен и реимбурсен), с което се затруднява прилагането на законовите изисквания и контрола по разходване на публичните средства за медикаменти. Допълнително затруднение представлява разминаването на определените в наредбите държави, които служат за отправна точка веднъж за включване на лекарствените средства в Позитивния лекарствен списък, втори път за определяне на пределната цена на лекарствата и на трето място за дефиниране нивото на реимбурсиране. Уеднаквяването на използваните държави ще предотврати възможността за нарушения при определяне пределната цена на лекарствените средства и оттук често срещаното явление цената на лекарствата без рецепта в аптеката да е почти равна на цената на същия медикамент, изписан с рецепта независимо от факта, че НЗОК реимбурсира част от неговата стойност. Сливането на позитивния и реимбурсния списък в един също е положителна стъпка към облекчаване на административните процедури и провеждането на ефективен контрол.

Основен проблем на лекарствената политика в страната остава ненавременното снабдяване на лечебните заведения и диспансерите с животоспасяващи лекарства, както и недостатъчното им количество. Необходими са промени в механизма на договаряне на медикаментите, с цел да се гарантира нормалното снабдяване с лекарства и да се намали риска за здравето на пациентите. Практиката показва, че процедурата за провеждане на търгове от Министерство на здравеопазването не гарантират запазването на цикличността в снабдяването на лечебните заведения с животоспасяващи лекарства, което нарушава основни права на здравноосигурените граждани.

Не по-малък е проблемът с недостатъчния финансов ресурс, заделен от бюджета, за животоспасяващи лекарства независимо от факта, че средствата за 2005 г. са с 25 % по-високи от тези за предходната година. Друга възможност е да се коригират механизмите за установяване на крайната цена на скъпите медикаменти, която в момента само се регистрира.

Нефинансови ресурси и ефективност на здравната система

Основната цел на системата на здравеопазване е да се постигне висока степен на ефективност чрез оптимизирането на съществуващите ресурси, необходими за изпълнението на определените функции. Един от критичните фактори за успех е в основата ѝ да бъде заложен механизъм, позволяващ лесна преконфигурация при запазване на нейната работоспособност. За обективната оценка на ефективността на системата могат да бъдат използвани различен набор от ключови показатели за дейността, свързана с предлагането на медицинската услуга, които трябва да бъдат съобразени с информационните ограничения в сектора. Част от анализирания показател са брой и качество на медицинския персонал, леглови фонд, лечебни

заведения и др. Всеки от критериите е разгледан във взаимовръзка и са правени сравнения на стойностите на показателите с тези на други държави.

Здравно състояние на населението и тенденции в заболеваемостта

Демографската криза в България през последните години има три характеристики: спад на раждаемостта, с пречупване на тенденцията към по-силно намаление; покачване на смъртността – пряко продължение на тенденцията, формирана в началото на шестдесетте години; интензивна външна миграция с тенденция към намаление на темпа. За да се противодейства на негативното ѝ въздействие, се прави оценка на здравния статус на населението с цел предприемането на мерки чрез адекватна здравна политика.

Един от основните индикатори за оценка на здравния статус и успешното постигане на здравните цели в системата на здравеопазване е „Очакваната средна продължителност на живота при раждането“. Сравнително нов показател е оценката на „очаквана продължителност на живота без затруднения“. Това е показател за качеството на живота на индивидите, като едновременно с това той дава сериозни индикации за влиянието, което оказва равнището на заболеваемостта. Други показатели са детска смъртност, обща смъртност по причини, индикатори за заболеваемост, инвалидност и хоспитализация.

Следва да се обърне внимание на ниската здравна грамотност и здравна превенция, които очертават проблемите с наднорменото тегло, небалансирано хранене, ниска физическа активност, натоварването на психиката и сетивата, висока честота на тютюнопушенето, алкохол и наркотици. Те се комбинират с обективните процеси на застаряване на населението, професионалните вредности, наследствеността и другите биологични фактори и оформят високорисковия профил на средния потребител на здравни услуги.

Основните детерминанти, които определят незадоволителното здравно състояние на индивидите в България, са бедността, нездравословният начин на живот, факторите на околната среда, които имат неблагоприятно въздействие върху здравето на нацията, както и последиците от социално икономическата криза през 90-те години.

Подобряване на финансовото управление на здравеопазването в България

Усъвършенстването на финансовия модел на здравеопазването в България следва да бъде предмет на задълбочен анализ и консенсус върху необходимите стъпки за това. Безспорно обаче той трябва да се основава на следните опорни точки:

- Централно място на пациента в системата;
- Балансиране интересите на всички участници в системата;
- Премахване на практиката на нерегламентирани плащания;
- Ясно регламентиране обхвата на основния пакет, заплащан от НЗОК;
- Оптимален баланс между държавния и частен сектор в здравеопазването и здравното осигуряване, при регламентиране обхвата на дейността на доброволните фондове;
- Ясно регламентирана система за участие на пациента при споделяне на разходите за заплащане на медицинските услуги.

Съзнавайки, че на настоящия етап на развитие България не е подготвена за въвеждане на класически модел на регулирана конкуренция в задължителното

здравно осигуряване и отчитайки отсъствието на стабилен, конкурентен и ефективен пазар на доброволно здравно осигуряване, в краткосрочен план е необходимо усъвършенстване на съществуващия модел чрез реализиране на редица мерки за формиране на ясно дефиниран основен пакет от здравни услуги в комбинация със система за споделяне на разходите в рамките на този пакет. Всеки пациент може да избере да доплаща кеш получените здравни услуги или да се осигури допълнително в частните здравно-осигурителни фондове. Целта на тази мярка е да се развие здравноосигурителния пазар, което да бъде като преходен етап преди допускането на частните фондове и на пазара на задължителното здравно осигуряване.

Предимствата от въвеждането на регламентирана система за споделяне на разходите се състоят в увеличаване на прозрачността, осигуряването на допълнителен ресурс в здравната система, увеличаване на възможностите за избор в зависимост от комбинацията цена-качество, подобряване на контрола, повишаване на заплащането на медицинския персонал.

Дългосрочното развитие на модела за всеобщо задължително здравно осигуряване изисква да са налице в България следните основни предпоставки:

- Интензивно развитие на икономиката, което да подкрепи значително развитието на здравното обслужване;
- Развитие и натрупване на необходимия административен капацитет за здравното осигуряване;
- Достатъчно високо ниво на персоналните доходи;
- Ефективна структура на пазара на труда;
- Адекватно състояние на здравната инфраструктура;
- Ефективна система за контрол върху работата на фондовете, доставчиците и отделните медицински лица.

С цел осигуряване участието и съответно – отговорността на потребителите на здравни услуги в системата на здравеопазване трябва да се създадат условия за подкрепа на реалното право на избор на потребителите на здравни услуги на здравноосигурителен фонд и на доставчици на здравни услуги. Здравноосигурителните фондове трябва да имат право да участват и при разпределяне на вноските за задължително здравно осигуряване на база услугите и покритието, които предоставят.

Потребителите, които не са доволни от размера на своите индивидуални здравни разходи и или/и от качеството на здравните услуги, които получават срещу тях, имат възможност да упражнят своето право да изберат друг осигурител и съответно друг доставчик на здравни услуги. Така ще се въведе конкуренция между здравноосигурителните институции, от една страна и между доставчиците на здравни услуги, от друга. С цел спазване на принципа за солидарността в условията на конкуренция в здравния сектор, държавата следва да прилага ефективна система за разпределение на риска, която може да се осъществява и от отделна институция за управление на риска в сектора.

ЧАСТ ПЪРВА

Преглед на управлението и
финансирането на
здравеопазването в другите страни

Въведение

Настъпилите промени в България след 1989 г. засегнаха дълбоко редица сфери от обществено-икономическия и политическия живот на страната. Тези промени в значителна степен определиха и развитието на сектора на здравеопазването през последните 15 години. Знанията, уменията и механизмите за финансиране, необходими за предоставяне на качествени медицински услуги на обществото в новата среда, коренно и бързо се променят. Здравеопазването трябва да отговори на новите потребности, а това изисква цялостно реформиране на системата в този обществен сектор, както и преосмисляне и модифициране на връзките между основните ѝ елементи. Целта на реформата е да се създаде модерна и устойчива система на здравеопазване, която да се превърне в основен фактор за подобряване здравния статус на населението и индиректно да допринесе за икономическия растеж на страната.

Настоящият материал представлява икономически и финансов, независим /доколкото е извършен от финансови експерти, несвързани с медицинските среди/ преглед на настоящите тенденции във финансирането и управлението на здравеопазването в развитите страни и в България. Този преглед е базиран на концептуално икономическо и финансово ниво и не третира специализираната здравна материя.

Той е провокиран от реформата на публичните финанси – повишаване устойчивостта им и оптимизация на големината на публичния сектор, чрез прилагане стратегически методи на планиране и програмиране, търсене на по-висока добавена стойност при предоставяне на публични услуги на гражданите.

В разработката са разгледани теорията и практиката на финансирането и управлението на публичните здравни системи в редица страни. По този начин обективно може да се очертае мястото на българската здравна система, както и какво е добре да бъде направено, с цел подобряване качеството и ефективността на българското здравеопазване. На базата на опита на развитите страни и на световните тенденции в сектора са представени силните страни и проблемните области в българското здравеопазване и са предложени някои насоки за преодоляване на последните.

Без да претендира за изчерпателност, целта на прегледа е даде максимално обективна представа за общото състояние и потенциала на здравеопазването в България, както и за най-наложителните промени в него. Надяваме се този преглед да подобри знанията на българските граждани за здравеопазването, за да започне процеса на по-активното им включване в управлението на здравния сектор.

Считаме, че широкият дебат в българското общество относно наложителната реформа в системата на здравеопазване трябва да продължи и се надяваме, че настоящият преглед ще предостави повече информация и ще провокира въпроси и различни мнения за развитието на финансовия и управленски модел на сектора.

Авторите на прегледа изказват своето задоволство от работата на междуведомствената работна група за разработване на стратегия за развитие на здравеопазването в България, под ръководството на д-р Антония Първанова. Позиция на работната група относно проблемите и възможните мерки за развитието на здравната система в страната са отразени във втората част на прегледа.

I. Обща характеристика на сектора на здравеопазването

1. *Здравеопазването и общественото и индивидуално благоденствие*

Предвиждането, превенцията, факторите, определящи здравните рискове, биотехнологиите, здравната информация и фармацевтичната генетика се характеризират със забележително развитие в последните години. Това дава възможност за по-добра, индивидуализирана здравна закрила и поддържане на висок здравен статус на населението. Отчита се, че на настоящия етап посочените възможности все още не се използват в пълен размер в правителствените и институционални здравни политики. Свърхурегулираните системи за управление на заболяемостта се смятат за остарели на фона на иновациите в здравните технологии и прогреса в капацитета на здравните системи. Гражданите на развитите страни разбират, че медицинските грижи и здравното осигуряване са скъпи, неефективни и често неадекватни и че липсват индивидуални здравни компетентности за оценка на индивидуалния здравен риск.

Като правило здравната грамотност на гражданите е от значителна важност за реализацията на ефективен избор на лечение и доставчик на здравни услуги. Общият образователен статус на конкретният пациент е важна предпоставка, за да бъде той добър потребител на здравни услуги.

Новата концепция за здравето и болестите ревизира традиционното разбиране за здравето като наличие или липса на пълно физическо, умствено и социално благополучие и липса на заболяване и немощ. Остарялото разбиране за здравето не отчита прогреса в здравето на гражданите, постигнат в резултат на по-добра хигиена, чиста вода, по-добро хранене, обличане и особено важно – в резултат на по-добро образование. Немедицинските фактори, които характеризират подобрените условия на живот, водят до повишаване качеството на живот и подобряване здравния статус на населението. По този начин размерът на разходите за здравеопазване като процент от brutния вътрешен продукт не кореспондира директно с увеличената продължителност на живота. В същото време връзката между подобряването на социално-икономическите и образователни условия и качеството на здравния статус е добре анализирана, както и влиянието на тютюнопушенето, употребата на алкохол, нездравословно хранене и неадекватните социални поведения.

Новата концепция за здравето се насочва към активен процес на балансиране на взаимодействието между индивидуалното, съзнателно информирано участие в промоцията и превенцията на здраве и компетентното участие на професионална помощ, с цел постигане на добър здравен резултат.¹ Фокусът е насочен към изменените биоетични принципи като задължението за осигуряване на достъп до информация, правото да бъдеш информиран, образование за здравето, здравна грамотност, здравни компетентности и пр.

Основно предизвикателство пред развитите страни е засилване участието и ролята на индивида в грижите по осигуряване на здраве. Индивидуалният интерес, знанието за здравето, здравната отговорност и обществената солидарност са основни етически принципи в здравеопазването. Здравната политика, здравното осигуряване, доставчиците на здравни услуги трябва да подпомогнат гражданите да упражняват

¹ Sass, N-M. New options for health care policy and health status insurance: Citizens as customers, Croatian medical journal, 2003

информиран и грамотен избор като потребители на здравни услуги. По-високата ефективност и използване на капацитета на здравната система зависи от даването на образованите граждани на по-активна роля при осигуряване на своето здраве и в промоцията на здравна грамотност и здравни компетентности между цялото население.

2. Основни цели и принципи на организация и управление на здравеопазването

Целта на здравеопазването е да осигури здравето на всеки член на обществото, да предотвратява и лекува болестите и да облекчава страданията. Основните аспекти на човешкия живот –заболеваемост и здраве, раждане и смърт, качество на живота, уязвимост и ограниченост - са в ежедневно съприкосновение със сектора на здравеопазването.

Цели

Световната здравна организация, в доклада си от 2000 г. – “Здравните системи – подобряване на резултатите”², дефинира основните цели, които трябва да постигнат съвременните здравни системи.

Първата основна цел на всяка здравна система е подобряване на здравето на нацията. Тя включва подобряване на средните равнища на показателите за здравно състояние на населението и намаляване на неравенствата по отношение на здравното състояние при различните социални групи.

Втората цел е разширяване на адекватността на системата спрямо пациентите. Тя включва два елемента – уважение към личността и ориентация към клиента. Степента на адекватност най-често се изследва чрез степента на удовлетвореност на пациентите от системата на здравни грижи. Третата основна цел е справедливост в разпределянето на финансовата тежест върху участниците в системата. Тя означава, че всяко домакинство следва да жертва равна част от своя доход за финансиране на здравната система и никой да не понеса допълнителен товар за сметка на друг. Финансовата адекватност на системата би могла да се декомпозира на ефективност, ефикасност и равнище на разходите.

Принципи

В повечето страни от ОИСР здравеопазването се финансира и организира на базата на “участие според възможностите, лечение според нуждата”. Основните принципи, върху които се основава финансирането на системата на здравеопазване, са следните:

- солидарност;
- право на свободен и равноправен достъп до здравни грижи;
- универсално покритие на населението от системата;
- свобода на избор (на доставчик на медицински услуги и на осигурителна институция);
- конкуренция;
- разделяне на дейностите по доставка и финансиране на услугите
- качество на предоставяните медицински услуги;

² “The world health report 2000: Health systems: improving performance”, WHO, 2000

- ефективност и ефикасност на разходите за здравеопазване.

Достъп

Достъпът до здравни грижи е свързан с цялостната конфигурация на системата на здравеопазване в дадена страна и осигуряването на равнопоставен достъп е цел на държавната намеса в системите. Той се осигурява чрез законовите и подзаконовите нормативни актове, чрез изграждането на механизми и институции, които да гарантират изпълнението им. Фактори, които могат да ограничат достъпа до медицинска помощ могат да бъдат липсата на медицински специалисти, ненавременната доставка на медицински услуги, социално – културните бариери (малцинства, географска изолация, език и др.).

Покритие

Покритието е свързано с практическото приложение на избраната система на здравно осигуряване (застраховане), то не е еквивалентно на достъпа до здравни услуги. Тенденцията през последните години е постигане на универсално покритие – това означава включване на всички граждани на държавата в една или друга система на здравеопазване – независимо дали частна или държавна. За 2001 г. средното покритие на гражданите от публичните системи на здравно осигуряване в страните от ОИСР е 93.2 %.

Свобода на избор

Свободата на избор следва да се разглежда в две измерения – свобода на избор на осигурител и на доставчик на здравните услуги. В зависимост от направения избор на система на здравеопазване се осъществява или не всяка от двете свободи. Може да се твърди, че практически в много по-голяма част от страните е постигната свобода на избор на доставчици, докато избор на осигурител се наблюдава в по-малко на брой системи. Свободата на избор на доставчик се осигурява чрез даване правото на пациента да избира лечебно заведение или лекар според своите собствени предпочитания.

Качество

Измерването на качеството в системата на здравеопазване се основава на: 1) оценка на резултатите на системата чрез различни индикатори за здравното състояние на населението³; и 2) оценка на удовлетвореността на пациентите и достъп до системата (най-често чрез проучвания на удовлетвореността на пациентите на изхода). Постигането на тези цели следва да се ръководи от принципите за ефективност и ефикасност на разходите, т.е. постигането на възможно най-високо качество при определено ниво на ресурсите.

Ефективност и ефикасност на разходите

Ефективността на разходите се оценява като постигане на максимален здравен резултат при определено равнище на ресурсите. Практически тя се измерва чрез обобщени показатели, показващи доказана връзка между резултатите от здравната система и ресурсите за здравеопазване в системата.

Степента, в която са постигнати целите на системата показва доколко тази система е ефикасна. Измерва се трудно на практика, защото включва в себе си елемента на

³ При това се има предвид не здравното състояние на населението изобщо, а от онези негови компоненти и промените в тях, които пряко могат да се отнесат към здравните грижи и системата на здравеопазване.

качеството на предоставяните услуги. Могат да се използват индикатори за качество като „очаквана продължителност на живота“, „години живот без увреждания“ и др.

Конкуренция

Конкуренцията се разглежда на две равнища – на пазарите на доставчици на медицински услуги и на осигурителния (застрахователния) пазар. Въвеждането на конкурентни взаимоотношения на двата пазара предполага развита управленска инфраструктура, която да може да обслужва множеството пазарни субекти. Основната цел за въвеждане на конкуренцията в здравеопазването е създаване на натиск за повишаването на качеството на предлаганите услуги както от страна на доставчиците, така и от страна на осигурителите.

3. Социални приоритети и пазар в здравеопазването

Здравната система е нито изцяло икономическа, нито изцяло социална система. Повечето лечебни и превантивни здравни услуги се разбират на първо място като социално благо и осигуряването му за всеки индивид е фундаментална полза за обществото под формата на по-висок жизнен стандарт и по-голямо социално сближаване. Това предопределя концептуалното разбиране за характера на здравните услуги, които не се схващат като нормални пазарни стоки и продукти, предоставяни с цел получаване на печалба.

Този характер на здравните услуги предопределя господството на стария фундаментален принцип на солидарността при формулиране на здравната политика. Широкото разбиране на солидарността предполага, че доколкото всички граждани са членове на обществото, те имат равни права да ползват здравни услуги. Принципът на солидарността се реализира чрез специфично кръстосано субсидиране на болните от здравите, на бедните от богатите, на възрастните от младите, на семействата от индивидите.

За да се реализира социалното здравно финансиране и солидарността, било то чрез централизирани данъчни постъпления, или чрез система на здравно осигуряване, участието на всички работещи членове на обществото е задължително.

В почти всички развити страни силната държавна регулация на здравния сектор се налага, за да се осигури необходимия резултат от дейността на здравноосигурителните фондове, доставчиците и изпълнителите на медицински услуги.

Постигане на справедливост в рамките на обществото по повод ползването на здравни услуги е основна характеристика на социална система на здравеопазване. Системата трябва да гарантира на всеки нуждаещ се, че ще получи здравна помощ, безусловно и тази гаранция се осигурява от колективното участие на всички във финансирането на системата, което позволява да се реализира посоченото по-горе кръстосано субсидиране.

В същото време, в последните години се наблюдава трайна тенденция за комерсиализиране и меркантилизиране на процесите на оказване на медицинска помощ в световен мащаб. Неотчитането на тези обективни процеси, липсата на адекватни анализи и оценки на генезиса и последиците от тях имат като следствие възникването на редица проблеми, които рефлектират върху удовлетвореността на пациентите и качеството на здравните грижи.

Съвременната теория за икономическата природа на здравеопазването трябва да отговори на въпросите как обективните процеси на превръщането на медицинската помощ в стока/услуга, подлежаща на пазарна размяна, с цел печалба за

производителя на услугата, лишават от реално съдържание принципа на солидарността и доколко съпротивата да бъдат признати и регламентирани тези обективни отношения води до задълбочаване на трудностите и влошаване на крайните резултати.

Равнището на разходите за здравеопазване и тяхната ефективност и ефикасност се превръщат в централен въпрос и поради две други обективни обстоятелства. Първо – високо технологичния характер на сектора. Той изисква все по-високо равнище на разходи за нови технологии, лекарства, медицинска апаратура, научни изследвания и др. Счита се, че на този фактор се дължи около половината от ръста на разходите в системата през последните десетилетия (интензивен ръст). Второ – демографските процеси в повечето развити страни (включително в България) – повишаващата се продължителност на живот, съчетана с ниска раждаемост. Резултатите от тези процеси са промяна във възрастовата структура на населението и значителното му застаряване. По-възрастната група от населението има и по-висока потребност от медицински услуги. На практика поради тази причина потреблението на медицински услуги нараства екстензивно.

В зависимост от избраната система на финансиране на здравеопазването се наблюдават различни политики и механизми за контрол на разходите. Най-общо те са три типа: контрол върху цените и обемите на дейност на входа на системата; поставяне на бюджетни тавани върху разходите (общо за системата или по отделни направления); прехвърляне на част от разходите върху частния сектор или върху пациентите.

Конкуренция на пазарите на доставчици на медицински услуги

Осъществяването на ефективна конкуренция между доставчиците на медицински услуги е проблематичен въпрос, тъй като практиките в развитите страни все още не са дали своя резултат, така че да се оцени ползата от тях. През 90-те години се правят опити да се въведе конкуренция (квазипазар) между отделните болници в някои европейски държави.

Конкуренция между застрахователните фондове

Конкуренцията на пазара на застрахователите може да подобри ефикасността на системата по два начина:

1. да стимулира фондовете да ограничат административните си разходи и да подобрят обслужването на застрахованите лица
2. чрез селекцията на доставчик се оказва натиск върху тях по посока подобряване ефективността и качеството на предоставяните услуги за пациентите

Посочените съображения са накарали част от държавите на ОИСР да отворят пазарите си за конкуренция между застрахователните компании (Белгия, Холандия, Чехия и др.). Същевременно строгият контрол върху разходите и задължението да се осигури пълно покритие на населението със здравни грижи налагат разширяване на практиката за въвеждане на регулирана /управлявана/ конкуренция.

Във връзка с това се прилагат механизми за предварително управление на риска, който да взема под внимание различните степени на риск за отделните фондове, които предлагат полици с разнообразни покрития. По този начин фондовете, които носят по-голям риск, получават субсидии от фондове с нисък рисков профил по определена схема. Все още подобни схеми за управление на риска покриват малка

част⁴ от всички разходи на фондовете, застрахователите са заинтересовани да привличат клиенти в по-добро здравословно състояние (cream skimming). Това, от своя страна, намалява стимулите да се изисква по-висока ефективност от доставчиците, защото дава възможност на застрахователите да си осигурят печалба (или поне финансова жизненост, що се отнася до нестопанските организации) по лесен и удобен начин.

Социалната и пазарната характеристика на здравеопазването са двете страни на процеса по осигуряване на здравни грижи за цялото население, които задължително следва да се имат предвид при анализа и оценката на здравната система. Постепенното превръщане на сектора в пазарен при стремеж към запазване на социалните му особености е обективен процес, който се наблюдава във всяка развита здравна система в света и поради тази причина ще отделим специално внимание на икономиката на здравеопазването и здравното осигуряване, тъй като считаме, че тази материя е слабо застъпена в материалите за здравеопазването на български език.

⁴ Проучванията показват, че подобни схеми покриват до около 10 % от вариацията в разходите на различните застрахователи.

II. Теоретична икономика на здравеопазването и здравното осигуряване

Икономическата природа на здравеопазването като система на взаимоотношенията между потребители на здравна помощ /услуга/, изпълнители /доставчици/ на медицинска помощ и финансираща институция се характеризира с редица сложни специфики.

Познаването на икономическата същност на здравеопазването и здравното осигуряване е от значителна важност, за да бъде разбрана организацията и финансирането на здравните системи в различните страни и целенасочените усилия на различните здравни политики за подобряване функционирането на системите.

1. Теоретична икономика на здравеопазването

Пазарът на здравни услуги се различава от стандартните стокови пазари по следните основни характеристики: висока степен на диференциация на здравния продукт, асиметрична информация, значителен брой екстензивни държавни регулации.

Диференциация на здравния продукт

Здравеопазването е публична услуга с висока степен на хетерогенност и с невъзможно повторно предлагане на същата услуга.⁵ Тази услуга може да бъде закупена само директно от доставчика, но не може да се търгува между клиентите потребителите на услугата. Всеки пациент може да има различни предпочитания относно вида на лечението, продължителността на лечението, мястото на лечение и пр., както и относно личността на лекаря, който го лекува. По този начин хетерогенността на продукта се комбинира с хетерогенността на потребителските предпочитания. Потребителите избират доставчиците на услуги, които най-добре покриват техните предпочитания и по този начин засилват пазарните позиции на тези продавачи на услуги. В същото време това означава свиване на пазарните позиции на други доставчици, което в крайна сметка засяга потребителите на техните услуги. По-ниското ниво на заместване между различните доставчици на здравни услуги води до по-високи нива на пазарна мощ, съпоставима с монополната и съответно – до по-ниски нива на еластичност на търсенето на тези услуги.

От гледна точка на лекарите, доколкото преобладаващата част от тях работят в градовете, пазарът може да бъде характеризирен като монополистично конкурентен.

От гледна точка на пазара на болнична помощ, относително малко доставчици оперират постоянно в един по-дълъг период от време и така се формира олигополно предлагане на диференциран продукт. В резултат на това трябва да се очаква продавачите на медицински услуги да получат власт върху определянето на цените на този пазар. В това отношение пазарът на здравни услуги може да не се различава значително от другите пазари със съществена диференциация на продукта.

Икономическата теория не дава общи указания за подходяща антитръстова политика при пазарите със съществена диференциация на продукта. Фиксирането на цените на услугите влияе в посока намаляване на социалното благоденствие.

⁵ Conn P. Catherine, Walford V., An introduction to health insurance for low income countries, 1998 by IHSD Limited, London

Неперфектна (асиметрична) информация и морален хазарт

Важно е отново да се подчертае, че структурата на информацията е критически важна за разбирането на пазарите за здравни услуги. Асиметричността на информацията води до морален хазарт в здравното осигуряване, до увеличаване на търсенето и съответно - на разходите, без да се постига адекватно подобряване на здравните услуги.

Асиметричността на информацията в здравеопазването се проявява както във взаимоотношенията лекар - пациент, така и в тези между пациент и осигурителна /застрахователна институция.

Във всеки един случай на заболяване и лечение, лекарят е по-добре информиран за състоянието на пациента, отколкото самия пациент. Това поставя под въпрос степента, в която лекарят ще защитава правата на пациента и ще действа като негов агент. Проблемът е как да се провери и потвърди точната природа на заболяването и на подходящото лечение. Друг проблем се появява в случаите, когато несигурността на потребителя относно заболяването поражда търсене на допълнителни здравни услуги, които не винаги са оправдани, което в крайна сметка индуцира допълнително търсене в системата.

Наличието на асиметрична информация се проявява и между здравноосигуреното лице и финансиращата организация, тъй като потребителят е по-добре запознат със собственото си здравословно състояние в сравнение с финансиращата институция. Той плаща по-малка част от стойността на здравната услуга, докато основната част се поема от финансиращата институция. При наличие на осигуровка, потребителят може да не бъде достатъчно мотивиран да се отнася отговорно към здравето си⁶.

Моралният хазарт се проявява както от страна на пациента, който е склонен да потребява повече и по-скъпи услуги, в случай, че е здравно осигурен, така и от страна на доставчика, който е склонен да предоставя повече и по-скъпи услуги, тъй като те се финансират в пълна степен от осигурителя. Съвкупният ефект от тези действия на изпълнителите и ползвателите на медицинска помощ в системите със социално здравно осигуряване се изразява в неефективно нарастване на разходите за здравеопазване в системата.

Според носителя на Нобелова награда проф. Дж. Стиглиц, значението на неперфектната информация на пазара на здравни услуги е от такава критическа важност, че води до пазарен провал /market failure/ в здравеопазването, както от страна на присъщите на пазара механизми, така и от гледна точка на резултатите от намесата на държавата. В резултат на това нито една страна в света не успява в значителна степен да постигне подобряване на резултатите от системата.⁷

Държавно регулиране в здравеопазването

Поради спецификата на сектора и изброените до момента проблеми и ограничения, се налага задължителната намеса от страна на държавата под формата на голям брой законови регулации. Техният характер засяга всеки подсектор в здравеопазването и на тях ще бъде обърнато специално внимание в анализа, когато се разглеждат взаимоотношенията между отделните страни в процеса.

В заключение на казаното се налага заключението, че теоретичната икономика на

⁶ Gaynor M., Haas-Wilson D., Vogt W.B, Are invisible hands good hands? Moral hazard, competition, and the second best in health care markets, NBERq Cambridge, 1998

⁷ Incentives and Institutions in the Provision of Health Care in Developing Countries: Toward an Efficient and Equitable Health Care Strategy, Joseph E. Stiglitz Senior Vice President and Chief Economist, The World Bank IHEA Meetings, Rotterdam June 7, 1999

производството и доставката на медицинска помощ се характеризира с няколко обективни, независими от желанията и поведението на участниците в системата положения:

- естествени монополни позиции на доставчиците на медицински услуги;
- неинформираност и подчинена позиция на потребителите на медицински услуги;
- разрастване на естествената пазарна природа на процеса, чрез всички последици от монополистическата конкуренция – доходите и печалбите на доставчиците са гарантирани, независимо от качеството на предоставяната услуга
- естествено висока потребителна стойност на здравната услуга, която обосновава високите доходи на изпълнителите на медицинска помощ

В резултат на това се проявяват следните проблеми в здравните политики:

- поддържане на принципа на солидарността за сметка на допълнителни публични ресурси и противоречащи на пазара регулации;
- ниска ефективност на регулациите;
- недостатъчна удовлетвореност на пациентите;
- недостатъчна ефективност на растящите разходи.

В резултат на тези проблеми обществото изпитва скептицизъм по отношение на принципа на солидарността и нарастващата меркантилизация на лекарския труд и маркетизация на здравните системи. То е принудено да приеме, че здравеопазването не е безплатно и не може да бъде безплатно за нито един член от него, напротив – стойността и цената на здравните услуги е висока и постоянно ще се повишава.

Това определя методологическата яснота при икономическия анализ на системата на здравеопазването и на пазара на здравни услуги.

Когато се разглеждат проблемите на този пазар, не следва да се пренебрегва значителното позитивно развитие в последните няколко десетилетия на неговия професионален капацитет, технологично ниво и подобрените резултати от функционирането му в голяма част от страните в света.

2. Теоретична икономика на социалното здравно осигуряване

По-широката дефиниция за социалното здравно осигуряване се основава на три основни характеристики, които се разглеждат комплексно.

Здравноосигурените лица правят редовни, основно, свързани с дохода вноски, които не са обвързани с разходите за здравните услуги, които те ползват.

Тези вноски се управляват от квази-независими публични или частни организации, натоварени с нормативно определена отговорност.

Разделят се функциите по финансирането на здравните услуги и тяхната доставка.

Преследваните преимущества от въвеждането на социалното здравно осигуряване са:

- ✦ увеличаване размера на финансирането за здравеопазването;

- ✦ по-висока стойност за пари – нарастване на ефективността на разходите;
- ✦ повишаване на качеството – ефикасността на системата;
- ✦ пълно покритие на населението със здравни услуги.

2.1. Социалното здравно осигуряване и постиндустриалното общество

Съвременната социална наука все по-често анализира идеята, че постиндустриалното общество, утвърждавайки принципа на свободата, в т. ч. индивидуалната свобода, предефинира утвърденото и широко популярно схващане за равенството.

В обществото, където на преден план излиза способността на индивида да обработва и произвежда информация и да я превръща в знания, интелектуалното разделение между индивидите се оказва базата, от която се поражда всеки друг тип социално разделение между тях. От тук се извежда идеята, че във века на информационните технологии различията между индивидите не могат да бъдат подтискани и ограничавани в името на постигане на равенство, като едновременно с това се променя и разбирането за равенство.

В настоящата разработка се анализира въпроса за информацията в системата на здравеопазване и значението на качествено образование на индивида, които подобряват в много голяма степен неговата позиция като потребител на здравни услуги.

От гледна точка на тези нови условия в развитите страни се дискутира въпроса доколко задължителното здравно осигуряване ограничава личната свобода на индивида сам да решава по какъв начин и по своя преценка да закупува за себе си необходимата здравна помощ.

В системите на всеобщото задължително здравно осигуряване се налагат задължителни вноски, които имат до голяма степен характеристиките на данъчните задължения. В същото време липсва връзката между здравната вноска и качеството на здравния продукт, който се консумира. Това обективно състояние на системите за задължително здравно осигуряване, рефлектира в негативно отношение у гражданите с висок социален и образователен статус към участие в тях.

Развитите европейски страни смекчават тези обективни противоречия чрез ограничаване на задължителното здравно осигуряване за гражданите до определен размер на дохода, като индивидите с доход над този размер осигуряват свободно по своя преценка достъпа си до здравна помощ. Другата възможност за получаване на здравна услуга със желаното качество е въвеждането на избор на здравноосигурителен фонд между по-голям брой конкуриращи се фондове. Третата принципна възможност е индивидуалната здравна застраховка, която съчетава в най-пълна степен индивидуалния избор на основата на грамотна и информирана преценка на предложените възможности.

2.2. Проинфлационна същност на социалното здравно осигуряване

В системите за социално здравно осигуряване разходите нарастват в по-висока степен и по-бързо от предварителните оценки. От теоретична гледна точка това се дължи на обективния икономически закон за търсенето и предлагането на стоките и услугите. Според този закон по-ниската цена на услугата /в случая здравната услуга/

означава автоматично по-високо количество на търсенето, а при нулева цена търсенето на услугата става неограничено.

Цените, плащани от всеки един здравноосигурен за медицински услуги под формата на здравноосигурителни вноски, не оказват влияние и не са свързани по никакъв начин със стойността, цената и качеството на получаваната срещу тях здравна услуга.

Финансовият механизъм за изравняване в потреблението в изпълнение на принципа на солидарността гарантира, че всеки обективно нисък разход или всяко съзнателно намаление на разходите за определен потребител осигурява в равна степен допълнително потребление от страна на други пациенти. Плащането на доставчика на здравна услуга е откъснато от качеството на тази услуга, доколкото всяко медицинско третиране поражда задължение за определено плащане, независимо от конкретното ниво на качеството.

Поради тази причина изпълнителят на медицинска помощ има възможност да действа неефективно, без да бъде санкциониран за това нито от страна на пациента, нито от страна на финансиращата институция.

Може да се приеме, че в система, в която липсва контрол, тези стимули за неефективни действия от страна на изпълнителите ще бъдат осъществени в някаква степен и ще генерират допълнителни разходи за системата и – съответно – повишаване на цените в нея.

Пазарът на здравни услуги не разполага с вътрешноприсъщи обективни механизми, които да действат срещу обективните стимули на нарастването на обема и цените на здравните услуги.

2.3.Предлагането индуцира търсенето на здравни услуги

По силата на посочената по-горе асиметричност на информацията, с която разполагат пациента и лекаря във всеки конкретен случай, част от здравните услуги, които се доставят на пациента в хода на неговото лечение, се индуцират от медицинските лица, отговорни за лечението.

В системите на социално здравно осигуряване размерът на индуцираното от предлагането търсене нараства поради две причини: (1) лекарите не носят отговорност за пълните разходи от определени свои действия, (2) пациентите плащат минимална част от разходите под формата на осигурителни вноски и са заинтересовани от получаването на по-скъпи услуги. По-крайните определения на това явление твърдят, че индуцираното търсене съществува, когато лекарите влияят върху търсенето на пациентите в противоречие с лекарската оценка за най-добрия интерес на пациента от определено лечение. Това означава, че лекарите използват своята монополна позиция, за да влияят върху търсенето в посока на своите интереси.⁸

Няколко са основните фактори, които въздействат върху появата на индуцирано търсене на пазара на здравни услуги:

- Държавата регулира броя и статута на лекарите чрез регистрацията на лекарите, чрез контрола върху медицинското образование и др. В същото време лекарите могат да влияят върху държавата, доколкото ръководните органи на регулаторните институции в здравеопазването са общо доминирани от тях. Налице са много примери на обсебване

⁸ Prof. Richardson J. Supply and demand for medical care: Or, is the health care market perverse? J.2001

на регулирането, което кореспондира с препятствия пред конкурентното поведение;

- В много от случаите лекарите не действат като агенти на пациентите защото имат финансов интерес да им предоставят повече и по-скъпи услуги. В резултат на асиметричността на информация, пациентът не е в състояние ефективно да прецени доколко е подходяща и качествена здравната услуга, която му се предлага. Пазарът на здравни услуги се изкривява в посока увеличаване на обема и стойността на услугите, респективно – на разходите, без да се постига допълнителен здравен резултат;
- От гледна точка на поведението на болничните заведения лекарите имат нетипично високо ниво на влияние върху мениджмънта и поведението на болничните заведения. Дори и в случаите, когато те са само наемни служители в болниците, чиито права и задължения се определят в трудовите им договори.
- На практика лекарите би трябвало да действат като агенти на пациентите и да предписват лекарства, съобразявайки се със своите интереси, и с интересите на пациента (най-вече по отношение стойността на лекарствата и тяхната ефективност). На практика нерядко лекарят се превръща в агент на фармацевтичната фирма. Наблюдава се обвързване между лекарите и фармацевтичните компании, което има за резултат индуциране потреблението на медикаменти.
- Лекарите могат да контролират бордовете на болниците и осигурителните компании. Така напълно се осигуряват интересите на доставчиците на здравни услуги. В същото време осигурителните фондове са заинтересовани да договарят и финансират услуги на възможно най-ниски цени в съответствие с избраното качество, като така биха защитили интересите на своите клиенти. По презумпция те са институциите, които могат да противодействат на индуцираното търсене чрез контрола, който упражняват върху доставчиците на услуги.

Теоретично може да се предположи, че ако преимуществата на вътрешната информация не се използват и не се реализират доминиращи взаимоотношения, тогава може да съществува нормален конкурентен модел в здравеопазването. Общото мнение между икономистите е, че това теоретично допускане не се случва на практика.⁹

Когато лекарите ефективно доминират и определят държавната политика и поведението на здравноосигурителните фондове, чиято цел е да бъдат осигурени доходите на доставчиците и болничния мениджмънт, се наблюдава “напълно професионален модел” Еванс /1983г./. При този модел нито държавата, нито потребителите са в състояние да упражняват своите потенциални права и функции, в съответствие с установените принципи. Пациентите са лишени от лостове за въздействие с цел запазване на своите интереси и не разполагат с независими източници на информация за резултатността на медицинските опции или за цените на алтернативните здравни услуги. Може да се твърди, че такъв модел представлява системата на здравеопазване в България към момента.

⁹ Evans R, Incomplete vertical integration in the health care industry: Pseudos markets and pseudos policies, 1983

Пациентите допускат да бъдат манипулирани техните интереси поради асиметричността на информацията на пазара на медицински услуги и поради потребителската несигурност относно индивидуалния здравен риск.

Що се отнася до мотивите на лекарите да увеличават търсенето, те могат да се обяснят с хипотезата за възможния конфликт с класическата лекарска етика, от една страна. От друга страна, естествено е професионалните цели на лекарите да съвпадат с техния интерес за повишаване на дохода, който те получават чрез увеличаване на вложения лекарския ресурс в определеното работно време чрез по-интензивно и внимателно третиране с по-технологична техника и по-нови и скъпи медикаменти. Това разширява допълнително границите, в които се легитимират лекарските практики и се установяват медицинските научни новости, което също води до нарастване на здравните разходи.

С цел регулиране на търсенето и предлагането на здравни услуги и с оглед съдържането ръста на здравните разходи в развитите страни се прилагат в разнообразни подходи и мерки. Като пример може да се вземе управлението на търсенето, чрез въвеждане на форми на споделяне на разходите с цел ограничаване на ръста на разходите в системата и стимулиране на пациентите да контролират стойността на здравните услуги и да намаляват количеството на тези услуги.

Слабата ефективност на пазарните регулации мотивира практиката за въвеждане на строг контрол от страна на държавата и административно регулиране на пазара и дейността на лекарите.

В икономическата теория за здравеопазването относително слабо са развити въпросите за обективния характер на посочената по-горе специфика на пазара на социалното здравно осигуряване, както и обективните тенденции за комерсиализация и меркантилизация на предлагането на медицински грижи и съответно въпросите – какъв трябва да бъде характерът на регулирането и контролът върху тези процеси, за да бъдат те ефективни.

III. Финансиране на здравеопазването

1. Източници за финансиране на здравеопазването

Финансирането на системата на здравеопазване може да се разгледа през призмата на източниците на средствата за финансиране. Те са публични и частни и постъпват от:

- ✦ Данъци;
- ✦ Вноски в системата за социално здравно осигуряване;
- ✦ Вноски в частни здравно осигурителни фондове;
- ✦ Лични средства на гражданите.

Най-често при финансиране на системите на здравеопазване се наблюдават комбинации между отделните източници в различни съотношения. Причината е, че държавата задължително запазва ролята си във финансирането на здравеопазването, дори и в ограничени размери в някои системи. Делът на всеки източник на финансиране дава представа и за конкурентната структура на системата.

В зависимост от степента на участие на държавата във финансирането и предоставянето на здравни услуги, могат да се обобщят три основни типа системи на финансиране:

1. системи на частно здравно застраховане с частни доставчици на услуги (модел на частни застрахователи/доставчици)
2. социално здравно осигуряване със смесена система от частни и държавни доставчици (модел на публичен договор)
3. системи, финансирани чрез общи данъци, с държавна собственост върху доставчиците (публично – интегриран модел)

При първия тип системи се постига високо равнище на насоченост към пациентите (качество на предоставяните услуги) и високи резултати за онези, които застраховани. Здравното застраховане може да е задължително (Швейцария) или избираемо (САЩ). Основни проблеми са невъзможността да се постигне пълно покритие (освен в случай на задължително участие в системата), както и затруднен контрол върху нарастването на разходите за здравеопазване.

Вторият тип “смесени” системи се характеризират със справедливост и равнопоставеност по отношение на достъпа, във все по-голямата част от тях се дава възможност на пациентите да избират сами доставчик на медицински услуги. При тях се наблюдава висока степен на регулиране и контрол от страна на държавата върху поведението на застрахователните фондове и доставчиците на услуги.

При третия тип системи много често се наблюдава вертикална интеграция между финансиращата институция и доставчиците на услуги – не са намесени трети лица във финансирането на здравеопазването (застрахователни или осигурителни фондове). Здравеопазването се организира на принципа на всеки друг публичен сектор. Клиентите на системата (пациентите) са поставени в слаба позиция, обикновено не се дава възможност за избор на доставчик. Предимството им е, че се дава възможност на държавата да регулира разходите за здравеопазване – чрез

глобален бюджет, определянето на цени на услугите, заплащането на медицинския персонал и др.¹⁰

Един от основните конфликти, които следва да се разрешат при изграждане на системата на здравеопазване, е изборът между ефективност на разходите и високо качество на здравните услуги. Всяка страна сама решава в какво съотношение да постигне тези две основни цели. Счита

се, че публичното интегриране на здравеопазването в държавното управление осигурява по-висока ефективност на разходите, но качеството на предоставяните услуги е по-ниско.

От своя страна "частните" системи осигуряват качествено обслужване, но на много висока цена. Следва да се търси приемлив компромис между участието на държавата в системата и нейните позиции и възможностите на пазара.

2. Разходи за здравеопазване

Разходите за здравеопазване, наред с методите и принципите на организация, управление и финансиране, са факторите, които определят ефикасността на всяка здравна система. Големите по обем разходи без адекватна система за тяхното насочване и контрол водят до разпиляване на обществените ресурси и незадоволителни здравни резултати. От друга страна, дори най-добре структурираната система ще се провали, ако е недофинансирана.

Имайки предвид решаващото влияние, което секторите на образованието и здравеопазването оказват днес върху конкурентоспособността и потенциала за развитие на нацията, икономически развитите страни в света поставят приоритет върху финансирането на тези два сектора. Здравеопазването има един от най-високите дялове както в рамките на публичните разходи, така и като част от БВП. Това в голяма степен се отнася и за страните от ЕС. Както се вижда от таблица № 1 средният размер на общите разходи за здравеопазване като част от БВП за всички страни от ЕС надхвърля 8 %. Този висок дял в общи линии се дължи на високите разходи в 15-те страни членки преди май 2004 г., където средният размер се доближава до 9 % от БВП. В Германия дялът на разходите е най-висок – около 11 % от БВП.

¹⁰ Основните характеристики на трите типа здравни системи по конкретни показатели могат да се разгледат в таблицата на Приложение 1.

Таблица № 1

		Здравни разходи като % от БВП								
		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
1	Австрия	8,3	7,6	7,7	7,8	7,7	7,6	7,7		
2	Белгия	8,9	8,6	8,6	8,7	8,8	9	9,1		
3	Дания	8,3	8,2	8,4	8,5	8,4	8,6	8,8		
4	Финландия	7,6	7,3	6,9	6,9	6,7	7	7,3		
5	Франция	9,5	9,4	9,3	9,3	9,3	9,4	9,7		
6	Германия	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9		
7	Гърция	9,6	9,4	9,4	9,6	9,7	9,4	9,5		
8	Италия	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1	8,3	8,5	8,5	
9	Люксембург	6,4	5,9	5,8	6,2	5,5	5,9	6,2		
10	Холандия	8,3	8,2	8,1	8,2	8,2	8,5	9,1		
11	Норвегия	7,9	7,8	8,5	8,5	7,7	8,1	8,7	9,1	
12	Португалия	8,4	8,5	8,4	8,7	9,2	9,3	9,3		
13	Испания	7,6	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,6		
14	Швеция	8,4	8,2	8,3	8,4	8,4	8,8	9,2		
15	Великобритания	7	6,8	6,9	7,2	7,3	7,5	7,7		
16	Чехия	6,7	6,7	6,6	6,6	6,6	6,9	7,1	7,6	
17	Унгария	7,2	7	7,3	7,4	7,1	7,4	7,8		
18	Полша	6	5,7	6	5,9	5,7	6	6,1		
19	Естония	6,1	6	5,9	6,1	5,5	5,1	5,1		
20	Латвия	4,5	4,5	4,1	5,2	4,8	5	4,9	5	
21	Литва	5,3	5,8	6,1	6	6	5,7	5,7		
22	Малта				8,31	8,81	8,92	9,69	9,63	
23	Словакия		5,8	5,7	5,8	5,5	5,6	5,7		
24	Словения	7,8	7,7	7,8	7,7	8	8,2			
25	ЕС	8,31	8,19	8,2	8,27	8,31	8,48	8,67		
26	ЕС преди май 2004	8,69	8,58	8,55	8,63	8,71	8,86	9,05		
27	ЕС след май 2004	6,22	6,06	6,24	6,24	6,06	6,3	6,44		

От общите разходи за здравеопазване средно около 75-76 % се финансират от публични източници (Таблица № 2). Това е в резултат от функциониращите в тези страни системи за социално здравно осигуряване, основани върху принципа на универсалното покритие на населението от системата. Прави впечатление също, че в страните от Източна Европа и Гърция делът на публичните разходи за здравеопазване е по-нисък от този на страните в Централна и Западна Европа. Последното се дължи както на по-ниската степен на развитие на здравноосигурителните системи, така и на по-ниското благосъстояние на икономиките в тези страни, което налага по-голямо съучастие на пациента в споделянето на разходите. Като цяло публичните разходи за здравеопазване в страните от ЕС са високи, а тенденцията към нарастването им започва от края на 60-те години на миналия век. Успоредно с увеличаването на обема на предлаганите медицински услуги се разширява и делът на публичните разходи в рамките на общите разходи в сектора. Причината е във високите разходи за нововъзникващите услуги и невъзможността на отделните субекти да ги покриват.

Таблица № 2

Публични здравни разходи като % от общите здравни разходи									
	Държава	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1	Австрия	69.7	70	69.7	69.6	69.6	68.5	69.9	
2	Белгия	71.1	69.8	70.2	70.6	70.5	71.4	71.2	
3	Дания	82.4	82.3	82	82.2	82.5	82.6	83.1	
4	Финландия	75.8	76.1	76.3	75.3	75.1	75.5	75.7	
5	Франция	76.1	76.2	76	76	75.8	75.9	76	
6	Германия	80.6	79.1	78.6	78.6	78.8	78.6	78.5	
7	Гърция	53	52.8	52.1	53.4	53.9	53.1	52.9	
8	Италия	71.8	72.2	71.8	72.3	73.7	76	75.6	75.3
9	Люксембург	92.8	92.5	92.4	89.8	89.7	89.8	85.4	
10	Холандия	66.2	67.8	64.4	63.3	63.4	63.3		
11	Норвегия	84.2	84.3	84.7	85.2	85	85.2	85.3	85.5
12	Португалия	65.3	65.7	67.1	67.6	69.5	70.6	70.5	
13	Испания	72.4	72.5	72.2	72	71.5	71.3	71.4	
14	Швеция	86.9	85.8	85.8	85.7	84.9	84.9	85.3	
15	Великобритания	82.9	80.4	80.4	80.6	80.9	83	83.4	
16	Чехия	92.5	91.8	91.8	91.5	91.4	91.4	91.4	91.4
17	Унгария	81.6	81.3	74.8	72.4	70.7	69	70.2	
18	Полша	73.4	72	65.4	71.1	70	71.9	72.4	
19	Естония	88	87	86.3	80.4	76.7	77.8	76.3	
20	Латвия	88	85	79.3	79.6	73.7	68.3	67.9	65.7
21	Литва	77.1	77.6	76.7	75.2	72.4	71.6	71.7	
22	Малта				50.83	53.5	65.69	69.05	65.35
23	Словакия		91.7	91.6	89.6	89.4	89.3	89.1	
24	Словения	89.1	88.3	88	87.5	86.6	86.7		

Както се вижда от приложените таблици в страните от ЕС разходите за здравеопазване са значителни и голям дял от тях се финансират от публични източници, което осигурява достъпа на всеки гражданин в страната до медицински услуги.

Разходите за здравеопазване в световен мащаб отбелязват стабилен ръст, който започва от 60-те години на миналия век. За продължителни периоди от време този ръст надхвърля ръста на икономиката, т.е. наблюдава се едно изпреварващо нарастване на разходите за здравеопазване. През 90-те години разходите за здравеопазване достигат огромни размери, а публичните ресурси стават все по-ограничени, поради което ръстът на разходите за здравеопазване постепенно се задържа и се обръща по-сериозно внимание върху реформирането на системите с цел повишаване на тяхната ефикасност.

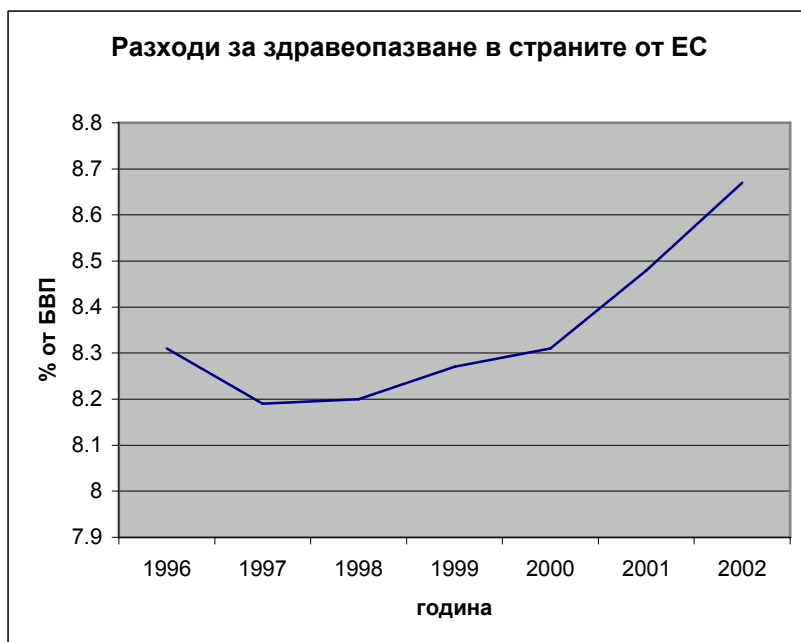
В края на 90-те години, под натиска на бързо развиващите се технологии, нарастването на цените и населението, както и застаряването му в икономически развитите страни, разходите за здравеопазване отново увеличават своя ръст. Това ясно се вижда на таблици № 1 и № 3, както и на графика № 1, където ясно се откроява параболичното развитие на разходите за здравеопазване. Прогнозите са, че през следващите години ръстът на разходите за здравеопазване в номинално изражение ще се установи на 4-5 % годишно, с тенденция към леко намаляване на този темп.¹¹

¹¹ Morgan, P., Health Care Spending: Past Trends and Projections, CRS, 2004.

Таблица № 3

Публични здравни разходи като % от БВП									
	Държава	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1	Австрия	5.79	5.32	5.37	5.43	5.36	5.21	5.38	
2	Белгия	6.33	6.00	6.04	6.14	6.20	6.43	6.48	
3	Дания	6.84	6.75	6.89	6.99	6.93	7.10	7.31	
4	Финландия	5.76	5.56	5.26	5.20	5.03	5.29	5.53	
5	Франция	7.23	7.16	7.07	7.07	7.05	7.13	7.37	
6	Германия	8.79	8.46	8.33	8.33	8.35	8.49	8.56	
7	Гърция	5.09	4.96	4.90	5.13	5.23	4.99	5.03	
8	Италия	5.39	5.56	5.53	5.64	5.97	6.31	6.43	6.40
9	Люксембург	5.94	5.46	5.36	5.57	4.93	5.30	5.29	
10	Холандия	5.49	5.56	5.22	5.19	5.20	5.38		
11	Норвегия	6.65	6.58	7.20	7.24	6.55	6.90	7.42	7.78
12	Португалия	5.49	5.58	5.64	5.88	6.39	6.57	6.56	
13	Испания	5.50	5.44	5.42	5.40	5.36	5.35	5.43	
14	Швеция	7.30	7.04	7.12	7.20	7.13	7.47	7.85	
15	Великобритания	5.80	5.47	5.55	5.80	5.91	6.23	6.42	
16	Чехия	6.20	6.15	6.06	6.04	6.03	6.31	6.49	6.95
17	Унгария	5.88	5.69	5.46	5.36	5.02	5.11	5.48	
18	Полша	4.40	4.10	3.92	4.19	3.99	4.31	4.42	
19	Естония	5.37	5.22	5.09	4.90	4.22	3.97	3.89	
20	Латвия	3.96	3.83	3.25	4.14	3.54	3.42	3.33	3.29
21	Литва	4.09	4.50	4.68	4.51	4.34	4.08	4.09	
22	Малта				4.22	4.71	5.86	6.69	6.29
23	Словакия		5.32	5.22	5.20	4.92	5.00	5.08	
24	Словения	6.95	6.80	6.86	6.74	6.93	7.11		

Графика № 1



3. Намаляване на разходите за здравеопазване чрез управление на търсенето и предлагането на здравни услуги

При стандартните стокови пазари, нарасналото търсене на един продукт може да бъде управлявано или чрез повишаване на цените, което ограничава търсенето, или чрез увеличаване на предлагането.

В здравеопазването такъв подход е трудно приложим, тъй като пазарът на здравни услуги се характеризира с естествен монопол на предлагането и висока степен на хетерогенност на продукта, както беше посочено по-горе.

При управлението на пазарите на здравни услуги най-често срещаната ситуация е: свръхтърсене се появява в резултат от слабо управление на обективно съществуващите пазарни несъвършенства и често е необходимо да се смекчат последствията от това като се предприемат мерки за свиване на предлагането поради липсата на ресурси.

Управление на предлагането

Управлението на предлагането използва методи, които засягат основно дейността на доставчиците на медицински услуги, посредством което ограничават и обема на търсенето. Опосредстваната връзка между потребителите и органите, управляващи системата, прави управлението на предлагането не особено ефективно. Причината е, че мерките са съобразени с наличните ресурси и евентуалното поведение на доставчиците, което оставя на заден план потребителите с техните нужди. При управлението на предлагането целта е преди всичко наличните ресурси да бъдат разпределени по начин, удовлетворяващ доставчиците на медицински услуги. Най-често използваните методи за управление на предлагането в здравеопазването са:

- намаляване на вариацията при реимбурсация на доставчиците за пациенти със сходни характеристики на заболяванията;
- създаване на ясни и точни стандарти за медицинския труд в различните подсистеми;
- регламентиране на броя и вида медицински специалисти, които да се обучават в средните и висшите медицински училища;
- стриктен предварителен, текущ и последващ контрол върху дейността на доставчиците;
- задаване на тавани на разходите на лечебните заведения;
- обвързване на всеки пациент с доставчик, който е отговорен за профилактиката и координацията между подсистемите;
- въвеждане на интегрирана информационна система в сектора на здравеопазването;
- стандартизиране на осигурителните договори за намаляване на административните разходи.

Управлението на здравеопазването по линия на предлагането исторически е възникнало и е използвано преди управлението на търсенето, но методите, които прилага, имат много силно въздействие върху системата, което понижава ефикасността на този тип регулации. Затова в последните години започват все по-усилено да се търсят и прилагат методи за въздействие върху здравната система по линия на търсенето, защото те предполагат по-малки сътресения и осигуряват устойчиво развитие на здравеопазването.

Управление на търсенето

Управлението на търсенето се усложнява от ускореното нарастване и динамично развитие на потребностите на хората от здравни услуги. Необходимо е по-точно разбиране на факторите, пораждащи това постоянно нарастващо търсене на здравни услуги, както и на формите на неговото проявление, за да се управлява системата по-добре.

Мерките за съдържане на натиска от страна на търсенето върху здравната система е свързано както с управлението на очакванията на пациентите, така и с очакванията на специалистите, които следва да лекуват тези пациенти.

Управлението на търсенето е процесът на идентификация къде, как, защо и от кого се поражда търсенето на здравни услуги и определянето на най-добрите методи за моделиране на това търсене, така че да се получи най-ефективната и справедлива здравна система. Управлението на търсенето зависи до голяма степен от правилното разбиране на промените в поведението на тези, които пораждат търсенето. То е свързано с най-правилния избор на здравни услуги. По-конкретно, управлението на търсенето е „подпомагане на хората, целящо да им даде възможност да направят рационални здравни и медицински решения на основата на преценката на ползите и рисковете”.¹²

Управлението на търсенето в здравеопазването има няколко основни характеристики¹³:

- управлението на търсенето е насочено не към посрещане на нарастващото търсене на здравни услуги, а към такова моделиране на този процес, което позволява здравните нужди на отделните индивиди и обществото да бъдат посрещнати с разполагаемите ресурси;
- управлението на търсенето не означава само намаляването му – там където има недостатъчно потребление на ефективни здравни услуги (например профилактика), търсенето трябва да бъде стимулирано;
- търсенето в здравната система се поражда на границите между отделните подсистеми. В тази връзка ефективното стимулиране на самолечението за някои по-леки заболявания може да спомогне да се управлява търсенето преди то да достигне здравната система;
- управлението на търсенето създава възможности за степенуван достъп до високите нива на здравни услуги (от самолечението към първичната помощ или от първичната към болничната) чрез консултации и разпространяване на знание, което да подкрепи решението;
- на второто ниво на здравната система (болничната помощ) специалистите, решаващи дали да приемат пациентите, споделят риска с тях, както и с колегите си от подсистемата на първичната помощ.

Управлението на търсенето в областта на здравните услуги предлага възможност за изход от ескалацията на напрежението върху система, в която ресурсите са ограничени. Това може да стане чрез предоставяне на здравни услуги:

- на различно място: изтегляне на дейности (напр. микроинвазивни операции), за които не е наложително третиране в болнични условия, към доболничната помощ;

¹² Vickery, DM, Lynch, WD, Demand management: enabling patients to use medical care appropriately, J Occup Environ Med, 1995.

¹³ Pencheon, D., Matching demand and supply fairly and efficiently, British Medical Journal, 1998.

- по различен начин: използване на реактивен подход, съчетан с наблюдение на заболяването като алтернатива на незабавната интервенция;
- от различни лица: самолечение и диагнози в по-голяма степен от медицински сестри и фармацевти, отколкото от лекари;
- по различно време: без ограничения за приемните часове на лекарите – организиране дейността по предоставяне на услугата в групови практики;
- с различни нива на споделена отговорност между професионалистите и обществеността.

4. Увеличаване на ресурсите за здравеопазване чрез въвеждане на системи за споделяне на разходите¹⁴

Личните средства на гражданите заемат важно място във всяка система на финансиране. В европейските страни, за разлика от САЩ, пациентските такси са малък дял от общите разходи за здравеопазване. Създадени са и редица схеми за разпределение на риска, които да смекчават въздействието на финансовите ефекти от недоброто здраве върху пациентите. Повечето европейски страни поставят акцента върху схеми, които са публично финансирани чрез социалноосигурителни вноски и данъци. При публично финансирани схеми вноските са много по-тясно свързани с възможността за плащане, отколкото със здравния риск за отделното лице. В европейските страни осигурителните споразумения, били те обществени или частни, предпазват здравноосигурените от поемането на пълните финансови разходи за услугите, които те получават в момента на потреблението. Вместо това обществена или частна осигурителна организация поема по-голямата част или пълния разход.

Както беше посочено, самата същност на пазарите на здравни услуги, характеризираща се с наличието на "морален хазарт" стимулира свръхтърсене на здравни услуги и по този начин съдейства за бързото увеличаване на разходите. В тази връзка се твърди, че въвеждането или увеличаването на потребителските такси ще направи потребителите на здравни услуги по-съзнателни към разходите за здравна помощ и ще ги възпира от ползването на услуги, които не са им истински необходими, т.е. там където очакваните пределни частни ползи са по-ниски от пределните частни разходи.

Друг аргумент в полза на потребителските такси е, че те осигуряват допълнителни приходи, когато правителствата имат трудности при финансирането на здравеопазването чрез данъци или социалноосигурителни вноски.

Плащанията от страна на потребителите на медицински услуги се обобщават в две големи групи – пряко и непряко споделяне на разходите. Прякото споделяне на разходите включва:

- Фиксирано доплащане – универсална такса или такса за услуга;
- Пропорционално доплащане – процент от пълната такса;
- Франшиза (начално плащане) (deductible) – първоначално плащане за услугата преди да влезе в действие осигурителното покритие;

¹⁴ Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J., Funding health care: options for Europe, European Observatory on Health Care Systems.

- Балансиращо доплащане – допълнителна такса, която доставчикът налага в допълнение към плащането, получено от осигурителната организация.

Неп прякото споделяне на разходите включва всички плащания за услуги, които не са включени в пакета, осигурен от финансиращата организация.

Въпросът със споделянето на разходите в системата на здравеопазването е изключително деликатен и трудно решим. Регламентираните доплащания и делът им в общите разходи трябва да бъдат внимателно подбрани (балансирани), така че да стимулират доставчиците да предоставят качествени услуги, да не ограничават прекалено достъпа до системата и същевременно да съдържат прекомерното търсене.

Основните критерии, които следва да се вземат предвид при третирането на въпроса със споделянето на разходите в здравеопазването са справедливостта, ефективността и обществената приемливост.

Справедливостта в здравеопазването е доста сложно понятие и в много случаи е неточно определяна при разглеждане на въпросите за споделянето на разходите. За целите на практиката, е достатъчно да се изследва въпроса дали въвеждането на схеми за споделяне на разходите засяга в различна степен по-нискодоходните групи, въз основа на наблюдение потреблението им на медицински услуги. Може също така да се наблюдават ефектите върху особено силно уязвимите групи, като например възрастните хора и хората с хронични заболявания, независимо от дохода им.

За да се формира адекватна система на споделяне на разходите е необходимо да се разгледат справедливостта при финансирането, както и справедливостта при ползването на медицински услуги. Това е свързано с определяне на финансовото бреме на доплащанията като дял от дохода между различните социални групи.

Ефективността на системите за споделяне на разходите е свързана основно със съпоставяне на постигнатите резултати, изразени чрез основни индикатори за здравен статус на населението, и изразходваните финансови ресурси за постигането на тези резултати. Много важно в този аспект е да се направи и оценка на разходите и възможността за администриране на системата.

Особено съществен критерий, който трябва да се съблюдава при въвеждането на система за споделяне на разходите са нагласите на обществото и обществената приемливост спрямо въпросната система. В този смисъл едно от най-важните неща е обществото да бъде добре информирано за целите, елементите, ползите и разходите, с които е свързана системата за споделяне на разходите, за да може да се изследват неговите нагласи и да вземе адекватно решение.

IV. Преглед на моделите за финансиране на здравеопазването

Краткият преглед на моделите на финансиране на здравеопазването в различни страни се основава на осем базисни критерия за ефективността на системите на финансиране¹⁵:

1. **Ценова адекватност:** в каква степен цената, която пациентът плаща за определена здравна услуга, отговаря на най-високата стойност за парите му.
2. **Социална солидарност:** дали системата дава възможност и на по-бедните да получат здравни грижи, които по качество не се различават от грижите за всички останали.
3. **Удовлетвореност и права на пациентите:** в каква позиция поставя системата пациента – силна или слаба.
4. **Качество на здравната услуга:** визира се мотивацията на доставчиците да предоставят висококачествени услуги на пациентите.
5. **Клинична автономия:** дали системата въздейства върху лекарите и обслужващият персонал с цел постигане на най-добра практика.
6. **Трети страни, които финансират процеса:** чии интереси обслужва включването на трета страна в процеса на финансиране на системата и какви рискове се поемат от нея.
7. **Адекватност към пациентите (responsiveness):** дали с времето системата е доказала възможностите си да балансира интересите на пациентите и капацитета за обслужването им, доколкото системата е обърната към пациента извън специфичните медицински грижи, които му предоставя.
8. **Фискална жизненост:** в каква степен е поносимо бремето върху държавния бюджет.

При прегледа на различните модели на финансиране на здравеопазването са изведени общите за всички страни принципни опорни точки: пакет от услуги, разпределение на ресурсите, финансови стимули, качество, удовлетвореност на потребителите, ефективност на разходите

1. Финансиране чрез данъчно облагане.

1.1. Великобритания

Великобритания въвежда от 1948 г. финансиране на здравеопазването в най-голяма степен от събраните данъци (85 %). Всички граждани имат задължението да участват в националната система на здравеопазване. Според бюджетната процедура във Великобритания се изготвя тригодишна бюджетна прогноза, в която се планират разходите за отделните отрасли министерства. Техните бюджети подлежат на коригиране по време на целия тригодишен цикъл. За периода 2002 – 2006 г. се предвижда увеличаване на публичните разходи за здравеопазване с около 6 % годишно в реално изражение.

¹⁵ Health policy consensus group, "Options for Healthcare funding"

Пакет от услуги

Услугите, които се покриват от националната служба по здравеопазване¹⁶, не са изрично законово дефинирани. Законът за Националната здравна служба от 1977 г. възлага обща отговорност върху държавния секретар за доставката на услуги “в степен, в която той счита за уместна, за да се покрият всички разумни изисквания”. Едва след създаването на Национален институт за клинични постижения, започват да се правят препоръки какво лечение и за какви целеви групи да се предлага от системата. Институтът е организация със специфични пълномощия, която отговаря за здравето на нацията на Великобритания пред държавния секретар и пред Народното събрание на Уелс. Решенията му се базират на анализ разходи/ползи, извършен от неговия комитет по оценките. Аналогичен институт има в Шотландия.

Договарянето за изпълнение на здравните услуги се извършва чрез система от Рамкови споразумения за обслужване и плащане. Те са дългосрочни и имат за цел да установят взаимоотношенията между доставчиците на услуги, клиентите на здравната система и финансиращата страна (в лицето на държавата). Прилага се също и системата от диагностично свързани групи, за да се прави оценка на необходимите ресурси за лечение на определено заболяване и да се извършват плащанията.

Разпределение на ресурсите

От 1970 г. във Великобритания се използва претеглена формула за разпределяне на ресурсите от централното правителство към местните здравни власти (Local Health Authorities). Те, от своя страна, разпределят предоставените им средства към центровете за първична медицинска помощ (primary care trusts). От 2003/2004 г. се въвежда нов механизъм за директно финансиране на тези центрове от страна на централното правителство. Всеки център покрива население между 50 000 и 250 000 души, в момента центровете са 302. Тяхната задача е да контракуват здравни услуги от доставчиците в рамките на определения им бюджет и да им заплащат за извършените здравни услуги на лицата.

Основен дял на разходите в английската система на здравеопазване имат текущите разходи за болнични и амбулаторни здравни услуги – 85 %, 2 % са капиталовите разходи, 11 % са разходите за възнаграждения на общопрактикуващите лекари, зъболекарски услуги и такси за лекарствени и други фармацевтични услуги, допълнителни здравни услуги – 1 % и административни разходи – 1 %.

Допълнителна частна застраховка има 11.5 % от населението във Великобритания, като по отношение на социалната структурата в тази група преобладават гражданите с високи доходи – 40 %, в сравнение с 5 % от тези в най-нискодоходната група. Допълнителната здравна застраховка се предпочита от населението във възраст 45 – 64 години, както и от хората, извършващи висококвалифициран труд.

Качество

Потребителите не разполагат с информация каква част от техните данъци се насочва за плащане на здравни услуги, още по-малко могат да оказват влияние за промяна на разходите си за здравеопазване.

Няма ясна договореност по отношение на услугите, които се предлагат и парите, които се предвиждат за тях. Социалната солидарност трудно може да се оцени, защото данъкоплатците не могат да преценят каква част от техните данъци се

¹⁶ NHS National Health Service

насочват към опазване здравето на бедните. Поради същата причина също трудно може да се прецени дали тази система е достатъчно жизнена и приемлива от фискална гледна точка.

Предварителните плащания към държавната хазна заедно с невъзможността за личен избор при насочване на ресурсите поставя потребителя в слаба позиция. При монопола на националната система за здравно осигуряване личните лекари и мениджърите на болниците не са стимулирани да разширяват възможностите за предоставяне на възможно най-висококачествени грижи за пациента.

Държавата в лицето на държавната хазна е трета страна, която се намесва във взаимоотношенията в системата на здравеопазване и нейните интереси не винаги съвпадат с интересите на потребителите. Поради тази причина връзките между заинтересованите страни се усложняват и се намаляват възможностите за мобилност и подобряване на работата в сектора.

Мерки за подобряване на съотношението стойност за пари за английската система.¹⁷

Резултатите на системата на здравеопазване във Великобритания са недостатъчно удовлетворителни, поради което се предприемат редица реформи, насочени към стимулиране на здравните организации да търсят начини да подобряват обслужването на пациентите.

През 1997 г. са премахнати финансовите и информационни бариери пред разпределението на ресурсите в сектора. Бюджетите за първична и вторична помощ се обединяват в центрове за първична помощ (Primary care groups/trusts). На тях е предоставена по-голяма свобода да прехвърлят средства между отделни услуги и доставчици, както и да задържат и изразходват излишъците по бюджетите си.

През 2000 г. Националната служба по здравеопазване предприема действия за подобряване на работата на доставчиците. Въвежда се система за атестиране на лечебните заведения, в резултат на която на всяко от тях се поставят 0, 1, 2 или 3 звезди. Максималният брой звезди означава отлично представяне на лечебното заведение по отношение на качество на предоставяните услуги и на удовлетвореността на пациентите.

Най-високият рейтинг дава предимството на по-голяма управленска и финансова автономия: автоматичен достъп до националния фонд за стимулиране на болниците¹⁸; по-рядък мониторинг на дейността на болницата, по-голяма свобода при разработване на собствени инвестиционни програми и проекти в областта на иновациите и др.

Националният фонд за стимулиране на болниците е създаден през 2000 г, като бюджетът му за 2003/2004 г. достига £500 милиона. Фондът осигурява средства за местни инициативи, които да стимулират по-доброто предоставяне на услуги от страна на болниците,.

През 2000 г. е създадена и Агенция по модернизацията, която обединява функциите по реализиране на всички инициативи, свързани с реформа на националната здравна система.

¹⁷ Measuring up: Improving Health Systems Performance in OECD Countries, 2002

¹⁸ National performance fund

1.2. Публично финансирана система, комбинирана с елементи на здравно застраховане

Ирландия¹⁹

Здравната система на Ирландия е хибрид между публично финансирана система на национална здравна служба и американската система на здравно застраховане.

Публичната здравна система разделя населението на две групи в зависимост от дохода и възможността да се плаща за здравни грижи. Първата категория лица са с годишен доход под определено прагово равнище. Тези лица имат право да ползват основни и допълнителни медицински услуги. Всички останали лица се причисляват към втората категория и имат право само на основни услуги, както и на определено количество извънболнични услуги.

Основните здравни услуги включват:

- ✘ Болнична помощ;
- ✘ Извънболнични клинични услуги;
- ✘ Субсидии за лекарства, съпътстващи лечението на хронично болни;
- ✘ Майчини грижи и грижи за новородени до 6 седмици след раждането;
- ✘ Детски профилактични прегледи.

Допълнителни медицински услуги, които се полагат само на първата категория (с ниски доходи) лица, включват:

- ✘ Личен лекар;
- ✘ Безплатни лекарства с рецепта;
- ✘ Стоматологични, офталмологични и слухови медицински услуги.

Финансиране на здравната система

Финансирането на публичната здравна система след 1977 г. се осъществява чрез данъци. Делът на разходите за здравеопазване в БВП на страната е около 6 %. Пациенти от втората категория, които ползват публични здравни услуги, плащат и такси при потреблението им, което дофинансира системата.

По-голямата част от пациентите от категория 2 имат и частна медицинска застраховка. Причините пациентите да изберат частна застраховка са различни: да избегнат дългите списъци с чакащи, да получат по-добро качество на обслужването при болнично лечение, да получат достъп до частните медицински лечебни заведения и др.

Частното здравно застраховане в Ирландия към момента се осъществява от две организации: Фонд за частно застраховане – застрахователна организация с нестопанска цел, която предоставя частни или полу-частни услуги на своите клиенти и BUPA – застрахователна компания, която получава право да осъществява допълнителни частни здравни застраховки едва през 1996 г. По този начин се премахва монополът на Фонда и се дава възможност на потребителите от втората група да избират здравноосигурителен фонд.

Двете организации предлагат почти идентични застрахователни планове и услуги, но докато Фондът обслужва 1 200 000 души, клиентите на BUPA са едва около 100 000.

¹⁹ Rebele, E., "Ireland's health care system: Writing a prescription for a healthier future"

В момента около 42 % от населението има частна здравна застраховка. Основното им предимство е избягването на дългите опашки за изчакване на лечение.

1.3. Финансиране с местни данъци, съчетано с управление на доставчиците на здравни услуги от страна на органите на местната власт

Дания

Организация и финансиране

Финансирането на системата на здравеопазване в Дания се основава на местни и общи данъци и такси.

Преобладаващата част от brutните разходи за здравеопазване в Дания (около 81 %) се финансират от местни данъци, чиито ставки се определят от 14 регионални съвета.

Функциите по финансиране на здравеопазването са доминираща отговорност за местните органи, които извършват 75 % от общите разходи за системата. Заедно с това, около 30 % от датското население има частна здравна застраховка.

Данъците се събират на местно ниво, като получените приходи се допълват от държавна субсидия, за да се покрият пълните разходи за здравеопазване. Размерът на субсидията се преизчислява на годишна база в зависимост от обема на местните данъчни приходи. Освен това, ресурсите се преразпределят между отделните региони и общини на база на формула, която включва показатели като: възрастова структура на населението, брой на децата в семейства с един родител, брой на хората, живеещи под наем, процент на безработица, процент на необразованото население, брой на емигранти от страни, които не са членки на Европейския съюз и др.

Разпределението на данъчните приходи за сектора на здравеопазване става посредством ежегодни преговори между Министерство на финансите, Министерство на здравеопазването и представители на местните органи на властта. Основната цел е да се постигне споразумение върху таваните на разходите за здравеопазване и размерите на субсидиите.

Достъп

Достъпът до здравни грижи е равнопоставен. Заедно с това, допълнителните плащания от страна на пациентите заемат съществено място, с малки изключения за хората с много ниски доходи.

Няма възможности за избор от страна на пациентите на финансираща институция, която да плаща лечението им, освен общината, както и съвсем ограничен избор относно сумата за здравно осигуряване. Пациентите могат да избират личен лекар и болнично заведение.

Датското правителство публикува сроковете за изчакване на лечение в отделните болници и всеки гражданин може да избере болница по този показател. Опитът да се постави ограничение от три месеца върху всички срокове през 90-те години се оказва неуспешен, поради което се налага да се въведат специфични цели по отношение на сроковете. На първо място се поставят злокачествените и сърдечно-съдовите заболявания, за които е въведен максимален срок от две седмици за изследвания, две седмици за лечение и две седмици за последващо лечение. За всички останали заболявания се въвежда максимален срок от два месеца. За сравнение във

Великобритания, към момента, целта за ограничаване на сроковете за лечение е 15 месеца.

В сравнение с английските пациенти, датчаните плащат по-големи лични суми под формата на доплащане, което ги поставя в по-силна позиция като потребители на здравни услуги. Сроковете на изчакване са значително по-кратки от тези във Великобритания, което е индикатор за резултатите на двете публично финансирани системи.

Причините за високото одобрение на системата от страна на населението в Дания са: комбинация между местно данъчно облагане, отговорност на болниците пред местната общественост, възможности за избор на доставчик и съсредоточаването върху правата на пациентите.

Качество

С реформата “свободен избор” от 1993 г. датското правителство стимулира личния информиран избор на болница от страна на потребителите на медицински услуги, с цел да се подобри качеството на предоставянето на здравна помощ и да се намалят сроковете за изчакване на лечение.

В резултат на предприетите мерки, болниците се конкурират помежду си за пациенти, но едва напоследък се правят оценки за реалното движение на средствата за финансиране между отделните общини в резултат на прилагане на принципа “парите следват пациента”.

Правени са проучвания, които доказват, че подобна система на финансиране има въздействие върху предоставяне на медицински услуги в интерес на пациентите от страна на лекарите и стимулира въвеждането на най-добра клиничната практика в повечето датски болници. Плащанията от страна на пациентите стимулират личните лекари да предприемат все повече превантивни мерки по отношение на лечението, което повишава ефективността на здравната система и има позитивно въздействие върху пациентите.

По отношение финансирането и осигуряването на здравната помощ местната власт има висока степен на отговорност пред местната общественост, което е гаранция за осъществяване на местните приоритети и съгласуването им с националните.

Швеция

Основният принцип в системата на здравеопазване на Швеция е, че публичният сектор следва да осигурява и финансира здравните грижи за цялото население.

Здравеопазването се осъществява от 21 местни общински съвети, които налагат местен данък върху доходите за финансиране на здравеопазването между 9.4 и 10.7 %. Тези местни съвети на практика доставят здравните услуги, тъй като притежават и управляват повечето болници в съответната община. В последните години се наблюдава и навлизане на частни организации на пазара на здравни услуги, особено в сектора на първичната помощ и на грижата за възрастни хора. Приватизацията на заведения за спешна помощ е забранена със закон.

Осигуряването на качеството в системата се осъществява чрез съпоставяне на идентични показатели в отделни болници,²⁰ информацията за които е публична и свободно достъпна. Тя се публикува в регистри по качеството (national quality registers). Съдържа данни за брой пациенти, диагнози, лечение, удовлетвореност на пациентите и др.

²⁰ Използват се на принципа на benchmarking.

Основният проблем на системата са сроковете на изчакване. Въпреки поетите ангажменти от страна на местните съвети за ограничаване на максималния срок на изчакване за операции в границите до 3 месеца, все още има случаи на изчакване от 12 месеца за някои процедури.

2. Финансиране на здравеопазването чрез системи за социално здравно осигуряване,

2.1. Социално здравно осигуряване заплащано от работодателя и служителя с множество неконкурентни автономни схеми за осигуряване – Франция.

Френското здравеопазване често се категоризира като смесена система, в която публичните и частните средства се допълват взаимно. Тя се основава на данъчно облагане (частично чрез общ за всички социален данък); социални здравни осигуровки и доброволно допълнително частно здравно осигуряване. Доброволното частно здравно застраховане е със значително по-голям обхват във Франция, в сравнение с която и да било друга европейска страна. То покрива 94 % от населението, но едва 13.4 % от общите разходи за здравеопазване в страната.

Системата във Франция се характеризира със значителна подкрепа на принципа на солидарността, особено след приемането през 2000 г. на Закон за универсално здравно покритие, който въвежда обща здравна осигуровка на база местожителство, а не както до тогава – на база заетост. Чрез нея и по-бедните слоеве на населението могат да получават същите здравни грижи, както по-богатите, а също така и възможност за избор на доставчик на здравни услуги.

Организация и финансиране на системата на здравеопазване

Размерът на публичните разходи за здравеопазване е около 7.5 % от БВП. Частните разходи за здравеопазване се оценяват на около 2.3 % от БВП. От 1996 г. насам всяка година се определя перспективно размерът на нарастване на разходите за здравеопазване по схемите за здравно осигуряване. Този ръст се възприема като цели, а не като ограничител на разходите.

Френските граждани са информирани за размера на средствата, които плащат като по този начин могат да добият сравнително точна представа колко им струват здравните грижи. Финансовите ресурси се насочват по една от 18-те схеми за здравно осигуряване, които са независими от правителството. Три основни схеми покриват около 96 % от населението:

- ✦ Обща схема за покритие на наетите работници в търговията и индустрията и техните семейства (84 % от населението);
- ✦ Схема за заетите в селското стопанство и фермерите (7 %);
- ✦ Схема за неселскостопански самонаети лица (5 %).

Средствата по първата схема се събират от Централна агенция за организация на социалното осигуряване (Agences centrale des organismes de securite sociale) и нейните регионални офиси. Размерите на осигурителните вноски по нея се разделят между работодателя и служителя в следното съотношение: 12.80 % върху доходите за сметка на работодателите, 0.75 % за сметка на работниците.

Втората и третата схема разполагат със собствена специфична организационна структура с локални представителства. Размерът на вноската за фермерите е 8.13 %,

а размерите на вноските по схемите за самонаети лица са дифенцирани между 5.90 и 6.50 % в зависимост от равнището на дохода на осигурените лица.

Останалите схеми са за специални категории заети лица в определени сектори (моряци и др.). Гражданите нямат право на избор на осигурителна схема.

Съществуват два механизма за ограничаване на риска: 1) Система от двустранно ограничаване на риска между общата схема за осигуряване и малките схеми. Тя компенсира разликите в демографската структура и доходите на своите членове. 2) Глобален механизъм за управление на риска между трите основни схеми за осигуряване, компенсираща демографските разлики между включените в тях осигурени лица. В схемата за селскостопански работници са включени лица с много по-неблагоприятна възрастова структура и често се налагат трансфери към нея от другите две схеми.

Пакет от услуги

За да бъде покрита от системата на задължително здравно осигуряване една услуга, тя трябва да бъде предоставена от медицинско лице и да се включва в един от следните два позитивни списъка:

- Списък с одобрени процедури: договаря се от представители на осигурителните схеми и организациите на медицинските специалисти, като предложенията им следва да бъдат одобрени от Министерство на здравеопазването;
- Списък с лекарства и медицински уреди: той се подготвя от Икономическия комитет за медицински продукти и отново следва да се одобри от Министерство на здравеопазването.

Тези правила се прилагат за онези дейности, които се заплащат с такси, а именно – амбулаторната помощ в частни практики и болничната помощ в частни болници. Всички диагностични и лечебни услуги, които се предоставят в държавни болници, се финансират чрез глобални бюджети.

При получаване на медицинската услуга, пациентът заплаща на лекаря стойността на фактурата, чиято стойност впоследствие се компенсира от здравния фонд. Изключене правят 2/3 от стойността на лекарствата (която се заплаща директно на аптеките) и за болнична помощ (която се плаща пряко от фонда). Средният срок на изчакване на реимбурсацията е 12 дни (7 дни, ако пациентът притежава смарт карта).

Фондовете (схемите), от своя страна, не са обвързани с държавата, те се управляват от борд, включващ представители на работниците и на работодателите. Едва напоследък, особено след създаване на Националните агенции по хоспитализация, се наблюдава нежелан процес на включване на държавата (директно) обратно в системата.

Системата не позволява да се провежда политика на селектиране на доставчик от страна на финансиращите институции поради невъзможността за свободен избор на такъв от страна на пациента. Записването в определен здравноосигурителен фонд става в зависимост от заетостта на пациента, но въпреки това, поради факта, че може да избира доставчик на здравни услуги, пациентът е в силна позиция.

Позицията на пациентите е особено силно подкрепена чрез предоставяне на всеки потребител правото на директен достъп до специализирана медицинска помощ, без да е необходимо да ползва услугите на общопрактикуващ лекар преди това.

Директните плащания за лекарските услуги са регламентирани, като най-бедните граждани са освободени от тях. Те са в размер на 30 % от предварително установената такса за медицинска услуга (doctor conventionne), както за общопрактикуващите лекари, така и за специалистите. Потребителските такси за болнично лечение са в размер на €11 на ден престой плюс 20 % от общите разходи за първите 30 дни от лечението до определен максимум от € 200.

Допълнителните плащания са две основни категории: задължителни такси, въведени с цел някаква част от цената на една услуга да се плаща от пациента (за амбулаторна помощ, визити при лични лекари и специалисти, дневни такси за дневен престой в болници и др.) и други такси, резултат от въвеждане на специфични мерки (медицински продукти, които не са част от позитивния списък и др.). Допълнителните плащания могат да бъдат обект на доброволното допълнително здравно застраховане като равнището на реимбурсиране зависи от вида на застрахователната полица.

Качество

Лекарската практика подлежи на оценка и акредитация от Национална агенция за акредитация и оценка на здравните грижи, създадена през 1997 г. Тя извършва и оценка на процедурите, които лекарите извършват и на тази база тези процедури и практики се включват в позитивния списък.

Удовлетвореността сред пациентите е висока. Тъй като парите следват пациента, доставчиците са стимулирани да предлагат висококачествени здравни услуги.

По отношение на свободата на лекарите, установените регулации осигуряват широките права на лекарите да лекуват, предписват лекарства и да установяват добри лекарски практики. Въпреки това, въвеждането през 1994 г. на закон за общи насоки в лечението и финансови стимули и санкции за лекарите води до някои ограничения върху професионалната автономност на медицинските специалисти. Често се налага пациентите да искат потвърждение за плащане от страна на осигурителните фондове, преди да предприемат предписаното лечение.

Капацитетът на здравната система е голям, а въвеждането и на допълнително доброволно здравно застраховане дава възможност на системата да се развива успоредно с очакванията на гражданите. Сроковете за лечение във Франция са изключение.

Една от по-слабите страни на френското здравеопазване е не достатъчно високата стойност за пари, която системата предоставя. Тя е създадена във времена, когато се е вярвало, че медицинските грижи са необходимост, която при всички случаи (независимо от разходите) следва да бъде осигурявана.

Усилията за ограничаване на разходите предвиждат мерки за разширяване участието в процеса от страна на пациентите и ограничаване размера на осигурителния пакет.

2.2. Социално здравно осигуряване, което се заплаща от работодателя и служителя с множество конкурентни фондове – Германия, Холандия

Германия

Организацията и финансирането на здравеопазването в Германия се базира върху традиционните принципи на социална солидарност, плурализъм, децентрализация и саморегулиране. Ролята на федералното (централното) правителство се състои в създаването на законова рамка на здравното обслужване, докато по-голямата част от

отговорността за изпълнението му се носи от администрацията на отделните провинции.

Счита се, че немската здравна система осигурява едни от най-висококачествените здравни грижи в света.

Социално ориентираната здравноосигурителна система в Германия покрива около 88% от населението. Трудово заетите, с доход под определен праг, се осигуряват на законова основа, а безработните изцяло се осигуряват от държавата. Здравното осигуряване в Германия не е универсално. По отношение на него населението се разделя на три групи:

- задължително се осигуряват в законово установената система 78 % от гражданите /2003 г./;
- малка част от населението – самонаети лица, военнослужещи и определени държавни служители (например съдии, работещи за Европейската комисия и др.) - са изключени от задължителната здравноосигурителна система и най-често те избират частни здравни застраховки;
- трета група лица, които имат доходи над определен праг могат да избират дали да участват в системата на общо здравно осигуряване или да си направят частна здравна застраховка.

Организация и финансиране на системата на законовото всеобщо здравно осигуряване

Разходите за здравно осигуряване се изчисляват като процент от дохода на работниците като се поделят между работодателя и работника. Средните разходи за здравно осигуряване са 13.5 % от дохода (по 6.75 % за работника и работодателя). Те постъпват в 292 независими застрахователни фонда (към 1.01.2004 г.; 420 през 2000 г.), които заплащат за извършването на здравни услуги на здравноосигурените в тях

В Германия функционират и 49 частни здравноосигурителни компании, които покриват лицата избрали да се осигуряват частно. (около 7 милиона души)

Немските граждани имат право (от 01.01.1997 г.) да избират здравен фонд оценявайки предимствата на различните фондове главно на основата на различните ставки на осигурителните премии, които се плащат. Клиентът може по всяко време да смени своя фонд, но при условие, че през следващите 18 месеца губи правото си на смяна. На практика изборът се осъществява трудно, тъй като клиентите на даден фонд са ограничени в зависимост от местоработата си или поради географски ограничения. Въпреки това здравните фондове в Германия оперират в конкурентна среда.

Държавата е делегирала право на здравноосигурителните фондове да решават на какво равнище да определят премиите си. Този процес подлежи на контрол от страна на местните правителства, ако фондът оперира на регионално ниво и от федералната застрахователна служба, ако фондът оперира на територията на цялата страна.

Прилага се механизъм за компенсиране на риска между отделните фондове. При него всички фондове се задължават да предоставят (или съответно – получават) средства в зависимост от разликите в техните допълнителни приходи, както и в зависимост от средните им разходи. Механизмът на компенсиране на риска осигурява постигане на баланс между отделните фондове. Плащанията в рамките на

осигурителния пул и извън него, се базират на комплексни разчети въз основа на възрастта, пола и местоживеенето на осигурения.

Социалните функции са системата са добре организирани, тъй като държавата покрива разходите на социално слабите граждани за здравно осигуряване като заплаща здравните премии на фондовете. За пенсионерите и за безработните се грижат съответни фондове, които поемат ролята на работодателя при изплащането на здравни осигуровки.

Фондът на фермерите получава субсидии, за да се преодолее разликата между събираните здравни застраховки и фактическите разходи за здравни грижи.

Повечето от здравните фондове са организации с нестопанска цел и се управляват от представители на работниците и работодателите.

Фондовете нямат право да селектират доставчиците на здравни услуги на база на принципите за ефективност, ефикасност и най-добра грижа за пациента, тъй като трябва да сключват договори с всички лекари и болници в даден регион.

Същевременно осигурителите са длъжни да предоставят един и същ широк пакет от здравни услуги на всички свои клиенти.

Качество

Традиционно в Германия се счита, че персоналът, техническият капацитет, професионалната саморегулация и контрол върху техническата и хигиенна сигурност са достатъчни, за да гарантират качество. Социалният кодекс очертава основните изисквания, на които трябва да отговарят болниците, за да бъдат акредитирани и включени в болничния план и да участват при реимбурсацията. Същевременно осигуряването на качеството все повече се прехвърля от доброволни към задължителни мерки. За всяка отделна дейност и услуга, предлагана на пациентите, се изисква сертифициране. В договорите между фондовете и доставчиците се включват задължения за предоставяне на качествени услуги.

В доболничната помощ съществуват механизми на контрол, насочени срещу свръхпотребление на услуги и фалшиви искове за реимбурсация.

Пациентите могат да избират доставчик на здравни услуги от широк кръг специалисти. Удовлетвореността на пациентите от системата е висока, независимо че в последно време спада, вероятно поради увеличението на осигурителните премии.

Основни принципи на медицинската практика в Германия са пазарното ориентиране и допълняемост. Регионални лекарски асоциации и асоциации на осигурителните фондове определят равнището на бюджетите за лечение. С редица федерални закони от 1977 г. се определят разходите, които да се включват в тях.

Лекарствата се контролират от кратък негативен списък и референтни цени. Съществува географско ограничение за установяване на лекарска практика. Осигуреността с медицински персонал и капацитетът за лечение в болничните заведения са високи. Това се дължи в голяма степен на участието на регионалните правителства в инвестициите в болничния капацитет.

Счита се, че пациентите нямат информация за цената, която плащат за лечението, защото всички медицински услуги, с изключение на лекарствата, които са обект на съвместно плащане и зъболекарските грижи, за които получават лично сметка, се заплащат от избрания здравен фонд. Това е класическото условие за наличие на свръхпотребление на медицински услуги в Германия.

Подобно на френската система и при немската не се отчита отношението “стойност за пари”. Едва в последните години в публичния здравен сектор започва да се работи за разширяване на конкуренцията и за повишаване ефективността на разходите в системата.

Налице са опасения у работодателите относно високата цена, която трябва да плащат за здравно осигуряване, което ще намали конкурентноспособността им на световния пазар.

Основни проблеми и насоки на реформите в здравния сектор

Задължителното здравно осигуряване, което се финансира поравно от вноски на служителите и работодателите, се изправя пред нарастващи проблеми. От една страна базата на приходите се свива поради икономически и демографски промени, включващи постоянно високи нива на безработица и увеличаващ се брой на пенсионерите. От друга страна нарастват разходите на здравноосигурителните каси за лекарства. През 2001 и 2002 г. касите отчитат дефицит в размер от приблизително 3 милиарда евро. По закон те нямат право да поемат задължения с дългосрочен характер, което ги принуждава да повишат размера на вноските. Средният размер на вноската нараства твърде бързо от 13,6% от brutните доходи през 2001 г. на 14,3% за 2003 г. Предприемат се мерки за редуциране на разходите чрез повишаване на ефективността.

1. Ограничаване на разходите

В съвременното немско законодателство се съдържат два основни механизма за овладяване нарастването на разходите. Единият е чрез увеличаване на контрола върху разходите на централно ниво, а другият – чрез насърчаване на саморегулирането на разходната част на здравните фондове, съчетано с конкуренция между изпълнителите на здравни услуги. По такъв начин немската система е на кръстопът между регулирането – от една страна, и децентрализацията на финансирането и организацията на здравеопазването – от друга.

Реформи в областта на ограничаване на разходите започват през 1977 г. Свързани са с гарантиране на стабилност в здравноосигурителните вноски на принципа “разходна политика, базирана върху доходите”. Предприетите мерки включват:

- бюджетни тавани за отделни сектори и отделни доставчици;
- постепенно разширяване на предварителните плащания в доболничната и болничната помощ;
- референтни цени за лекарствата, разширяване на негативния списък;
- намаляване броя на болничните легла (а не на броя на болниците);
- разширяване дела на доплащанията.

Тези мерки водят до стабилизиране на публичните разходи за здравеопазване на равнище около 6-7 % от БВП. Ограничаването на разходите в доболничната помощ и зъболекарските грижи се счита за успешно, докато при болничната помощ резултатите са противоречиви. Разходите за болнично лечение се ограничават слабо през 90-те години, при лекарствата успех се постига между 1993 и 2000 г.

През 2003 г. се приема Закон за модернизиране на задължителното здравно осигуряване, чиято основна цел е допълнително ограничаване на разходите в сектора. Той въвежда нови форми на доплащане и изключва определени услуги от покрития от здравните фондове пакет услуги. Редица мерки са насочени към ограничаване разходите за лекарства.

Основните елементи на предлаганите реформи включват засилване ролята на пациентите чрез увеличаване на правата им за участие в определянето на здравната политика чрез въвеждане на представител на пациентите на федерално ниво, който ще има право да участва (но не и да гласува) в работата на най-важните институции в рамките на германския стил на делегирано вземане на решения, като например, Федералния комитет на лекарите и здравните каси. Предлага се създаването на “Германски център за качество в медицината” по модела на Националния институт за

клинично качество в Англия. Наред с другите задачи центърът ще извършва оценки на здравните технологии, ще прави препоръки за включването на технологии в каталога на осигурителните помощи на Задължителното здравно осигуряване (решението се взема от Федералния комитет). Центърът за качество ще разработва указания за някои болести и ще предоставя информация на пациентите за научните новости.

Предвижда се най-важната роля на центъра за качество в медицината да бъде в сферата на лекарствата, тъй като достъпът до пазара и ценообразуването ще се реорганизируют. Центърът ще класифицира новите лекарства според нивото им на иновация и ефективност и ще извършва анализ на икономическа ефективност при сравними лекарства (освен за лекарствата открития). Ако се установи, че ефективността превъзхожда тази на съществуващите лекарства, производителите ще се канят да договорят цени със здравните каси като се взема предвид анализа за икономическа ефективност. Ако преговорите не са успешни, разходите за лекарства ще се покриват, но ще подлежат на частично доплащане. В случай, че ефективността е равна на съществуващите на пазара продукти, новото лекарство средство веднага ще се класифицира в системата с референтни цени, т.е. патентът няма да осигурява период за продажба без референтни цени. Предвижда се набор от допълнителни мерки за либерализация на лекарствения пазар. Продаваните в аптеките лекарства няма да са с определени еднакви цени, а на аптекарите ще се разрешава да имат повече от една аптека (верига от аптеки). Обмисля се и вариантът да се разреши електронната търговия с медикаменти.

2. Подобряване на здравните резултати

Поставянето на здравни цели се извършва от фондовете след 1997 г., когато те започват да търсят нови пътища за постигане на препоръките в доклада на Световната здравна организация от "Здраве за всички до 2000 г.". Същевременно много малко провинции си поставят публични здравни цели.

3. Реформиране на механизма за преразпределяне на риска между застрахователните фондове

Счита се, че един от основните недостатъци на здравното осигуряване в Германия е сложната схема за компенсиране на риска между отделните осигурителни фондове. Оценката за механизма е, че на практика работи добре, но все още създава стимули за селекция на риска, защото не отчита структурата за заболяемостта по отделни фондове, а само различията по отношение на възраст, пол, инвалидност и доход. Поради тази причина със специален закон се въвеждат допълнителни критерии за корекция на риска и се създава фонд за високо рискови групи пациенти, в сила от 2003 г.

Предвижда се правителството да подпомага процеса на сливане и асоцииране на здравните каси. Няма да се позволява създаване на нови здравни фондове до 2007 г., когато се предвижда реструктурирането на риска като механизъм за компенсиране да се основава на критерия заболяемост. Очаква се тези мерки да подобрят работата на здравноосигурителните институции.

Организационни реформи²¹

Взаимоотношенията между платците (здравните каси) и доставчиците ще се реорганизируют напълно. Към настоящия момент амбулаторният сектор е строго отделен от сектора на болничното лечение, като при първия има колективни договори между здравните каси и асоциациите на лекарите, а при вторите – между здравните каси и болниците. В бъдеще ще се обособят четири "сектора": семейна медицина, специализирано амбулаторно лечение, болнично лечение и интегрирано лечение. Съществуващата система на колективни договори ще се запази само за сектора на семейната медицина. По този начин се осигурява достъпът до всички общопрактикуващи лекари, но се ограничава ролята на асоциациите на лекарите. Механизмът на реимбурсиране за семейните лекари ще се смени със система от такси за всеки обслужен пациент вместо прилагането на такса за услуга.

²¹ Германските планове за "модернизиране на здравеопазването"; Eurohealth, Volume 9, Number 1, Spring 2003

При специализираното амбулаторно лечение се предвиждат най-големи промени: здравните каси ще имат право на селективно договаряне в една област, която ще включва не само частнопрактикуващи специалисти, но и болници, първоначално поне за “високоспециализираните” услуги. По този начин здравните каси вече няма да са задължени да договарят с всички акредитирани доставчици, а ще имат право на селективен избор. Основната идея е да се даде възможност на здравните каси да предоставят повишено качество, което неизбежно ще доведе до известно ограничаване на достъпа. Реимбурсирането ще се основава на такса за група от услуги или на такси за диагнози, подобно на болничната медицина.

За болничното лечение след 2007 г. здравните каси няма да са задължени да договарят с всички болници, включени в така наречените болнични планове. Задължението за колективно договаряне все пак ще остане в сила като здравните каси трябва да се споразумеят с кои болници да сключват или да прекратяват договорите. Трябва да се отбележи, че заложените промени няма да се отразят върху начина на реимбурсиране на болничните услуги, който наскоро бе променен по диагностично-свързани групи (ДСГ).

Четвъртият “сектор” – интегрираното лечение е въведено със Закона за задължително здравно осигуряване от 2000 г. Прави се опит за осигуряване на по-голяма гъвкавост относно задължението за сключване на рамкови договори между Федералната асоциация на здравните каси и Федералната асоциация на касовите лекари. Вторият проблем, който трябва да се реши, е преодоляване на трудностите при изчисляване на необходимите корекции на амбулаторните бюджети.

Дава се законова регламентация на възможността да се създават здравни центрове, т.е. мултидисциплинарни институции, осигуряващи амбулаторно лечение. Те могат да предоставят услуги в областта на семейната медицина, специализираното амбулаторно лечение и интегрираното лечение. Към настоящия момент съществуват само няколко здравни центрове като наследници на бившите поликлиники в Германия.

Целта на планираните здравни реформи е бъдещото законодателство да постигне равнопоставено третиране на пациентите, доставчиците на медицински услуги и здравноосигурителните каси според резултатите от тяхната дейност. С предприетите мерки се очаква до 2007 г. да се реализират икономии в размер на над 23 милиарда евро и да се осъществи намаляване на ставката за здравноосигурителни вноски през 2006 г.

Холандия

Здравеопазването в Холандия е от смесен тип – публично и частно. Общият дял на публичните и частните здравни осигуровки възлиза на 85 % от общите разходи за здравеопазване. Държавата субсидира допълнително системата от данъчните постъпления (около 5 %), а пациентите плащат около 9 % собствени средства.

Финансиране

Основният инструмент на Правителството за разпределяне на ресурсите в системата е определяне на бюджетите по сектори и институции.

Първоначално се определя общият таван на разходите в макрорамката на бюджета. След това Министерство на здравеопазването решава как да се разпределят средствата по отделните сектори в системата.

Осигурителните фондове и доставчиците на здравни услуги се договарят помежду си за обема, цените и качеството на услугите. Максималният размер на таксите за услуги се определя със закон, но могат да се договарят и по-ниски равнища на таксите. В рамките на установените бюджети здравните институции получават реалните плащания от осигурителните фондове и частните здравни фондове. Общопрактикуващите лекари и зъболекарите получават плащания на записан пациент (капитация) за пациентите, осигурени от съответния здравен фонд, а за

частно застрахованите пациенти – такси за услуги. Те получават и някои специфични плащания за извършени услуги (имунизации и др.).

Системата на здравеопазване е организирана на две равнища. Част от населението (64 %), с доходи под определен праг (€ 25 000 за 2000 г.) задължително се осигурява в здравни фондове (sickness funds). Вноската е 8.1 %, разпределена между работник и работодател в съотношение 1.75 % и 6.35 %. Тенденциите са към повишаване на прага с цел включване на по-широк кръг граждани в системата.

Осигурените от социалната система на здравно осигуряване плащат и допълнителна премия, която не се базира на дохода им и се различава в различните фондове.

Гражданите се осигуряват задължително за дългосрочни медицински грижи и скъпоструващо лечение, като вноските са 10.25 % върху данъчно признатия доход (до определен таван) и се плащат от служителите.

Останалата част от населението, която не попада в посочената доходна група, може да избира частна здравна застраховка. Макар че тя не е задължителна, практиката показва, че почти всички граждани са застраховани в частен фонд.

Механизмът на финансиране на системата е усложнен. С изключение на премиите по здравните осигуровки, които се събират от индивидуалния осигурителен фонд, вноските в системата за задължително здравно осигуряване се превеждат в Централен фонд, който се управлява от Здравно осигурителен борд. През 1998 г. администрирането на централния фонд е поверено на регионално равнище на най-големия индивидуален осигурител в съответния регион.

Към 2004 г. в Холандия има 22 индивидуални осигурителни фонда, като всеки гражданин може да си избира фонд и да го променя веднъж годишно. Всеки фонд получава (предварително) от Централния фонд плащане под формата на рисково коригирана капитация. Корекциите са спрямо установените критерии - възраст, пол, регион и заетост на лицата, записани във фонда.

Бюджетът, с който всеки фонд разполага, служи за база за договаряне на качеството, количеството и (до някаква степен) цената на здравните услуги от страна на доставчиците. Корекциите се прилагат само за разходи, върху които фондовете имат определена степен на контрол – разходи за лекарства, за лични лекари и специалисти.

Съществуват два механизма за ретроспективно лимитиране на финансовия риск:

- Изравнителен: всички разлики между бюджета на даден фонд и фактическите му разходи частично се разпределят между всички фондове (до определен процент).
- Преизчислителен: всяка разлика, която възниква между общия бюджет на индивидуалните фондове и общите разходи на фондовете (поради невъзможността на фондовете да влияят върху всички разходи за здравни услуги), се покрива от Централния фонд.

Качество

Системата за оценка на качеството в Холандия се основава на принципа на саморегулиране (подобно е регулирането на качеството и в Швеция, независимо от това че шведската система на здравеопазване е публично интегрирана).

Реформиране на системата на здравно осигуряване в Холандия през следващите години²²

В момента в страната текат законодателни процедури по промени в системата на здравно осигуряване и се очаква новият модел да започне да действа през 2006 г. Основната цел на реформата е да се повиши разходната ефективност чрез децентрализация и приватизация в сферата на здравните услуги и ограничаване на разходите. Предвижда се да се приеме нов закон за здравното осигуряване, който ще задължи всички граждани на Холандия да имат здравна осигуровка.

3. Системи на здравно застраховане

3.1. Задължително здравно застраховане, заплащано от всички граждани, конкуриращи се застрахователи и одобрен от правителството застрахователен план - Швейцария.

През 1994 г. в Швейцария, след промени в основния Закон за здравно застраховане, става задължително всеки гражданин да има застраховка за основен пакет здравни услуги, определени със закон.

В страната има около 100 (93 през 2002 г.) частни застрахователни фонда с нестопанска цел. Те се конкурират помежду си, като предлагат задължителна здравна застраховка, чийто обхват се установява на национално ниво. Премиите се различават значително въз основа на въведените множество удръжки и намаления, различните възможности за управление на средствата, съвместни плащания за амбулаторна помощ и пр.

Организация и финансиране на системата за здравно застраховане

Основно преимущество на швейцарската система е напълно свободният избор на фонд и на лечебно заведение от страна на пациента. Конкуренцията между отделните фондове е на високо равнище. Застрахователите следва да договарят закупуване на медицински услуги за своите клиенти с всеки желаещ акредитиран доставчик в съответния кантон. Селективното договаряне се допуска с промените в Закона за здравно застраховане от 1994 г., но рядко се използва. Фондовете са заинтересовани в по-голяма степен от фиксирани нивото на премиите, отколкото от намаляване на разходите за здравни услуги чрез селективно договаряне с доставчиците при по-ниски цени на услугите.

Основният пакет от услуги се дефинира на федерално ниво и на практика включва почти всички възможни медицински грижи, които потребителят може да получи със застраховката – извънболнична и болнична помощ, неограничен престой в лечебни заведения, диагностика, алтернативни методи на лечение и др.

Здравните фондове не се конкурират на база пакет от услуги, тъй като той е дефиниран законово. Качеството на предлаганите застрахователни услуги също не се различава между отделните фондове. Конкуренцията в този модел се основава на диференциацията в застрахователните премии и множеството предлагани намаления.

Размерът на премиите се регулира, но не се фиксира. Той е независим от дохода и от индивидуалния риск (след 1996 г.). Нивото на премиите варира по кантони, понякога – в значителна степен (50 % от равнището на премиите).

²² <http://www.healthpolicymonitor.org/index.jsp>

Управлението на риска за застрахователните фондове след 1996 г. се осъществява от т. нар. “Фондация 18” – организация, създадена от регистрираните застрахователни фондове, която се занимава с решаване на проблеми, свързани с диференциацията на риска. Използва се формула, базирана на възрастта и пола на застрахованите. Счита се, че в близко време ще бъдат включени и други критерии към тези – например брой болнични лечения за година.

Допълнителната доброволна застраховка финансира около 11 % от общите разходи в системата. Тя се прави за услуги извън основния пакет или за осигуряване на по-добри условия за лечение (най-вече – прием в единични стаи в болниците).

Застраховка за болест, възраст и инвалидност се прави задължително от всички граждани по модела на социално здравно осигуряване, чрез здравни вноски от дохода, разделени между работник и работодател в определено съотношение. Тези застраховки представляват 7 % от общите разходи за здравеопазване.

За да се гарантира, че икономическото бреме няма да пада непропорционално върху болните, възрастните и бедните, премиите са диференцирани на местно ниво. Между отделните фондове има създаден механизъм за управление на риска. Една трета от швейцарците получават субсидии за премиите, които трябва да платят. Между 23-те кантона се наблюдават разлики в политиката при определяне на субсидиите. Един примерен подход е да се покрива онази част от премията, която надхвърля 10 % от данъчно облагаемия доход, при друг подход субсидията се определя по пълзяща скала, според дохода на лицата.

При посещение при лекар се плащат потребителски такси в нисък размер (10 % от стойността на услугата, както за общопрактикуващите лекари, така и за специалистите, 10 % от стойността на предписаните лекарства, SFR10 за болничен престой на ден), които са ограничени с годишен максимум. Според различни изследвания в Швейцария дори и те тежат твърде много върху по-бедните граждани. Поради тази причина се предвижда въвеждането на система за изключване на социално слабите граждани от плащането на такси, подобно на използваната система за субсидиране на премиите.

Качество

Поради широките възможности за избор и на застраховател, и на доставчик на здравна услуга, се счита, че правата на застрахованите пациенти в Швейцария са защитени до степен, сравнима само с тази в САЩ. Онези, които искат да получат допълнителни услуги, могат да направят това, като платят допълнително за тях. За всеки гражданин е гарантиран стандартен минимален пакет от здравни услуги. Чрез децентрализираната си система на пряка демокрация, швейцарците имат и значително влияние върху структурирането на здравната система. Удовлетворението на пациентите е на значително високо ниво.

Лекарите в Швейцария се конкурират помежду си чрез таксите, които получават от пациентите и поради тази причина имат финансови стимули да предлагат качествени здравни услуги. Осигуряването на достъп до здравна помощ за всички пациент е една от основните цели на приетия Закон за здравно застраховане. Федералното правителство счита, че тази цел е постигната. Много добре развитият клиничен капацитет се дължи на това, че кантоните инвестират в болниците. Броят на лекарите нараства.

По отношение на клиничната автономия, все по-голяма част от дейността на лекарите подлежи на регулиране. Прилагат се условия, при които застрахователите

плащат на лекарите само в случай, че лечението е подходящо и ефективно по отношение на разходите и на резултатите.

Мерките за осигуряване на качествено лечение се различават значително в отделните кантони. Лекарите имат право да установяват практика където пожелаят.

Анализаторите оценяват системата на здравеопазването в Швейцария като относително адекватна на очакванията на пациентите и като по-високо адаптивна към промени в очакванията им от повечето други здравни системи.

Една от слабите страни на модела е задължението фондовете да сключват договори с всички болници, което не им дава възможност да избират най-ефективните доставчици. Подобно на Германия, регулациите в тази област вероятно ще се променят по посока на по-голяма свобода при договарянето.

Друг негативен момент е, че прилаганият модел на финансиране е високоразходен и по тази причина въпреки значителните позитиви, които съдържа, е почти невъзможно да бъде приложен в повечето страни, особено в т.нар. "бедни страни".

След 1996 г се наблюдава рязко увеличение на премиите, данъчното облагане и потребителските такси също играят съществена роля. Нарастват опасенията, че противоречиви финансови стимули допринасят за спиралообразното нарастване на разходите. Разходите за лекарства са много високи поради местното законодателство, което забранява паралелен внос на лекарства. В момента се дискутира как да се стимулира конкуренцията от страна на предлагането на медикаменти.

3.2. Доброволно здравно застраховане, осигурявано от работодателите, в съчетание с данъчни субсидии – САЩ

Секторът на здравните грижи в САЩ е изключително разнообразен и се характеризира с комбинация от публично (около 45 %) и частно (55 %) финансиране. Около 72 % от американските граждани (около 200 милиона души) имат частна здравна застраховка, от тях 177 милиона се застраховат здравно от работодателите си.

Моделът се прилага чрез така наречените осигурителни планове, чийто разновидности се определят от съотношението между размера и начините на заплащане на осигурителните вноски, вида и количеството на предоставяните медицински услуги и съответно – степента на участие на работодателите в заплащането на осигурителните вноски.

Частно здравно застраховане

Работодателите като правило изплащат изцяло здравната застраховка на служителите си, срещу което получават данъчни облекчения.

В последните години нараства безпокойството от страна на работодателите относно увеличените здравни разходи и се правят опити за въвеждане на схеми за управление на медицинските грижи. Тези инициативи са насочени към включването на потребителите на здравни услуги в управлението на средствата, формирани от техните здравни застраховки и към ограничаване на свръхпотреблението на здравни услуги.

Според някои оценки около 30 % от всички преки разходи в САЩ за здравни услуги – около 390 милиарда долара годишно са резултат от нискокачествени услуги, най-вече свръхпотребление, неподходящо потребление или разхищение. Причината за

това е най-вече в наличието на силни стимули за индуциране на търсенето, в резултат на което доставчиците на здравни услуги извършват ненужни или прекалено скъпи процедури поради това, че печелят повече от тях, а пациентите от своя страна не се информират за разходите, защото не са финансово заинтересовани от това.

На практика част от потребителите в САЩ трудно могат да избират свой застрахователен план, тъй като често работодателите предлагат само един. В повечето случаи (60 %) се предлага избор между 3 и 5 плана за здравно застраховане. Ако един служител не желае да ползва предложената от неговия работодател схема за здравно застраховане и реши да си купи индивидуална здравна застраховка, той се изправя пред редица затруднения от данъчен характер.

Публични програми за здравно застраховане

В САЩ съществуват отделни системи, базирани на публични средства, за осигуряване на медицински грижи за деца от бедни семейства (CHIP), на бедни хора (Medicaid) и на възрастни граждани (Medicare). Те могат да посещават същите болници, в които се лекуват и гражданите с частни медицински застраховки.

Федералната програма Medicare осигурява застрахователно покритие за около 40 милиона души – над 65 години или хора с увреждания. Medicaid покрива 41 милиона души с ниски доходи. Тя е разделена на два плана – А и Б. План А представлява застраховка за болнични грижи и включва медицински услуги, предоставяни от болница или хоспис. План Б е допълнителна медицинска застраховка. Съществуват и други федерални програми за здравно осигуряване, главно за служителите в някои национални служби (Министерство на отбраната и др.) Те покриват допълнително 18 милиона души. В повечето случаи включените в тези програми могат да избират свой план и доставчик на здравни услуги, с изключение на някои географски райони, където изборът е ограничен.

Програми за управление на здравните грижи – „директен модел на здравно застраховане”

Под въздействието на повишаващите се разходи, системата на здравеопазване в САЩ постепенно се реформира от модел на свободен потребителски избор на доставчик и последващо заплащане на разходите от страна на застрахователя, към политики, които ограничават избора на доставчик на медицински услуги от страна на пациента в определена регулирана степен. Застрахователите избират с кои лечебни заведения да сключат договори на база на предлаганата цена на услугите, като се стремят да запазят качеството на услугите. Пациентите са ограничени да ползват услугите само на онези доставчици, които имат сключен договор с техния застраховател, като нарушаването на това правило носи финансови санкции за застрахованите лица. Така възникват разнообразни схеми за управление на здравните грижи (managed care schemes). Пример за такава схема са здравно-поддържащите организации (Health Maintenance Organizations). Те осигуряват здравни услуги за своите клиенти чрез договаряне с лицензирани доставчици, като най-често се формират около дадена компания и включват всички нейни служители.

Не са рядкост и случаите, в които една институция съчетава едновременно функциите по здравното застраховане и предоставянето на медицински услуги по всички направления (общопрактикуващ лекар, медицински център, болничен комплекс и пр.).

В описаната схема, финансовият риск от поява на заболяване и извършването на медицински услуги за лечението му се носи от една заинтересована институция. Стимулите, произтичащи от това, кореспондират със засилен стремеж по опазването

на здравето и намаляване на риска от заболяване както и максимално ефективно лечение, с оглед избягването на евентуални усложнения.²³ Счита се, че така най-добре са балансирани икономическите интереси, медицинската целесъобразност и се задоволяват в най-голяма степен потребностите на пациента от качествено обслужване.

Качество

Системата в САЩ поражда определено неравенство в достъпа до най-висококачествено медицинското обслужване. Индивидите с по-високи доходи могат да се включат към осигурители, предлагащи голямо разнообразие от висококачествени услуги, които са недостъпни за тези с по-ниски доходи. Гражданите, които имат здравна застраховка в местоработата си, получават щедри данъчни облекчения в размер на около 130 млрд. долара годишно. Същевременно много от нископлатените работници не са здравно застраховани, тъй като работодателят им не предлага такава опция като част от заплащането на труда.

С цел осигуряване на медицински грижи за лицата без здравна застраховка съществува система за гарантиране на достъп до болнично лечение независимо от доходите. Частни нестопански здравни центрове в различни общности осигуряват здравни грижи за лица без медицински застраховки. Те обслужват около 11 милиона лица. Тези здравни центрове получават приходи от федерални и местни субсидии, средства от фондации, от потребителски такси, от частни здравни застраховки и пр. Съществуващата мрежа за осигуряване на медицинските грижи за лицата без здравна застраховка не решава изцяло проблемите с достъпа до здравни услуги.

Удовлетвореността на пациентите от качеството на здравните услуги е висока и се различава в отделните щати и в зависимост от избраната застраховка. Доставчиците на здравни услуги се стараят да предоставят възможно най-висококачествени медицински грижи за своите клиенти, защото самите те са обект на избор от страна на застрахователите. Сроковете за изчакване на лечение в САЩ са много кратки. Американската здравна система не разполага с единна институция за контрол върху качеството, като се разчита на комбинация от публични и частни организации, които отговарят за отделни аспекти на качеството на предоставяните здравни услуги.

В някои случаи лекарите са длъжни да искат разрешение от застрахователната институция преди да извършат определена процедура или изследване. Предвижда се да се приеме ново законодателство, което да позволи на лекарите да формират съюзи и да се договарят колективно.

Голяма част от болниците са частни (87 % от тях са нестопански организации) и капацитетът за лечение е на много високо ниво. Държавата частично финансира болниците и регулира в значителна степен цените на здравните услуги в повечето щати.

Поради факта, че здравеопазването се осъществява от програми в частния сектор, качеството на здравната система като цяло е по-добро от повечето здравни системи, особено по отношение на въвеждането на модерни технологии и иновации. Американската здравна система е най-скъпата в света и съществуват опасения относно нейната жизненост, особено поради това, че част от гражданите остават извън системата на здравно застраховане. В допълнение на това, част от анализаторите правят изводи, че изразходването на милиони долари в системи, които не функционират ефективно, ще задълбочи проблемите им.

²³ Давидов, Б., Модели на финансиране на системата за медицински услуги: философия и технология. Сравнителен анализ, 2003 г.

3.3. Системи за частно здравно застраховане, които допълват или заместват системите за социално здравно осигуряване

3.3.1. Доброволно лично здравно застраховане със система от данъчни облекчения - Австралия

Австралия разполага с държавна система на задължително здравно осигуряване (Medicare, въведена през 1984 г.), частично (27 %) финансирана с публични средства (данък Medicare). Въпреки това в страната се стимулира допълнителното доброволно здравно застраховане за болнична помощ и допълнителни медицински услуги чрез механизма на данъчната система. Разходите за този тип осигуряване са около 8 % от общите разходи за здравеопазване в страната.

В основата на дебата по публично/частното финансиране на системата в здравеопазването стои изменението на Конституцията от 1946 г., което дава възможност на лекарите да имат и частна практика като върху нея са наложени обществени ограничения и контрол. Доставчиците имат възможност за избор на метод на финансиране за извършената дейност – на база заплата или такса за услуга.

Австралийските граждани /45% от тях/ купуват частни здравни застраховки от фирми-застрахователи, като по-голямата част от тях са нестопански организации (около 85 % от всички застрахователи, като в последно време се наблюдава разширяване дела на стопанските организации). Причината да го правят е възможността за избор на лекуващ лекар, или за да покриват общите си плащания. Лицата с частни застраховки също се възползват от по-кратки срокове за лечение и получават финансова подкрепа за услуги, които не се покриват от задължителното застраховане – например зъболекарски, офталмологични и физиотерапевтични грижи. Премиите не варират според здравния риск.

Използването на данъчната система (след 1997 – 1998 г.) за стимулиране на доброволното здравно застраховане влиза в противоречие с основните принципи в политиката за реформа на данъчната система на австралийското правителство. Намалването на дължимите данъци в застрахователния сектор достига до 30 %. Тези данъчни субсидии струват около 3 милиарда американски долара и са насочени към по-богатите слоеве от обществото - половината от тези средства отиват директно за 20-те % най-големи данъкоплатци в Австралия. Част от субсидиите се използват за спомагателни дейности – например за издръжка на администрацията на застрахователните компании.

Направените изследвания сочат, че е спорно дали данъчните облекчения водят до намаление на публичните разходи в здравеопазването и до значително увеличаване участието на частни финансови средства.

В същото време се констатира, че рязкото увеличаване на частното финансиране е следствие на дерегулирането на здравните фондове и на въвеждането на правила за доживотно покритие на осигуровките.

Пациентите с частни здравни застраховки имат възможност за избор на доставчик на здравна услуга (публично или частно лечебно заведение) и съответно на лекар. Напоследък общата удовлетвореност на пациентите спада, но причината за това е увеличаването на сроковете за лечение, което засяга в по-малка степен пациенти с частни застраховки. Лекарите, които обслужват частни пациенти, имат финансов стимул да предоставят висококачествени грижи. Специалистите, които са наети в държавни болници и получават възнагражденията си от тях, имат възможност да

лекуват частни пациенти, като им налагат такси, които са задължени да разделят с болничното заведение.

Размерът на субсидиите не е ограничен от установени критерии (те се получават за всякакви услуги, които застрахователят е платил) и това стимулира извършването на нецелесъобразни разходи в някои случаи. Причината е, че застрахователите не са възприели американския подход за договаряне и управляване на разходите за здравни грижи, независимо че през 1995 г. на застрахователите се разрешава да се договарят с конкретни доставчици на здравни услуги (болници и лекари).

3.3.2. Доброволно частно здравно застраховане без или с много ограничени данъчни субсидии. Допълнително застраховане (Франция), заместващо застраховане (Германия, Холандия)

Допълнителното застраховане във Франция позволява на ресурсите в здравната система да нарастват, въпреки опитите на френското правителство да ограничи разходите. Допълнителното здравно застраховане има за основна цел да покрива доплащането от страна на пациентите на разходите за лечение над реимбурсираните от здравния фонд разходи. Допълнителното здравно застраховане се осъществява от три типа организации:

- Съвместни застрахователни организации (с идеална цел);
- Частни застрахователни компании със стопанска цел;
- Взаимоспомагателни институции.

В повечето случаи изборът да се купи допълнителна здравна застраховка се извършва на ниво компания – тя сключва колективен договор с една от посочените организации. Те поемат допълнителното здравно застраховане (и обслужване) на всички служители на фирмата.

Счита се, че допълнителното застраховане във Франция прикрива истинската цена, която потребителите плащат за здравните услуги. Поради постепенното ограничаване на пакета от медицински услуги, които се покриват от задължителната здравна осигуровка, все повече работодатели и физически лица избират допълнителното застраховане, за да покрият разликата. Проучванията показват, че потреблението на здравни услуги е по-голямо сред хора с допълнителна медицинска застраховка. Тъй като най-бедните граждани не могат да си позволят допълнително застраховане, през 2000 г. се въвежда субсидирана допълнителна здравна застраховка за тях. В момента 94 % от френското население има допълнителна медицинска застраховка.

Допълнителното застраховане разширява правата на пациентите спрямо доставчиците и им дава възможност да ползват услугите на частнопрактикуващи специалисти.

В Германия, гражданите, които имат доходи над определено равнище, имат право да избират дали да участват или не в системата на задължително здравно осигуряване. Около 7.4 милиона души с високи доходи се възползват от това право. В страната съществуват около 95 фонда, които предлагат частни здравни застраховки. Разходите за здравни застрахователни премии се изключват от облагаемата стойност на доходите, в определени граници, по същия начин, както всеки един разход за застраховка, независимо дали е задължителна или доброволна. Обикновено частно застрахованите пациенти заплащат медицинските си услуги директно на доставчика, а впоследствие разходите им се възстановяват от застрахователния фонд.

Системата на доброволно частно застраховане в Холандия е организирана около населението с доход над определен праг. Около една трета от холандските граждани, които надхвърлят национално установения доходен минимум за здравно осигуряване, са избрали да не участват в системата на здравно осигуряване и закупува здравни застраховки. Премиите за доброволно здравно застраховане са рисково диференцирани. Желаетелите да се застраховат попълват въпросник, в който са длъжни да предоставят информация относно личния здравен статус, медицинската история и заболяемостта в семейството си. Размерът на премиите нараства с възрастта на застрахованите лица. Ако на някое лице е отказана заместваща доброволна застраховка от частен фонд, то има право на стандартна осигуровка (полица) по Закона за достъп до здравно осигуряване (WTZ). От имащите право на доброволна застраховка 14% се възползват от тази възможност.

Всеки фонд е задължен по закон да предоставя и стандартна полица на лицата, които отговарят на изискванията за задължително осигуряване, тъй наречените "смесени полици".

По отношение на ценовата адекватност, в Германия и Холандия застрахователните компании се конкурират помежду си, за да привлекат клиенти от определена доходна група. Поради тази причина те много строго се отчитат пред клиентите си и им изпращат подробни фактури с цените на покритите от тях услуги, в случай на необходимост.

Същевременно в Германия, от съображения за социална солидарност, се налага немското правителство да се намеси, за да гарантира, че по-бедните и по-възрастните граждани ще имат достъп до здравна застраховка, която да покрива нуждите им от качествени здравни грижи. Дискутира се доколко съществуването на частен сектор за медицински застраховки за най-богатите граждани е справедливо, тъй като високите доходи и намаленият здравен риск биха могли да влияят върху рисковия профил в системата на задължителното осигуряване, което да се отрази в намаляване на премиите приходи. Дискутира се също така дали наличието, дори и на ограничени данъчни облекчения, които се явяват допълнителна тежест върху държавния бюджет е оправдано от съответното съществено подобряване на резултатите. В същото време правото на индивидуален избор на начин за осигуряване на здравните услуги е неоспорима свобода в съвременното общество и не следва да бъде ограничавана.

В Холандия частно застрахованите лица субсидират и фондовете за задължително осигуряване, в които има свръхпредставяне на по-възрастно население. Въпреки това и в Холандия съществуват, както и в Германия дискусии относно справедливостта на двустепенната система на здравно застраховане.

Поради чисто финансови съображения качеството на предоставяните услуги на частно застраховани пациенти е много високо. Предлагат се по-разнообразни услуги и сроковете за лечение са по-кратки.

Вътрешно присъщите на пазара на здравни услуги проблеми с асиметричната информация и индуцираното от доставчици търсене на услуги предизвикват опасения за повишен риск от излишно или неподходящо потребление на здравни услуги, което не е в интерес на пациентите. Дори при нарастване на количеството на предоставяните услуги, не може да се твърди същото по отношение на тяхното качество.

Системата на заместващо частно застраховане в Германия и Холандия е по-удовлетворителна за потребителите на здравни услуги в това отношение, защото

всеки пациент получава сметка за извършените услуги и цените им и може да съпостави здравните ползи, които получава с разходите, които е направил за тях.

4. Данъчно защитена система от задължително установени лични медицински сметки, комбинирана с застраховка злополука (Сингапур) с разширена персонална отговорност и обществена подкрепа

От петнадесет години Сингапур търси междинния път между двете алтернативи - системата на свободна конкуренция в здравеопазването и всеобхватното държавното регламентиране.

В система, която е двуизмерна по своя характер, държавата и частният сектор работят съвместно. Държавната намеса се ограничава с регламентиране на ресурсите – брой на лекарите, степени на специализация, брой на леглата в болниците и наличие на апаратура и условията за работа. Контролират се също цените в болниците и равнището на доплащанията от страна на пациентите.

Постигнатите резултати са красноречиви – здравните резултати на населението се подобряват и според международните стандарти бележат относително високи нива в сравнение с установените в европейския регион. Очакваната продължителност на живота за 2003 г. е 78,49, която надхвърля стойностите отчетени за ЕС -78.28. Здравният индикатор „Детската смъртност на 1000 живородени е 2.2‰, което е значително под нивата на ЕС – 4.94‰ за 2003 г. Общите разходи за здравеопазване са на равнище около 3,7 % от БВП 2002 г., от които 1.0% публични разходи.²⁴ Системата се утвърждава като една от най-качествените в света, като трябва да се имат предвид и конкретните социални и демографски характеристики на страната.

Организация и финансиране

Философията на модела на финансиране на здравеопазването е базиран върху индивидуална отговорност за собственото здраве и широка обществена подкрепа за социално слабите членове на обществото. От пациентите се очаква да доплащат част от медицинските разходи, когато потребяват над определен обем услуги като в същото време държавата субсидира медицинските услуги с цел да запази основната част от услугите достъпна за всички. Гражданите на Сингапур получават бърз и универсален достъп до качествени медицински услуги. Основният пакет от услуги, които системата покрива, е дефиниран широко. Осигуряването на медицински услуги за всички се осъществява от няколко припокриващи се и взаимно допълващи се компонента – Medisave (1984), Medishield (1990), Medifund (1993) и Eldersshield (2002). Поетапно въведени схемите гарантират, че нито един гражданин няма да бъде лишен от основни медицински грижи.

- Medisave: Вместо да събира средства от всеки индивид и после да закупува с тях медицински услуги за нуждаещите се, държавата задължава всеки зает в Сингапур да отделя определена част от доходите си (между 6 и 8 %, в зависимост от възрастовата група, до определен месечен максимум) и да ги влага в специална сметка, предназначена само за медицински нужди (в болнична и определени процедури в доболничната помощ). Аналогични задължения имат и работодателите. Личните медицински сметки са част от една по-широка задължителна социална програма за спестяване, според която служителите отделят 16 % от доходите си, а работодателите – 20 %, а

²⁴ <http://www.moh.gov.sg/corp/index.do>

средствата по сметката се използват за изплащане на пенсии, болнична помощ (Medisave) и ипотечи.

При натрупване на средства над определено равнище и след 55 годишна възраст на индивида се дава свобода да използва средствата, надхвърлящи минималния задължителен размер за заплащане на широк спектър от социални нужди – жилищни, инвестиции, подобряване на образователното равнище и други медицински услуги. Средствата по медицинските сметки се използват за заплащане на болничната помощ за титуляра или за членове на семейството му. Необлагаеми са и носят лихви, като през живота на съответното лице се трупа значителна сума, която да се използва в по-късните години. Най-често натрупаните средства напълно покриват дневните болнични такси в държавни болници, както и специфично скъпоструващо извънболнично лечение (например химиотерапия). При смърт на титуляра на сметката, средствата по нея се прехвърлят на посочени предварително лица, като тези средства са освободени от данък – наследство.

- **Medishield:** Въведена е през 1990 г. и представлява застраховка за (дългосрочни) заболявания и злополуки. Премиите по нея могат да се изплащат от Medisave сметките. Достъпна е за всички граждани под 80 годишна възраст, участващи в първия стълб. Схемата осигурява заплащане на повечето видове болнично лечение, включително интензивно лечение и имплантации, както и заплащане на някои извънболнични процедури. Тази застраховка ограничава медицинските разходи чрез гарантиране на намаления за болнично лечение, които изискват доплащания от страна на пациента в размер на 20 % от разходите над равнището на намаленията. Доплащанията могат да се правят от личните медицински сметки. Броят на възможните лечения, които се заплащат чрез застраховката е ограничен за година, както и общо в течение на живота на осигурения, с цел регулиране на повишеното търсене на медицински услуги.

Към този стълб е предвидена и специална схема Medishield Plus, осигуряваща заплащане лечението на тези, които искат да се лекуват в по-висок клас публични или в частни болници, като съответно вноските са значително по-високи от установените.

- **Medifund:** Функционира от 1993 г. като система от последна инстанция за хора, които по никакъв начин не могат да поемат разходите по лечението си. Най-бедните граждани на Сингапур, които се възползват от системата, са около 10 % от населението. Средствата във фонда се натрупват от годишните бюджетни излишъци и към 2003 г. фондът разполага с около \$ 500 млн. Във всяка болница работи социален служител, който оценява финансовите възможности на всеки желаещ да се възползва от услугите на Medifund. След това съответният комитет на фонда и представителят на фонда към болницата преглеждат предложенията и вземат решение дали фондът да отпусне средствата. Болниците разполагат със значителна гъвкавост при определяне на критериите за дохода на гражданите, който им дава право на достъп до този фонд.
- **Eldershield:** Този стълб осигурява заплащането на разходите, свързани с различна степен на инвалидност на 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 доживотно. От схемата се заплаща ползването на чужда помощ в случай на ограничаване на възможностите на осигурения за самообслужване.

В Сингапур на практика е реализирана идеята за медицинските спестовни сметки – Medisave accounts. Едно от основните им предимства е пълната яснота по отношение на разходите за здравеопазване, опосредстващи личната отговорност на индивида към собственото му здраве. Индивидуалните сметки не са единственият финансиращ механизъм, а се допълват със (задължителна) застраховка злополука (Medishield), която покрива медицински разходи над определено равнище. Под това равнище разходите се поемат от медицинската сметка. Тази комбинация държи цените на застраховките относително ниски и ограничава свръхпотреблението на ресурси, без да ощетява най-бедните слоеве от населението.

Системата е спестовна по своя характер, а не застрахователна, тъй като средствата не се събират в общ фонд. По този начин личната отговорност за управление на индивидуалните разходи за получаване на здравни услуги моделира силни икономически и психологически стимули в поведението на потребителите на здравни услуги. Клиентите контролират своите собствени спестени пари за здравеопазване и плащат на доставчици точно както и за всяка друга стока. По този начин те са заинтересовани да ограничат неефективните разходи в системата. Те изплащат пълната стойност на лечението на частни лекари, а държавата финансира доболничната помощ.

Кръстосаното субсидиране, при което младите плащат за възрастните и здравите за болните не е приложен в нито един от петте осигурителни стълбове. В ограничен вид кръстосаното субсидиране е възможно между членовете на едно семейство.

Доставчиците на медицински услуги от своя страна практикуват като лекари директно в интерес на своите пациенти, а не чрез посредничеството на застрахователни компании или работодатели. Конкуренцията между тях повишава ефективността на системата и качеството на предоставяните услуги. С определянето на цените на здравните услуги и публикуването им се спазва принципът на достатъчна предварителна информираност на пациента.

Личната отговорност за медицинските разходи е база за тази система. Тя не предвижда избор дали да участваш или не, но има избор по отношение на сумата, която да се плати и мястото, от което да се получи услугата. Изборът на медицински специалист и лечебно заведение е напълно свободен като услугите се предоставят както от държавния, така и от частния сектор. В основната си част доболничната помощ се осигурява от частния сектор, който заема 80% дял, докато държавните поликлиники покриват останалата част - 20%. При болничната помощ ситуацията е противоположна – публичният сектор осигурява 80 % от услугите, а частният – 20 %. Спешната помощ се осигурява от държавните болници. Заведенията от държавния сектор осигуряват медицинско обслужване на съвременен ниво и достъпни цени, но не и с прилагане на последните постижения на световната медицинска практика и апаратура. Голяма част от здравното обслужване на възрастното население е поверена на доброволни организации, финансирани от държавата.

Сроковете за изчакване на лечение липсват или са много кратки.

И този модел на финансиране не е лишен от вътрешно присъщите за пазара на здравни услуги негативи от гледна точка на индуцирано търсене на здравни услуги.

Инфлацията в сектора на здравеопазването в Сингапур е сравнително висока – около 13 % годишен ръст, малко по-висока от средната инфлация за икономиката от около 10 %. Причината най-вероятно е в значителното нарастване на заплащането в частния здравен сектор, което издърпва и разходите в държавния. Субсидиите за болничните легла в държавните болници се осигуряват чрез общите данъци, като субсидиите достигат до 25 % от общите разходи за здравеопазване в страната.

Държавата изпълнява социалните си функции (чрез схемата Medifund), като същевременно е гарант за спазването на принципа на равен достъп до стандартизирано количество и качество на здравни услуги. В допълнение, някои здравни грижи за по-възрастните се осъществяват от доброволни организации, които получават субсидии от държавата.

Основната стандартна оценка на сингапурската здравна система е че моделът значително се отклонява от известните схеми²⁵ за поддържане на принципа на солидарността, тъй като ударението е поставено върху персоналната отговорност. Поради тази причина и равенството в достъпа до необходимите здравни блага е относително подценено. Ограниченията са в две посоки: а) достъпът до медицински услуги зависи в известна степен от натрупания размер на вноската, който съответно зависи от доходите на индивида; б) консумацията на здравни блага и изборът между тях са предоставени на индивида (напр. - индивидът може да "пожертва" дадено неживотоспасяващо лечение и да го замени за някакво друго социално благо).

В същото време поставянето на пациента и неговото активно участие в центъра на здравната система смекчава в значителна степен някои от основните естествени несъвършенства на пазара на здравни услуги – монополните позиции на доставчиците на здравни услуги, липсата на връзка между заплащането и качеството на здравната услуга при системите за социално здравно осигуряване и не на последно място спестяването на публични разходи, финансирани от всички данъкоплатци и изразходвани без тяхна санкция.

5. Изводи от прегледа на моделите на финансиране на системите на здравеопазване

От направения преглед на моделите на финансиране на здравеопазването могат да бъдат направени няколко извода, които имат отношение към развитието на здравните системи и могат да се използват при анализа и реформирането на българската система на здравеопазване.

Силно впечатление прави фактът, че изборът на модел на финансиране на системата на здравеопазване има значение по отношение на нейното ефективно функциониране, но не и по отношение на нейната ефикасност.

Публично финансираните системи показват висока степен на ефективност на разходите, тъй като повечето използват тавани за ограничаване на разходите. Но що се отнася до удовлетвореността на пациентите, която е основният показател за качество и ефикасност на системата, трудно може да се докаже връзка между модел на финансиране и удовлетвореност. Това оформя извода, че по отношение на качеството много по-важни са критериите за адекватност на системата към потребителя – отношение към пациента, възможности за избор, организация и управление на отделните видове помощ и др.

Безпристрастната оценка за възможностите на една система на здравеопазване да обслужва населението насочва вниманието към системи с частно застраховане.

²⁵ Пак там.

Може да се твърди, че те могат да са много ефикасни, защото отговарят в най-голяма степен на нуждите и възможностите на пациентите. Основният проблем при тях е, че те не могат да се постигнат в пълна степен поставените социални цели в здравеопазването. Поради тази причина всички страни в Европа са избрали вариант на социално здравно осигуряване или на изцяло публично финансиране на здравеопазването. В същото време част от развитите европейски страни прилагат неолиберален подход и предоставят на гражданите право да избират как да осигурят необходимите им здравни услуги.

V. Кратък преглед на системите за споделяне на разходите в страните от ЕС²⁶

Направените изследвания на системите на споделяне на разходите в страните от ЕС (Таблица № 4 и Таблица № 5) разкриват някои общи тенденции.

Лекарствата са основната област на споделяне на разходите. Всички страни от ЕС имат изградена система на споделяне на разходите под някаква форма. В повечето случаи това става под формата на пропорционално доплащане с диференцирана норма за различните продукти. Обикновено животоспасяващите лекарства са с по-нисък процент на споделяне на разходите, отколкото тези осигуряващи по-малки подобрения в качеството на живот. Макар и по-рядко в някои страни се прилагат референтното ценообразуване и фиксираното доплащане.

Методите за споделяне на разходите в системата на първичната извънболнична помощ варират между страните, като основните форми отново са пропорционалното и фиксираното доплащане. В две държави – Дания и Гърция се прилага балансиращо доплащане. Същевременно има страни, в които в системата на първичната извънболнична помощ няма споделяне на разходите (Германия, Италия).

В системата на специализираната извънболнична помощ повечето страни от ЕС използват някакъв механизъм на споделяне на разходите, който е почти идентичен с механизма, прилаган в системата на първичната извънболнична помощ.

Таблица № 4 Участие на здравно-осигурените при консултациите на ОПЛ и специалистите

	ОПЛ	Специалисти	Освобождаване, отстъпки или лимитиране
Германия	Такса от 10 € на тримесечие при първата консултация (считано от 2004 година)		Безплатно за децата и за лица, включени в програми за здравна превенция. Ограничаване до 1 % от доходите за хронично болните и 2 % за останалите здравно осигурени лица (от 2004 година)
Австрия	Такса от 3.6 € за първата консултация през тримесечието и 20 % на консултация Такса от 4.25 € за всеки медицински документ		Безплатно за децата, пенсионерите, лицата с ниски доходи и хронично болните
Белгия	30 % на консултация и 35 % на посещение	46 % на консултация	10 % за социално слабите (« преференциален режим ») Лимитиране на остатъка за доплащане в рамките на «максимум за фактуриране » (между 450 € et 2.500 € в зависимост от доходите)
Дания	Никакво участие при консултация от личния лекар (médecin référent). Участие на пациентите от категория 2, които свободно избират своя лекар.		
Испания	Никакво участие.		
Финландия	В медицинските центрове на всеки 12 месеца (по избор на общините) : 11 € на		Горен лимит на доплащането до 589 € в публичния сектор

²⁶ Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J., Funding health care: options for Europe, European Observatory on Health Care Systems, 2002.

	консултация за първите три консултации и безплатно за повече от три (Участието се отнася също и за био-медицинските изследвания, както и за рентгенологията.) В болниците: 22 € за външна консултация Частни лекари: 40 % на консултация (13 € на консултация, дейност или назначено изследване и 25 % над този дял)		Безплатно за деца до 15 години и за превантивната помощ
Франция	30 % на консултация или посещение	30 % на консултация или посещение	Безплатно за пациенти в ALD и социално слаби (CMUC)
Гърция	Никакво участие.		
Италия	Никакво участие.	До 36 € на консултация (Същото участие се отнася за дейността на масажистите кинезитерапевти, за балнеотерапията и за биомедицинските изследвания.)	Безплатно за деца до 6 години, възрастни над 65 год., безработни с ниски доходи, пенсионери с минимална пенсия и социална пенсия, инвалиди трудоустроени, лица страдащи от много тежки заболявания.
Люксембург	В течение на 28 дни: 20 % за първата консултация и 5 % за следващите		
Норвегия	13 € на консултация	22 € на консултация	Лимит върху разликата за доплащане до 175 € годишно за един осигурен (безплатно за деца до 7 години и включване на децата между 7 и 16 години в лимита на единия от двамата родители)
Холандия	Никакво за осигурените в публичните каси (70 % от осигурените). Осигурените в частните каси (30 %) могат да избират размера на своето пряко участие (осигурителен договор).		
Великобритания	Никакво участие.		
Швеция	Между 11 и 16 € на консултация	Между 17 и 28 € на външна консултация в болница.	Безплатно за деца до 18 год., ползващи бърза медицинска помощ. Лимит на остатъка за доплащане до 99 € на година.

Източник : Европейската комисия, Европейската обсерватория за системите на здравеопазване, ОИСП, Национални режими на здравно осигуряване.

Таблица № 5 Участие на здравно-осигурените при стоматологична помощ, лекарства и болнични разходи

	Стоматологична помощ	Медикаменти	Болница
Германия	<p>Безплатно за деца до 18 години.</p> <p>Безплатни превантивни и поддържащи (консервативни) грижи за възрастните.</p> <p>Протези и лечение: здравен купон от 35 % (пациенти, посещавали редовно лекаря през последните десет години), 40 % (в течение на последните 5 години) или 50 % (в други случаи).</p> <p>Реимбурсиране на протезите (считано от 2005 год.)</p> <p>Ортодондия: 20 % за лица със силно намалена способност да се хранят, говорят или дишат (в останалите случаи без покритие).</p>	<p>Такса за една лекарствена опаковка, определяна в зависимост от броя на лекарствените форми (4 €, 4.5 € и 5 €), която е по-малка от цената на лекарството.</p> <p>Лимит на остатъка за доплащане на лекарството, транспорта и сестринските грижи до 1 % от дохода за хронично болните и до 2 % при другите осигурени.</p> <p>Възможни са изключения за лица с ниски доходи.</p> <p>Здравен купон за 10% от цената на лекарствата в рамките на един коридор на остатъка за доплащане от 5 до 10 € (считано от 2004 год.).</p>	<p>Такса за дневен престой от 9 €, в границите на 14 дни (12 €, в границите на 28 дни, считано от 2004 година).</p> <p>Безплатно за децата.</p>
Австрия	<p>Здравен купон между 25 и 50 % от консервативните грижи, екстракция или ортодондия, и протези.</p> <p>Такса от 4.25 € на всяка страница (назначение) от стоматологичните грижи.</p>	<p>4.25 € на лекарствена опаковка (с изключение на социално слаби лица).</p> <p>Здравен купон от 10 до 20% при лекарствените диспозитиви в рамките на 21 €.</p>	<p>Такса за болничен престой от 7.63 € на ден, в рамките на 28 дни годишно (без лицата с ниски доходи).</p>
Белгия	<p>24 % на консултация (безплатно за лицата, ползващо преференциален режим).</p> <p>Между 5 и 25 % за консервативни грижи (между 0 и 5 % за преференциален режим).</p> <p>Разходи за апаратура и зъбни протези, поемани за лица над 50 години или страдащи от определени заболявания.</p>	<p>Здравен купон в зависимост от лечебния ефект на медикамента: 25 % (горна граница от 9.79 €), 50 % (лимит от 16.24 € ; 14.69 € за разфасовки, надвишаващи 60 бр.), 60 % и 80 %.</p> <p>Заплащане по договаряне на назначените лечебни субстанции (между 0.99 и 1.98€), с изключение на продължителни и тежки заболявания.</p> <p>Отчитане на разликата</p>	<p>Дневна такса за болничен престой от 12.07 € (4.29 € за лица с «преференциален режим» за лицата с ниски доходи.)</p> <p>Такса от 12.07 € на ден за настанени в психиатрично болнично отделение от 1-вия до 3-тия месец и 4,29 € за повече.)</p> <p>Такса за медикаменти от 0.62 € на леглоден (0.70 € в психиатрична болница).</p>

		за доплащане в максималната сума на фактурата.	
Дания	Здравен купон от 35 до 60 % от стоматологичните разходи. Безплатно за деца. Преференциална тарифа за трудоустроените. Не се поемат разходите за протези.	Франшиза от 69 € ; 50 % между 69 € и 167 € ; 75 % между 167 и 390 €, и 85 % над 390 €. При годишни разходи над 485 €, хронично болните имат право на реимбурсиране на разликата.	Безплатно в одобрени публични и частни болници. Разходите в частни болници, които не са одобрени, не се поемат.
Испания	Никакво участие.		Никакво участие.
Финландия	В медицинските центрове: между 6 и 10 € на консултация, между 0 и 21 € при превантивна помощ и между 5 и 42 € за консервативно лечение. Частни лекари: 40 % за пациенти, родени след 1956 год., 25 % за консултации, превантивна помощ и текущи грижи на родени по-рано. Протези и ортодондия не се покриват. Безплатно за деца и младежи под 19 години.	Такса от 8.41 € на назначение, плюс 50 % от превишението над тази сума за предписаните лекарства. За лечението на някои тежки и хронични заболявания, здравен талон от максимум 25 %, ако назначенията надхвърлят 14.20 €. Лимит на разликата за доплащане до 552 €.	Дневна такса от de 26 € за кратък престой в болница (12 € в психиатрично отделение). Максимална такса от 67 € в болнична хирургия. За по-малки от 18 години дневната такса е ограничена до 7 дни в годината.
Франция	30 % върху превантивната и лечебна помощ. Твърде ограничено покритие на протезите. Безплатно за деца под 18 години в рамките на баланса за зъболечение.	Здравен талон, изчислен в зависимост от оказаната медицинска помощ и от значимостта на заболяването (35 %, 65 % et 100 %).	Дневна такса от 10,67 € (13 € считано от 2004 год.). Здравен талон от 20 % от разходите в течение на 30 дни. Безплатно за тежка интервенция (>КС 50)
Гърция	Безплатно за грижите. Здравен талон от 25 % за протезите.	Здравен талон от 25 % за лекарствата (10 % за някои тежки заболявания и пенсионери с ниски доходи, безплатно при хронични заболявания)	Без участие в болничните разходи. Такса от 3 € за външни консултации без спешните случаи и без лица с ниски доходи.
Ирландия	Безплатно за деца под 6 год. или ученици в държавните училища до 14 годишна възраст. Частично покритие при другите осигурени,	Франшиза от 53 € месечно на домакинство, с изключение на лечението на заболявания с голяма продължителност.	Дневна такса от 33 € в обща стая в рамките на 330 € за една година, с изключение на лицата с ниски доходи. Такса от 32 € за

	вариращо в зависимост от доходите. Здравен талон от 50% от протезите за лица, чиито доходи надвишават определен минимум.		ползване на бърза помощ и ако няма направление от ОПЛ.
Италия	Безплатна помощ. Няма покритие на зъбни протези.	Такса от 2.07 € на назначение на едно лекарство или 3.10 € за две лекарства, с изключение на инвалидите 100% поради характера на лечението и важноста на лекарствата при лечение на най-тежките заболявания. Здравен талон от 0.50 или 100 % в зависимост от сериозността на лекуваното заболяване.	Никакво участие.
Люксембург	Здравен талон от 20% за горницата над годишна сума от 36 €, включена при изчисляване на плащането. Безплатни протези при условие, че осигуреният редовно се консултира с лекаря; здравен талон от 20% в останалите случаи.	Здравен талон от 0 до 60 %.	Дневна болнична такса от 9.3 €. Лимит върху остатъка за доплащане до 3 % от доходите.
Норвегия	Безплатни грижи за лица до 18 години. Ограничено участие между 18 и 20 год. Променливо участие в разходите за ортодондия в зависимост от значимостта на малформацията. Ограничено покритие на зъбната хирургия за възрастни. Лимитиране на участието до 175 € годишно на осигурено лице.	Здравен талон за 100 % за маловажни лекарства. За важни лекарства здравен талон от 36 % до лимит от 43.75 € на тримесечие.	Без участие, освен при външна консултация (важат правилата за амбулаторната помощ). Лимитиране на доплащането до 175 € годишно на един осигурен.
Холандия	Напълно безплатно за децата. Превантивната помощ за възрастни е	Реферативна цена.	Никакво участие.

	безплатна (веднъж годишно), а другата стоматологична помощ е за сметка на пациентите. Здравен талон от 25% за протезите		
Великобритания	80% от стоматологичната помощ, до максимум 505 €, с изключение на децата под 18 години и лицата с ниски доходи.	Такса от 6.10 € на една опаковка, с някои изключения (деца под 16 години, ученици под 19 год., възрастни над 60 год., бременни жени и болни с определени заболявания). Пациентите могат да закупят предварително сертификат за рецепти с валидност 1 година (90.40 €), или 4 месеца (32.90 €).	Никакво участие.
Швеция	Безплатна стоматологична помощ за лицата под 20 год. За базисно лечение на възрастни (контролен преглед, пломби, лечение на корени и спешна помощ): доосигуряване или абонаментна такса за стоматологична помощ с валидност 2 години. Протези и ортодондия не се покриват.	Франшиза от 97 € ; здравният талон е над границите на тази сума между 50 % и 10 %, когато общият размер на доплащането е над 463 €, като общото доплащане в рамките на една година трябва да е под 137 €. Тези суми не се покриват от други допълнителни организации.	Дневна болнична такса от 9€. Безплатно за деца до 18 год. Намаление за пенсионери и лица с ниски доходи.

Източник : Европейската комисия, Европейската обсерватория за системите на здравеопазване, ОИСП, Национални режими на здравно осигуряване.

По отношение на болничната помощ като доминираща практика се очертава използването на система с фиксирано доплащане на ден престой с таван на броя на дните, за които пациентът следва да доплаща. В някои страни (Белгия и Ирландия) размерът на доплащането намалява с увеличаване на престоя.

В системата на стоматологичната помощ във всички страни от ЕС се прилага система за споделяне на разходите. В много от страните тези услуги се смятат за периферни на системата на публично здраве и затова доплащанията в тази система са най-големи. В някои държави (Белгия, Италия и Португалия) подсистемата на стоматологичната помощ е изцяло частна и пациентите поемат пълните разходи за получените услуги.

Въпреки широкото развитие на системите за споделяне на разходите, особено в подсистемите на стоматологичната помощ и фармацевтиката, всички страни от ЕС имат изградени системи за облекчения, включващи населението до 18 годишна възраст, хората с ниски доходи, възрастните хора, хронично болните и инвалидите.

Повечето анализатори в областта на здравеопазването констатират, че прилагането на системи за споделяне на разходите е слаб инструмент за постигане на целите за

ефективност и справедливост в разпределението на ресурсите в здравеопазването. Сериозни изследвания показват, че има тенденция споделянето на разходите да намалява търсенето не само на излишни, но и на необходими услуги, в резултат на което не повишава достатъчно ефективността на системата.

Съществуват също така съмнения относно способността на системите за споделяне на разходите да оказват натиск за контрол върху общите разходи в здравния сектор, като се има предвид реакцията на доставчиците на медицински услуги, които повишават обема на дейността си в областите, които не са включени или са слабо засегнати от системата на доплащанията.

Изследванията върху справедливостта на споделянето на разходите също поражда опасения. Споделянето на разходите като цяло засяга в доста по-голяма степен нискодоходните и уязвимите групи от населението. От друга страна въвеждането на системи за пълно или частично компенсиране на тези групи потребители изкривява стимулите, излиза скъпо и е изключително трудно за администриране.

Смята се също така, че ако целта на системата за споделяне на разходите е да намали излишното потребление на услуги, резултат от моралния хазарт, тази цел може да се постигне по-ефективно чрез решаване на проблема с моралния хазарт при лекарите, които имат възможност да предписват излишно лечение и процедури. Излишното потребление е по-скоро проблем на предлагането, а не на търсенето. По-широкото използване на микро техники за управление на клиничната активност, например прилагането на административни средства като специфични ръководства и протоколи може относително успешна да регулира свръхпредлагането.

Въпреки тези недостатъци, споделянето на разходите е много широко използвано като политически инструмент. Основната причина е, че той се смята за важен компонент от пазарния подход в здравеопазването, който стимулира ефективността в сектора, като символ на индивидуалната отговорност. Доплащанията в здравеопазването са силно средство за поддържане нивото на разходите за здравеопазване в периоди на нисък и отрицателен икономически растеж, когато данъчните приходи значително спадат. Силен аргумент за въвеждане на система за споделяне на разходите в здравеопазването е, че с тях се повишава прозрачността и се заменят част от нерегламентираните плащания с регламентирани такива, с което се намалява корупцията в сектора.

VI. Развитие на социалното здравно осигуряване

1. Основни проблеми на европейските модели на социално здравно осигуряване и тенденциите в тяхното реформиране

Основните проблеми на действащите в Европейския съюз модели на социално здравно осигуряване от началото на 90-те години се очертават по следния начин:

- Темпът на нарастване на разходите за здравеопазване е значително по-висок от ръста на brutния вътрешен продукт.
- Нараства тежестта върху работещата икономика и предприятията.
- Нараства дефицитът и заплахата от банкрут на здравните осигурителни фондове.
- Спада качеството на представяните на гражданите здравни услуги.
- Наблюдава се ограничаване степента на адекватност на финансиращите модели във връзка с неблагоприятните демографски процеси.

За да се анализират задълбочено причините за тези проблеми, валидни за повечето страни, независимо от диверсификацията във формата и съдържание на конкретните здравноосигурителни модели, трябва да се определи природата на схемите за задължително здравно осигуряване.

Практиката в развитите страни показва, че в повечето от тях е налице фрагментация на здравните схеми, която излага на опасност успешната взаимовръзка между отделните доставчици на медицински услуги и размива отговорността за резултатите. Налице са трайни стимули високата възраст да се разглежда като условие, изискващо задължително медицинска помощ, водеща до хоспитализация.

Пасивността на финансиращия механизъм за поддържане на принципа на солидарността предопределя общите стимули към увеличаване на разходите. Цените, плащани за медицински услуги под формата на здравноосигурителни вноски, не определят по никакъв начин стойността и цената на здравната услуга. С други думи – разходите на здравноосигурителните фондове или приходите на доставчиците на здравни услуги не са свързани със стойността на доставените от тях здравни услуги.

Плащаната здравноосигурителна вноска не е реалната стойност и цена на здравната услуга, която всеки получава, в резултат на което потребителят е окуражен да потребява максимално количество и качество и толкова пъти, колкото той счете, че е необходимо за неговото здраве. Пациентите нямат никакъв стимул да рационализират и съкращават потреблението на здравни услуги, защото не печелят нищо, а в условията на несигурност и неинформираност във всички случаи са склонни да се застраховат чрез увеличаване обема на потреблението.

Тази специфика на финансовия механизъм на социалното здравно осигуряване прави контрола върху изпълнителя на медицинската услуга много труден.²⁷

Държавата от своя страна не е в състояние да упражнява всеобщ контрол върху системата в многообразието на центровете, вземащи решения и да извършва

²⁷ Launois R. The reform of health schemes: A cliché or reasoned choice?, Journal d'Economie Medicale, 1992, 10.

детайлни интервенции на различните нива на функциониране, така че постепенно да ограничи свободата на действие на всеки индивид в системата.

От страна на държавата се полагат усилия чрез замразяване на цените и рационализиране на краткосрочното търсене на здравни услуги да се коригира тенденцията за нарастване на здравните разходи.

От своя страна частните здравноосигурителни фондове, противно на нормалната икономическа логика много често нямат действени стимули и възможности да контролират здравните разходи. Обхватът на интервенциите от тяхна страна е значително ограничен. Осигурителните дружества могат да намалят разходите за определени видове медицинска помощ, но не са в състояние да накарат лекарите да третират пациентите по различен начин в зависимост от здравноосигурителния фонд, където те членуват. За да наложат по-чувствително медицинско третиране на осигурените в тях, с цел подобряване на своите конкурентни позиции, някои фондове трябва да направят допълнителни разходи, за да приложат механизъм за наблюдение и контрол над качеството на услугите, получавани от осигурените в тях, но едва ли в резултат на това ще получат полагащите се на тези усилия и разходи пазарни преимущества и печалба.

В резултат на това осигурителните дружества се стремят да увеличат печалбата си не чрез производствена ефективност, която е скъпа и трудна за постигане, а чрез провеждане на селекция между осигурените от гледна точка на величината на индивидуалния здравен риск.

Единният размер на здравната вноска не е обвързан с индивидуалния здравен риск и генерира значителна част от стимулите за прилагане на селекция на високорисковите пациенти.

2. Усъвършенстване на здравноосигурителните модели в развитите страни

Основните принципни подходи за реформиране на социалното здравно осигуряване в Европейските страни са следните:

- Принципът за солидарността не цели само да предпази индивида от неблагоприятие, но и да го предпази от финансовите проблеми при появата на непредвидени значителни здравни разходи, които не могат да бъдат платени, ако липсва здравна осигуровка.
- Легитимация на диверсификацията на потребностите и предпочитанията сред индивидите. Солидарността не означава егалитаризъм. Стремещът да се постигне абсолютно равенство от гледна точка на ползването на здравни услуги означава да се отхвърли обективно съществуващата разлика в индивидуалните предпочитания и всички алтернативни форми на индивидуални различия.
- Намаляване на вездесъщия държавен контрол и увеличаване на усилията за постигане на ефективност. Професионалистите в здравната система са единствените с достатъчни знания за нуждите от здравни грижи и за наличните технически и пр. ресурси, така че да са в състояние да постигнат ефект чрез политика на продуктивност и конкурентноспособност.
- Необходимост от дисциплиниране на пазара на здравни услуги.

Две важни икономически концепции намират място в развитието на пазара на здравноосигурителните дружества в страните от западна Европа през последните няколко години:

Първата е, че финансиращите институции в една здравна система трябва да се превърнат в икономически мотивирани субекти, които активно да купуват здравни услуги, да събират информация за потребностите на своите клиенти, да планират най-ефективните медицински разходи и договарят селективно с най-добрите доставчици на здравни услуги.

Втората е, че трябва да се осигурява колкото е възможно по-конкурентна среда, в която да работят здравноосигурителните дружества - да търсят клиенти и да се договарят с лечебните заведения.

Тези две концепции са в основата на мерките за регулиране на пазара на здравното осигуряване. Те обуславят характера на прилаганите модели на регулирана или управлявана конкуренция.

Трансформирането от финансиране към купуване на услуги създава пазарен натиск върху поведението на субектите и ги превръща в активни предприемачи. Съществуват няколко механизма за въздействие върху това поведение:

1. Създаване на потребителски избор: възможността потребителите да избират и променят фонда, в който са записани, създава натиск върху осигурителните дружества да подобряват обслужването на своите клиенти.
2. Самостоятелно определяне на премиите или включване на допълнителни услуги към предлаганите пакети: този механизъм засяга възможностите на потребителите да променят своя фонд на база услугите, които той предлага.
3. Договаряне с доставчиците: отнася се до организацията на работа на здравноосигурителното дружество и свободата, която то има за договаряне с доставчика (селективно, задължително, с отделна болница, с асоциации, начин и методи на заплащане на услугите и др.)
4. Разширяване на полето на отговорност и риск за фондовете: счита се, че когато един субект отговаря финансово за риска, който поема в по-висока степен, това повишава ефективността на неговата дейност.

2.1. Гарантиране на принципа на солидарността

Всички посочени принципни подходи са свързани с децентрализация и засилване на конкуренцията в сектора на здравеопазването. В тази връзка са налице страхове, че конкуренцията може да подкопае старата логика на социалната солидарност. Новите оценки твърдят, че когато солидарността е дългосрочно стабилно институционално установен принцип, пазарните импулси с различен характер не могат да възпрепятстват налагането на този принцип. Степента, в която конкуренцията конфликттира с по-широките социални цели зависи от това как тя се прилага и на какво ниво²⁸. В много от секторите на здравеопазването пазарното разпределение не е съвместимо със здравната и социалната политика в системите за здравно социално осигуряване. От друга страна, конкуренцията може да бъде използвана в някои подсистеми, без да застраши основните цели на здравната и социална политика.

²⁸ Saltman, R., Reinhard Busse, Joseph Figueras, "Social health insurance systems in western Europe, European Observatory on Health Care Systems, 2004

Основните рискове при въвеждането на конкуренция на осигурителния пазар, са свързани със справедливостта, достъпа и ефективността на здравната система, по-конкретно:

1. Селекция на риска от страна на осигурителните дружества. Необходимо е изграждане на специфични регулации и форми на контрол върху дейността на дружествата.
2. Конфликт между интересите на конкурентните фондове и обществените интереси.
3. Селективното договаряне с доставчиците подлага на риск пациенти, които започват лечението си при един лекар, но го завършват при друг, в случай, че фондът не продължи договора с лекаря.
4. Устойчивостта на системата е застрашена от резки промени, свързани с фалити на болници, промени в търсените обеми и видове услуги, в структурите на лечебните заведения и др.
5. Осигуряване на отчетност и отговорност на фондовете – от една страна към обществеността, а от друга – към клиентите си. Това изискване придобива все по-голямо значение в зависимост от степента на конкурентност на пазара.

За да не се допусне нарушаването на принципа на солидарността, в много здравни системи са въведени редица регулиращи механизми, основните сред които са:

- Свободно записване – здравните фондове са задължени да приемат всички желаещи да се осигуряват. Потребителите имат възможност да сменят ЗОФ и всеки ЗОФ трябва да запише всички потребители в дадената географска област, които отговарят на определените стандартни условия. Така се ограничават начините за селекция на риска, но не се премахват стимулите за използване на по-рафинирани начини за селекция, които могат сериозно да подкопаят принципа на солидарността, ефективността и качеството на здравните услуги. Това става в случаите, когато не е разрешено ЗОФ да диференцират здравноосигурителните вноски, и когато кампаниите за свободно записване са само периодични.
- Задължително договаряне с всички доставчици, предложили своите услуги, с цел осигуряване равенство и равен достъп на всички доставчици на здравни услуги и съответно конкуренция между тях.
- Еднакъв размер на здравната вноска – за осигуряване на равенство във финансирането, чието прилагане индуцира рисковата селекция и има противоречиви резултати, както беше посочено.
- Еднакъв основен пакет здравни услуги – за осигуряване на равенство в ползите.
- Задължително здравно осигуряване на голяма част или за всички граждани. В противен случай не се спазва принципът на солидарността, защото няма кръстосано субсидиране от богатите към бедните и от здравите към болните.
- Механизми за разпределение на риска – за да се попречи на отделни осигурители да поемат непропорционална част от риска или да прилагат скрити форми на неблагоприятна селекция, разпределението на

финансовите ресурси се приспособява към рисковия профил на членовете на конкретния фонд.

2.2. Модели за уравнивяване на риска

Икономическите анализатори²⁹ констатира, че селекцията, като проблем, се дължи на ограничаването /фиксирането/ на размера на осигурителните вноски.

Налагайки ограничения върху диференциацията на осигурителните вноски, държавата пречатства по-значителното кръстосаното субсидиране от нискорисковите към високорисковите лица и така създава предвидими загуби за ЗОФ от осигурените лица с висок здравен риск. По тази причина въпросните ограничения съдържат стимули към рискова селекция. В същото време допускането на индивидуално различни размери на здравноосигурителните вноски влиза в конфликт със смисъла на принципа за солидарността.

Един относително ефективен начин за справяне с рисковата селекция и постигане на субсидирана солидарност, без да бъде спряна конкуренцията между ЗОФ, е да се субсидират по-високите премии за потребителите с по-висок риск от солидарен фонд, който се попълва от солидарни задължителни вноски от потребителите с нисък здравен риск. Практически субсидиите могат да бъдат отпуснати директно на ЗОФ, който е избран от потребителите.

Има различни начини, чрез които държавата може да организира плащанията на солидарните субсидии. Един от тях е размерът на солидарните вноски да бъде свързан с размерите на доходите на индивидите.

От друга страна, премиите за уравнивяване на риска, при които размерите на вноските на конкурентния осигурителен пазар се основават на определени рискови фактори / възраст, пол, здравен статус/ имат преимущество пред субсидиите, свързани с нивото на доходите, доколкото не пречатстват конкуренцията.

Прилагат се различни форми за разпределение на риска:

- Пропорционално разпределение на риска – солидарният фонд реимбурсира на всеки здравен фонд определен процент от приемливите /допустимите/ разходи
- Частично разпределение на риска – солидарният фонд реимбурсира определен процент от допустимите разходи за всеки осигурен само дотолкова доколкото те превишават определен годишен праг
- Разпределение на високия риск – солидарният фонд реимбурсира на всеки здравен фонд някои допустими разходи за всеки договорен период за определен процент от осигурените - например 1-4%.
- Условно-специфично разпределение на риска – солидарният фонд компенсира на здравните фондове предварително определени плащания

Нивото на субсидиите /премиите/ за уравнивяване на риска при описаните варианти може да бъде изчислено предварително или последващо (перспективно или ретроспективно), което означава или в началото на договорния период, използвайки само предварителна информация или в края на периода, използвайки отчетна информация за изтеклия период. Смесването на двата подхода също е възможно. Здравните фондове искат

²⁹ Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries, W.P.M.M. van de Ven, 2002.

предварително да бъдат информирани за размера на субсидираната част от осигурителни вноски, които ще получат, което от своя страна ще им помогне по-точно да определят размера на осигурителните вноски, които те ще поискат от своите членове. Друг аргумент е, че само предварителната информация може да бъде използвана за целите на селекцията на риска.

Теоретично, най-добрата стратегия за намаляване на селекцията е добрата система за уравнивяване на риска. На този етап такава перфектна система е дългосрочна цел. За създаването ѝ сериозна роля има и държавата, която може да съдейства за ограничаването на селекцията на риска с подходящи мерки:

- Възпрепятстване на каквито и да били директни контакти между потребителите и здравните фондове в процеса на записването, например в Израел записването и отписването в определен здравен фонд се извършва по пощата.
- Публикуване на резултатите от оценките на удовлетвореността на потребителите от услугите на здравноосигурителните фондове
- Етически кодекс за осигурителните фондове
- Периодично актуализиране и подобряване на формулата за разпределение на субсидията, с оглед редуциране на дългосрочната печалба от определени действия за рисковата селекция.
- Гарантиране невъзможността определянето на цената и продажбата на основния пакет здравни услуги да се обвързва с други продукти и услуги.

Трудно е да бъдат доказани по емпиричен път ползите от системите за разпределение на риска, но недостатъците на тези модели могат да се обобщат така:

1. В много от системите разпределението на разходите се основава на формула, базирана на средните разходи, така че осигурителните фондове имат интерес да селектират потребителите, чийто индивидуален здравен риск е по-нисък от средния в определените по пол и възраст групи. Субсидирането на здравните вноски на високорисковите потребители, може да доведе до допълнително намаляване на здравните вноски за потребителите с нисък риск и така да увеличи концентрацията на такива потребители във фондовете, провеждащи такава политика. Това може да се отрази негативно на общите приходи от осигуровки в здравния сектор.
2. Преходът към въвеждане на естественото поведение на купувачи на здравни услуги от страна на здравните фондове още не е завършен. Една от причините за това е, че здравната помощ е неравномерно разпределена и стриктно организирана, като държавата запазва своя общ силен контрол върху системата, особено по отношение на цените. Фондовете трябва да действат по-решително от гледна точка интересите на осигурените в тях и особено по отношение на качеството и ефективността на здравните услуги.
3. Транзакционните разходи в системата на здравно осигуряване са високи и в резултат на високите разходи за маркетинг, реклама и селекция от страна на фондовете. Не без значение са разходите за информация на държавните органи, които трябва да осигурят приложението на усложнените механизми за изравняване и разпределение на риска.

Запазването на принципа на солидарността е една от най-трудните задачи във всяка здравна система, особено ако е налице конкуренция на осигурителния пазар, която

поражда възможности за селекция. Самата селекция води до редица неблагоприятни ефекти, които се изразяват в следните насоки:

- В случаите на голяма предвиждана печалба, резултат от селекцията, здравноосигурителните фондове нямат стимул да отговорят на изискванията на високорисковите потребители. Високорискови са тези потребители, за които здравните фондове предвиждат да реализират загуба, в условията на определените нива на субсидиите и при наличието на рестрикции върху различията в размера на осигурителните премии. Здравните фондове могат да предложат на хронично болните недостатъчно качествени услуги и да не сключат договор с доставчиците, които имат най-висока репутация, поради това, че техните услуги са относително по-скъпи. Болниците са обезкуражени да подобряват качеството на здравните услуги и съответно репутацията си, тъй като това води до съответно нарастване на цените на тези услуги.³⁰
- В степента, в която някои здравни фондове успяват да привлекат нискорискови потребители, в същата степен възниква пазарна сегментация при която нискорисковите пациенти плащат ниски вноски и обратно, т. е. – нарушава се принципа на солидарността.
- В случаите на голяма предвидима печалба от успешната селекция на нискорискови потребители, селекцията е очевидно по-печелившата политика отколкото подобряване на ефективността на здравната дейност. В краткосрочен план, когато здравните фондове имат ограничени ресурси, за да инвестират в дейности за намаляването на разходите, те могат да предпочетат да инвестират в селекцията, отколкото в ефективни дейности. Ефективните здравни фондове, които не селектират осигурените могат да загубят пазарни позиции за сметка на неефективните, което се отразява в загуба на обществени ползи.
- Здравните фондове, печелещи от селекция на потребителите причиняват загуби на обществото.

2.3. Регулиране на договарянето

Договарянето между фондовете и доставчиците се осъществява обикновено по два начина: (1) селективно: на фондовете се дава право да селектират доставчици, с които имат интерес да сключат договор, като този процес е обвързан с редица правила и задължителни процедури. (2) колективно: фондовете се задължават да сключват договор с всички доставчици, като по този начин се търси начин за осигуряване на справедливост и достъп.

Селективното договаряне е обвързано със следните условия: специфична процедура по договаряне; договаряне на цени, обеми и качество; открита информация за двете страни по договора; стандартен механизъм на ценообразуване; рамкови договори; задължителни механизми за мониторинг и контрол върху работата на доставчика от страна на фонда.

Колективното договаряне се прилага почти навсякъде в Европа и се счита, че то ще продължи да съществува, вероятно едновременно със селективното. Осигурителите, доставчиците и държавата изпитват необходимост да уреждат взаимоотношенията

³⁰ Peacock St., Segal L., Richardson J., Predicting the Expected Costs of Health care, Methods for Risk Adjustment in Health Services, march, 2001

си на по-широка и дългосрочна основа, което дава значителна сигурност при осъществяване на дейността им и съответно - постигане на заложените цели.

2.4. Купуване на здравни услуги в неконкурентна среда

В този случай най-често се наблюдава намесата на Правителството, което упражнява натиск върху купувача на здравни услуги с цел симулиране на (про-) пазарно поведение. В практически план това означава разширяване на правата на финансиращата институция извън стандартното реимбурсиране на услугите. Поведението на купувача трябва да бъде обвързано с процесите по планиране на необходимостта от здравни услуги, промени в структурата на системата на доставки в здравеопазването и контрол върху дейността на доставчиците с цел защита правата на пациентите. Подходящ механизъм за целта може да бъде използването на методи за перспективно бюджетиране (например глобални бюджети, капитация, фондово финансиране), тавани за административните разходи и др. Същевременно от направени изследвания в страните от Западна Европа може да се твърди, че административният натиск е по-слабо ефективен от пазарния.

2.5. Създаване на реално действаща конкурентна среда

Основните мерки, които се предприемат в тази област са: регулиране на навлизането на нови субекти в пазара; регулирането на сливанията между здравноосигурителни институции; осигуряване възможности за потребителски избор; регулиране разпределението на средствата и управление на риска за фондовете; информационно осигуряване на процесите.

3. Ефикасност на системите за здравно осигуряване в европейските страни

От гледна точка на резултатите от дейността на здравноосигурителните системи в европейските страни, анализаторите правят редица не достатъчно категорични констатации:

- от гледна точка на здравния статус ЗОС показват по-слабо подобрене, отколкото публично-финансираните северно-европейски здравни системи.
- От гледна точка на целта за равенство, съществуващата смесица от източници на финансиране в повечето страни изглежда остава регресивна.
- Страните със ЗОС имат по-високо ниво на частни индивидуални плащания /out-of-pocket/, отколкото северно европейските публично финансирани здравни системи.
- В страните със ЗОС общите разходи за здравеопазване на глава от населението са по-високи от тези в страните с публично финансирани здравни системи.
- Резултатите, постигнати в удовлетвореността на пациентите от действащите системи на социално здравно осигуряване не са категорично по-високи, от тези в северно европейските публично финансирани здравни системи, с изключение на значително по-слабо изразения проблем с листите на чакащите.

От гледна точка на здравния статус трудно може да се даде оценка кой вид система оказва по-силно влияние върху здравното състояние на населението. Причината за това е фактът, че всички европейски здравни системи поставят за цел постигане на универсален достъп и покритие на здравноосигурените лица. Качеството на здравното обслужване в страните от Европейския съюз е съпоставимо добро и не се наблюдават значителни разлики в здравното обслужване на населението.

От гледна точка на финансирането, в повечето страни съществува смесица от източници на финансиране. Въпреки това сравнително ясно могат да се открият двата модела на финансиране – на социалното здравно осигуряване от една страна и на националната здравна служба от друга. С изключение на Швейцария (факт, който също е обект на дискусии), в Европа не е разпространен моделът на всеобщото изборно застраховане.

Таблица № 6 Разходи за здравеопазване в различните видове системи на финансиране

Държава	Разходи за здравеопазване като % от БВП		
	1990 година	1995 година	2000 година
Страни със системи на социално здравно осигуряване (някои примери)			
Швейцария	8.5	10.0	10.7
Германия	8.5	10.6	10.6
Франция	8.6	9.5	9.3
Холандия	8.0	8.4	8.6
Средно за страните със СЗО	7.7	8.7	8.7
Страни с национална здравна служба (някои примери)			
Швеция	8.2	8.1	8.4
Дания	8.5	8.2	8.3
Италия	8.0	7.4	8.2
Испания	6.7	7.6	7.5
Ирландия	6.1	6.8	6.4
Великобритания	6.0	7.0	7.3
Средно за страните с НЗС	7.3	7.8	7.9

Източници: OECD (2003); WHO (2003)

Както може да се види на таблица № 6, страните със социално здравно осигуряване отделят относително повече средства за здравеопазване в сравнение със страните с публично-интегрирани системи. Това се дължи в известна степен на по-големите административни разходи по управление на системата, както и във вътрешно присъщите недостатъци на финансирането на определени дейности от различни източници. Може да се твърди, че социалното осигуряване е относително по-скъпо в сравнение с публично финансираните системи.

Таблица № 7 Разходи за администриране на системата

Държава	Административни разходи (% от общите разходи за здравеопазване)		
	1990 година	1995 година	2000 година
Страни със системи на социално здравно осигуряване			
Германия	6.3	5.3	5.4
Швейцария *	6.1	5.0	5.1
Холандия	4.9	4.5	4.4
Франция	1.6	1.7	1.8
Страни с национална здравна служба			
Великобритания	n/a	n/a	3.3
Италия	0.3	0.3	0.3

Дания	0.8	0.9	0.9
Испания	n/a	2.7	2.3

Източник: OECD (2003)

* Швейцария се причислява към страните със социално здравно осигуряване тъй като, здравните застраховки в страната са задължителни за всеки гражданин.

Удовлетвореността на пациентите от здравната система е важен показател доколко здравната система изпълнява функциите си, от гледна точка на потребителите на здравни услуги. Резултатите от проучване на Европейската комисия, направено през 1999 г. и представено в таблица № 8, не са категорични. С изключение на Дания, страните с национална здравна служба показват по-висока степен на неудовлетвореност от системата в сравнение със страните със социално здравно осигуряване. Някои от причините за това са ограниченият избор на пациента, както и дългите списъци с чакащи в повечето страни.

Таблица № 8 Удовлетвореност от здравната система

Държава	Дял на удовлетворени от системата (%)			Дял на неудовлетворени от системата (%)		
	Силно удовлетворени	Слабо удовлетворени	Общо	Слабо неудовлетворени	Силно неудовлетворени	Общо
Страни със системи на социално здравно осигуряване						
Германия	7.4	42.5	49.9	35.5	12.2	47.7
Франция	16.0	62.2	78.2	16.7	4.4	21.1
Холандия	19.0	54.2	73.2	21.9	4.1	26.0
Страни с национална здравна служба						
Италия	2.1	24.2	26.3	45.6	26.2	71.8
Ирландия	11.4	36.3	47.7	26.9	20.3	47.2
Швеция	13.5	45.2	58.7	29.6	9.3	38.9
Велико-Британия	13.0	42.7	55.7	31.8	10.5	42.3
Дания	30.7	45.1	75.8	20.1	3.8	23.9
Средно за ЕС(15)	10.6	42.2	52.8	32.5	12.7	45.2

Източник: European Commission Eurobarometer results in key figures on Health Pocketbook, 2001

От прегледа на системите на здравеопазване до момента може да се направи извода, че финансирането оказва съществено влияние върху ефективността на здравната система, но по отношение на ефикасността изборът на модел на финансиране няма отчетливо проявено пряко въздействие.

4. Основни проблеми, асоциирани със здравното осигуряване в страните с ниски доходи³¹

Страните с ниски доходи се характеризират със значително отличаващи се характеристики на здравните системи от тези в развитите страни. Проблемите на здравноосигурителните модели в тези страни, които са до голяма степен общи могат да се обобщят по следния начин:

- ✘ Абсолютен дефицит на финансов ресурс;
- ✘ Слаб управленски капацитет и здравна инфраструктура;
- ✘ Значителен неформален сектор, който е трудно и скъпо да се обхване;
- ✘ Нарастваща тенденция здравната помощ да бъде съсредоточена основно в богатите, градски райони;

³¹ Conn P. Catherine, Walford V., An introduction to health insurance for low income countries, 1998 by IHSD Limited, London

- ✘ Ограничена конкуренция, слаби регулации и морален хазарт, които водят до ескалация на разходите, без необходимото подобряване на здравните услуги.

Настоящата практика в бедните страни показва защо преимуществата на здравното осигуряване не могат да се реализират:

- ✘ Ниските доходи на големи групи от населението не позволяват увеличаване на средствата за здравеопазване извън бюджетната подкрепа.
- ✘ Високите административни разходи за осигуряване дейността на здравноосигурителните фондове и проблемите при събирането на осигуровките са основен проблем в тези страни. Те се дължат на слабата инфраструктура и управленски капацитет от една страна и на значителния сив сектор и безработицата – от друга
- ✘ .Особено значение има ниското качество на мениджмънта в здравното осигуряване, с оглед качеството на договорите, надзора върху ползваните услуги, избягване на измамите, въвеждане на индикатори за изпълнението и на регулации за дейността на доставчиците на здравни услуги. Изисква се значително време за развитие на управленския и регулативен капацитет в “бедните страни”.
- ✘ Неэффективното изразходване на средствата от страна на осигурителните институции, слаба отчетност, липса на контролни механизми и отговорност при вземането на управленски решения.
- ✘ Концентрация на здравна инфраструктура в гъсто населените райони: Здравното осигуряване стимулира потреблението на болнични здравни услуги в градските райони и прилагането на високотехнологични лечебни процедури, които са по-печеливши и по-лесни за управление от осигурителите, отколкото в селските райони. Това води до неподходящо използване на ограничените ресурси, тъй като основния пакет здравни услуги не е адекватно осигурен за жителите в отдалечените райони.
- ✘ Липса на реална конкуренция между доставчиците на здравни услуги, тъй като много малка част от тях практически се конкурират с цел подобряване качеството на услугите, за да отговорят на търсенето.

По-качествено здравно осигуряване в “бедните страни”, може да се постигне при наличие на няколко условия със структурен характер:

1. Високо развитият икономически потенциал подкрепя значително развитие на здравното обслужване.
2. Висок административен капацитет на здравния мениджмънт в системата, особено в системата за здравното осигуряване.
3. Адекватно ниво на персоналните доходи, което да осигури стабилен приход на здравноосигурителната система.
4. Високо развита структурата на пазара на труда, която да осигури приходната база на осигуряването.

Ефективна и качествена здравна инфраструктура, която да осигури здравните услуги, за които пациентите са здравно осигурени.

VII. Преглед на финансирането на отделните подсистеми на здравната система

1. Финансиране на доболничната помощ

1.1. Организация на доболничната (извънболничната, първичната) помощ³²

Първичната помощ се дефинира като първи контакт между пациента и здравната система при нововъзникнал здравословен проблем. Тази помощ следва да бъде планирана, финансирана и регулирана по начин, който да осигурява адекватно здравно обслужване на обхванатите лица.

Когато се разглеждат моделите на организация на първичната помощ в отделните страни, се има предвид, че няма един универсален модел, който е доказано ефективен и работи навсякъде. От гледна точка на основните характеристики моделите на доболнична помощ включват вида на правния статут на изпълнителите на първична помощ, броя и видове доставчици в една организация, обхвата на дейността, отговорността и финансирането; основните потребители, към които помощта е насочена. Като се имат предвид тези характеристики, могат да бъдат разграничени следните организационни форми на първичната помощ:

- вертикално интегрирани посреднически организации;
- лекари и лекарски групови практики;
- здравни центрове (поликлиники);
- местни организации в селските региони.

Организацията на първичната помощ в една страна може да включва елементи от няколко от изброените по-горе модели.

При първата организационна форма посредниците са вертикално интегрирани, защото те отговарят за планирането, управлението и финансирането на първичната помощ (чрез директна доставка или закупуване на здравни услуги) за определена група от населението. Във Великобритания тази роля се осъществява от групите за първична помощ, в Холандия – от здравните фондове, във Финландия – от общините и др.

Наблюдава се тенденция към постепенно освобождаване на държавата от отговорностите по осъществяване на първичната помощ, освен в областта на регулиране на процеса. Основната причина за това е, че по-ефективното разпределяне на ресурсите в първичната помощ се осъществява от организация, разположена по-близо до пациента.

Посредническите организации в повечето страни се появяват с цел поемане на ролята на организатори и купувачи на услуги. Съществуването им постепенно създава (квази-пазар) и пазарни отношения в доболничната помощ и замества субсидирането ѝ, планирано и контролирано от централната власт.

³² Тази част третира основно организацията и финансирането на първичната медицинска помощ, без да се отделя внимание на специализираната извънболнична помощ.

Таблица № 9 Видове посреднически организации

Посреднически организации	
Общини (Финландия)	Общински служби, които се грижат за планиране, доставяне или купуване на първична и вторична помощ. Интересен е фактът, че поне две финландски общини са прехвърлили тези дейности върху външен доставчик
Здравноосигурителни фондове (Холандия)	Фондове, които записват клиенти и отговарят за планирането и финансирането на цялата медицинска помощ.
Групи (тръстове) за първична помощ (Великобритания)	Организации, които планират и доставят първичната помощ, като всички други дейности се прехвърлят навън.
Нова Зеландия	Разнообразие от вертикално интегрирани организации, най-вече между лекарските съюзи, много често – на местен принцип.
Организации за управление на здравните грижи (САЩ)	Организации, които записват клиентите си, занимават се с избор на лекари, планиране, финансиране, купуване и/или доставка на здравни услуги от първичната и вторичната помощ.

Източник: Marriot, J., A. Mable, "A review of International Literature on Primary health Care"

В по-голямата част от страните в света първичната медицинска помощ се доставя от общопрактикуващи или лични лекари. Наблюдава се тенденция към постепенно преминаване от самостоятелни към групови практики там, където е възможно. Правният статут на общопрактикуващите лекари е различен: еднолични търговци, юридически лица, дружества, наети лица. В зависимост от това се осъществява и финансирането.

Здравните центрове съществуват в много страни с различен статут. Най-често те са организации с нестопанска цел, които работят в обществена полза и получават финансиране под формата на глобален бюджет или за дейност. Управляват се от борд, който включва представители на местната общественост (Канада, САЩ, Австралия). Много често тези центрове са ориентирани към население със специални здравни нужди.

Местните организации се създават с цел да обслужват населението в селските или изостаналите райони. Те също могат да бъдат различни видове в зависимост от устройството и правния им статут. Много често към тях са насочени специални стимули (финансови и други), с цел осигуряване на здравна помощ за населението в изолираните региони.

1.2. Регулиране на пазарното поведение на общопрактикуващите лекари

В страни със система на социално здравно осигуряване (Германия, Франция), личните лекари са със статут на самонаети лица и работят на договор, докато в страни с национални здравни служби те или са самонаети лица (Великобритания), или са на заплата към съответната здравна служба (Финландия, Португалия). Налага

се изводът, че в по-голямата част от страните в Европа, личните лекари могат да се разглеждат освен като професионални медицински лица и като представители на малкия бизнес. В повечето европейски страни през последните години се въвеждат финансови стимули за дейността на общопрактикуващите лекари, които да въздействат в по-голяма степен върху пазарното им поведение.

Регулирането на дейността на личните лекари се осъществява на три равнища:

- ✦ Национално – национални стандарти, регулативна среда.
- ✦ Местно – професионални асоциации и организации.
- ✦ На равнище отделна практика – професионален мениджмънт, социални норми и др.

Най-общо основните регулации за общата практика могат да бъдат: разрешения и стимули за установяване на практика в райони с малко на брой лекари; ограничение на броя на записаните при един общопрактикуващ лекар лица; капитация в заплащането на общопрактикуващите лекари; роля на ограничителите на достъпа до вторична медицинска помощ и др.

В страните с интегрирани системи на здравеопазване (национални здравни служби) държавата упражнява значителен контрол върху дейността на общопрактикуващите лекари по отношение на броя, разположението, организацията, работното време и механизма на финансиране. Поради тази причина възможностите за пазарно поведение са ограничени, особено що се отнася до доходите на лекарите. Най-малки са тези възможности в страните, където личните лекари работят на заплата към националната здравна служба.

В страните със социално здравно осигуряване общопрактикуващите лекари най-често са самонаети лица, сключили договор със здравноосигурителните фондове. Единствено в Холандия са въведени задължителни пациентски списъци, обвързани със заплащане на база записан пациент (капитация), които изпълняват роля на ограничителите на достъпа до вторична медицинска помощ.

Правото и отговорността по регулиране на дейността на общата практика е поделена между държавата, осигурителните дружества и организациите на доставчиците на медицинска помощ. Поради това разделение ролята на общопрактикуващите лекари в тези страни не се е променила съществено през последните десетилетия.

В страните в преход от Централна и Източна Европа се върви към независим статут на личните лекари. В някои случаи се наблюдава и определена степен на развитие на пазарните отношения. Все още няма баланс между освобождаването от старите бюрократични правила и създаването на нови регулации, необходими за стимулиране на пазарното поведение.

1.3. Финансиране на първичната помощ

Финансирането на първичната помощ по отношение на медицинските специалисти, заети в нея, може да се извършва по няколко метода, основните от които са:

- Капитационно плащане: плащане на определена предварително сума на записан в списъка на лекаря пациент.
- Такса за услуга: плащане за определена предварително дефинирана медицинска дейност (услуга), предоставена на пациента.

- **Заплата:** плащане на определена сума за месец /седмица/ на медицинските специалисти, които са наети по договор към дадена структура (най-често към държавата).

В много ограничени случаи се прилага глобален бюджет за финансиране на извънболничната помощ – предимно, когато дейността е организирана в групова практика или центрове.

В повечето страни по света се наблюдава комбинация от различни методи (смесен модел на финансиране) при заплащането на лекарите в извънболничната помощ. По този начин в максимална степен се използват различните стимули за дейността на медицинския персонал.

1.4. Тенденции в развитието и финансирането на първичната помощ

В Таблица № 10 са представени основните тенденции в реформирането на извънболничната помощ и степента на развитие на системата, до която са достигнали някои държави.

Таблица № 10

Основни елементи в реформирането на първичната помощ					
Елементи	Финландия	Холандия	Велико-британия	Австралия	САЩ
Участие на гражданите	Избират членове на местния съвет	Здравните фондове гарантират участието	Някои от гражданите са назначени в системата	Не участват при ОПЛ практиката, само при управлението на здравните центрове	Възможно е участие в управлението на здравните организации
Избор за пациента	Избор на ОПЛ, ограничен избор на община	Избор на ОПЛ и на здравен фонд	Избор на ОПЛ или ОПЛ практика	Избор на ОПЛ или здравен център	Ограничен избор на ОПЛ, организация за управл. на здравните грижи
Записване	Записване при личен лекар. Предвижда се избор на община след законодателни промени	Записване при фондове, впоследствие при лекарите	Записване при личен лекар/ практика	Не	Записване в организация за управление на здравните грижи
Групови практики	В общинските здравни центрове	Основна част от ОПЛ; в здравните центрове	В групите за първична помощ	Само в здравните центрове	В здравните организации
Ограничаван	Да	Да	Да	Да	В здравните

е на достъпа до болнична помощ					организации да, в останалите случаи – директен достъп
Капитация	Към общините и част от личните лекари	Към здравните фондове и от тях – към личните лекари за записаните при тях пациенти	На исторически принцип по отн. на ОПЛ	Не	В здравните организации и част от средствата се насочват към лекарите от първичната помощ
Здравна информация	Оперативна информация на ниво община	Информационна система за здравните фондове, електронни лични здравни картони	Информационна система на ниво групи за първична помощ, развитие на връзки към болниците	Национална инициатива за развитие на здравна информационна система	Електронни здравни картони и свързани здравни информационни мрежи
Контрол върху качеството	Общини	Здравни фондове и лекарски практики	Групи за първична помощ и здравните власти	Личните лекари и здравните центрове	Организациите за управл. на здравни грижи, други организации

Източник: Marriot, J., A. Mable, "A review of International Literature on Primary health Care"

От разгледаната таблица могат да се направят няколко извода:

1. Наблюдава се тенденция към постепенно освобождаване на държавата от намеса в управлението на първичната помощ. В някои случаи отговорностите се прехвърлят към местните власти, а в други – към специални институции (финансиращи или управленски), но се разчита в максимална степен на участието на гражданското общество в управлението.
2. Повечето здравни системи целят осигуряване на всеобщ и гарантиран достъп до първична помощ и същевременно – ограничаване на достъпа до болнично лечение. Това поставя общата практика най-близо до пациента и ограничава свръхпотреблението на по-скъпите болнични услуги.
3. Наличието на информационно осигуряване на процесите в доболничната помощ е задължителен елемент за нейното развитие, както и за контрола върху резултатите.

1.5. Организация и финансиране на първичната помощ в някои страни

Великобритания

Организация и регулиране на извънболничната помощ

Организацията и финансирането на доболничната помощ се осъществяват чрез Групи за първична помощ – организации, които изпълняват функцията на фондове при купуването на здравна помощ и посредничат между държавата и лечебните заведения при осъществяването на медицинска дейност. Те получават финансиране от бюджета на база брой население, което обслужват и имат право да разпределят средствата по необходимост между отделните видове помощ. В случай, че групата формира излишък от средства, тя може да ги използва за развитие на първичната помощ.

Всеки гражданин на страната има право да избере Група и личен лекар, като този избор не е обвързан законово с местожителството.

Пациентите могат да ползват услугите на лекар – специалист само след като получат направление от личния си лекар.

Общопрактикуващите лекари предоставят по-голямата част от първичната помощ в групова практика. Средният брой пациенти на един общопрактикуващ лекар е 1 800. Частната практика е много ограничена, защото националният рамков договор забранява на лекарите да преглеждат частно пациентите, които са записани в списъка им.

Общопрактикуващите лекари във Великобритания имат право да установяват амбулаторна практика, което ги превръща в независима страна във взаимоотношенията “лекар – пациент”. Лекарите специалисти нямат това право, но те от своя страна могат да преглеждат и частни пациенти, независимо че са на трудов договор към здравните власти или болничен тръст.

Броят и разпределението на общопрактикуващите лекари е пряко и строго регулиран от страна на държавата. Създадени са финансови стимули за покриване на територии с ограничен медицински персонал и здравно обслужване.

Механизъм на финансиране

Възнаграждението на общопрактикуващите лекари се определя като комбинация от фиксирани плащания, плащания за записан пациент и такси за определени услуги. Капитацията е на база брой записани при общопрактикуващия лекар пациенти. Регламентирано е получаването на надбавки за стаж, за практики в слабонаселени и селски райони, за наемане на медицински сестри и др. Капитацията представлява около 60 % от дохода на лекарите. Таксите за услуги се предоставят за нощни визити, дейности по промоция на здравето, грижи за пациенти със специфични здравни проблеми, хронично болни и др.

Пациентите не заплащат потребителска такса за посещение при общопрактикуващ лекар и при лекар – специалист (такси не се заплащат и при болничната помощ). За издаване на рецепти таксата е US\$ 9, като голяма част от пациентите са освободени от плащане.

Германия

Организация на извънболничната помощ

В Германия доболничната помощ включва първичната помощ и вторичната извънболнична помощ.

Първичната помощ се осъществява от общопрактикуващи лекари, като мнозинството от тях имат индивидуална практика (около 70 % от лекарите). Лекарите имат право да обслужват и задължително, и частно здравно осигурени лица. Всеки пациент има право да избере свой личен лекар и да го сменя след изтичане най-малко на три месеца. Разпространена е практиката за директен достъп до специалисти, без направление от личен лекар, тъй като това не е забранено. Не се плащат такси за посещение при личен лекар или при специалист.

Механизъм на финансиране

В Германия заплащането в сектора на извънболничната помощ традиционно се договаря между организациите на застрахователните фондове от една страна и на лекарите от друга. По този начин различията в заплащането между отделните общопрактикуващи лекари са намалени до минимум. През 90-те години, след редица реформи в сектора, федералното правителство въвежда единна система за плащане на семейните лекари и фиксиран бюджет за финансиране на предписваните лекарства.

Заплащането за личните лекари в системата на задължително здравно осигуряване се осъществява на два етапа:

- Здравните фондове определят общ бюджет за асоциацията на лекарите. Той най-често се договаря на база капитация (плащане за записан или осигурен пациент), като тя се различава между отделните фондове, както и между отделните провинции. Капитацията покрива всички услуги, които предоставят лекарите в системата на задължително здравно осигуряване в извънболничната помощ.
- Асоциацията на лекарите плаща на своите членове за извършените услуги по единна стойностна скала. Скалата включва изчислени стойности (точки) за всички медицински процедури, както и условията, които допускат плащане по тях. В края на всяко тримесечие лекарят изпраща фактури на своята асоциация за всички медицински процедури, които е осъществил и които подлежат на плащане. Средствата от бюджета, предоставен на асоциацията се разделят между отделните лекари на база обема и вида на услугите, които са предоставили.

Съществуват разнообразни механизми за контрол върху дейността на лекарите, за да се предотврати фалшиво фактуриране на неизвършени услуги. Лекарите подлежат на внезапни проверки без предупреждение, ако се прецени, че предоставят услуги в размер, сравнително по-голям от този, регистриран от техни колеги. В случай на доказани злоупотреби, се налагат финансови санкции.

Частно застрахованите пациенти в повечето случаи плащат директно на лекаря си за амбулаторните услуги, които после им се реимбурсират от фонда при определени условия. Макар че съществува федерално постановление за цените на услугите за частни пациенти (то се използва за таван за реимбурсиране от страна на фондовете), често лекарите поставят по-високи цени от установения таван (1.7 – 2.3 пъти). По този начин реимбурсирането на цените на услугите за частни пациенти повишава значително разходите за здравеопазване.

Контролът върху броя и разпределението на лекарите от страна на държавата е непряк и се осъществява чрез механизмите на саморегулиращия се пазар на здравни услуги, както и чрез ограничаване на достъпа до получаване на медицинско образование в страната.

Пациентите имат право свободно да избират лекар (семеен или специалист) и това е характерна особеност на немската система.

Дания

Организация на извънболничната помощ

Датските граждани на възраст над 16 години могат да избират общопрактикуващ лекар от една от следните две групи:

- Група 1 – пациентите, които се включват в тази група се регистрират при лекар, чиято практика е в рамките на 10 км. от дома им (5 км. за жителите на Копенхаген). Чрез лекаря те получават достъп до специализирани медицински услуги с направление. Ако нямат направление, пациентите са длъжни да заплащат изцяло стойността на лечението. Броят на пациентите на общопрактикуващ лекар е фиксиран, като пациентите могат да сменят лекаря си веднъж на 6 месеца.
- Група 2 – пациентите в тази група могат да посещават всеки общопрактикуващ лекар или лекар – специалист без направление, но те са длъжни да заплащат част от разходите за всяка услуга с изключение на болничното лечение. Между 2 и 3 % от населението избира тази възможност.
- Достъпът до общопрактикуващи лекари и до специалисти е свободен (не се заплащат такси от страна на пациентите, с изключение на пациентите от група 2).

Механизъм за финансиране

Плащането за общопрактикуващите лекари се извършва на база комбинация от плащания за записан пациент (капитация) – около 30 % от общия им доход – и такси за извършени услуги. Системата за плащане създава стимули за увеличаване активността общопрактикуващите лекари в определени области, например превантивни грижи, борба с тютюнопушенето, здравно образование и др.

Около 23 % от лекарите работят като общопрактикуващи. Броят и месторазположението на лекарите се регулира на местно ниво.

Франция

Организация на извънболничната помощ

Извънболничната помощ във Франция се предоставя от лекари, зъболекари и медицински заведения, работещи на самостоятелна (частна) практика, а 38 % от лекарите работят в групово практика. В някои случаи извънболнични грижи се предоставят в болници или медицински центрове.

Общопрактикуващите лекари имат особен статут. През 1987 г. е въведен механизъм на регистрация при личен лекар, но тя не е задължителна и едва 1 % от пациентите са се записали при свой личен лекар, като в системата са се включили около 10 % от общопрактикуващите лекари в страната. Предимството за пациентите е, че не се налага предварително да заплащат за консултация при своя лекар.

Достъпът до системата е абсолютно свободен – пациентът може да избере общопрактикуващ лекар, специалист или лечебно заведение. Няма ограничение върху броя на консултациите и прегледите.

Заплащането на лекарите се извършва на база такса за извършени услуги според Схема на Министерство на здравеопазването, като за изборните лични лекари е въведена системата за капитация.

Съотношението общопрактикуващи лекари – специалисти във Франция е 49:51. В някои случаи общопрактикуващ лекар може да има и специализирана практика.

Холандия

Организация на извънболничната помощ

Основните институции, заети в планирането, управлението и финансирането на първичната помощ, са здравните фондове. Те отговарят за здравето обслужване на своите членове. Фондовете сключват договор с доставчиците на първична помощ.

Извънболничната помощ е добре развита и се доставя в най-голяма степен от общопрактикуващи лекари. Те работят в индивидуална практика в даден район и имат средно около 2 300 записани пациенти. Напоследък се забелязва тенденция към увеличаване на размера на груповата практика и развитие на различни медицински центрове за извънболнична помощ.

Личните лекари са основното звено в системата, което ограничава входа към болничната помощ. Само лекари, които са преминали 3 годишно обучение по семейна медицина, имат право да бъдат лични лекари. Те получават сертификат, който се подновява на всеки 5 години и включва доказателства, че лекарят е практикувал определен брой часове на седмица и се е обучавал допълнително през съответния период най-малко 40 часа на година.

За достъп до болнично лечение или до специалист, всеки пациент в системата на здравно осигуряване (задължително и доброволно!) се нуждае от направление от своя личен лекар. Личните лекари получават подходяща специализация, което се оказва достатъчно, за да поемат по-голямата част от случаите и да съдействат за намаляване на напрежението върху сектора на болничната помощ. Едва в 6 до 10 % от случаите на контакт с личен лекар пациентите са насочвани към специалист или болнично заведение, останалата част се решават от общопрактикуващия лекар.

Механизъм на финансиране

Общопрактикуващите лекари сключват общ договор със здравноосигурителните фондове, като в задълженията им се включва изискване да обслужват записаните пациенти 24 часа в денонощие. Заплащането на общопрактикуващите лекари се извършва на база капитация за осигурените в задължителната система и на база такса за извършени услуги за пациенти с частни застраховки. Размерът на капитацията, както и размерите на таксите за услуги, се определят чрез сложни преговори между Националната асоциация на общопрактикуващите лекари, организации на лекарите специалисти и представители на здравноосигурителните фондове. Договореностите подлежат на одобрение от страна на държавата.

Формулата на капитацията отчита дохода на лекаря, разходите за извършване на дейността, разходите по специализираното му обучение и включва корекции за възраст на пациентите и географската област на практиката. Личните лекари получават и допълнително финансиране под формата на плащания за лечение на

определени групи от населението (диабетици и др.), за участие в срещи с фармацевти и за допълнително обучение.

Швейцария

По-голямата част от извънболничната помощ се предоставя от частни независими лекари – общопрактикуващи (36 %) и специалисти (46 %; останалата част са зъболекари). Достъпът до лекари и зъболекари на практика е неограничен, но въпреки това повечето граждани разполагат с личен лекар. Общопрактикуващите лекари не ограничават достъпа до болнична помощ.

Заплащането за лекарите в извънболничната помощ се извършва на база такси за услуги. След посещение на пациент, лекарят изготвя фактура, включваща всички дейности, които са били извършени според класификация на дейностите по схема, регулирана на федерално ниво (подобно на немската). След като се вземат предвид всички намаления, 10 % от фактурата се плаща лично от пациента, а останалата сума се реимбурсира на лекаря или на пациента, в зависимост от застрахователната полица.

В последните години все по-популярни стават възможностите за управляване на здравните грижи в извънболничния сектор. В Мрежата на общопрактикуващите лекари са обединени 7 % от всички лекари. Тя обхваща около 400 000 пациенти. Тази мрежа представлява групова практика и лекарите в нея насочват пациентите към определени специалисти. Предимството е, че управляваните медицински грижи са по-евтини от стандартното участие в системата на застраховане, като същевременно изборът е ограничен в определена степен.

САЩ

Първичната помощ в САЩ представлява сложна и постоянно променяща се в организационно отношение система. По-голяма част от дейността в първичната помощ се финансира от частни източници, в зависимост от застрахователната схема, избрана от клиента.

Организационните модели, чрез които се предоставя първичната помощ се различават, в зависимост от географското разположение, гъстота на населението, степента на развитие на организациите за управление на здравните грижи и др. :

- ✦ Индивидуална практика
- ✦ Групи за предоставяне на първична помощ
- ✦ Асоциации за независима практика
- ✦ Организации „лекар – болница”
- ✦ Организации за управление на здравните грижи
- ✦ Здравни центрове
- ✦ Интегрирани системи за доставка на услуги и др.

Основните финансиращи институции в сферата на първичната помощ са организациите за управление на здравните грижи (Health Maintenance Organizations, НМО-s). По статут те могат да бъдат стопански или нестопански организации и се различават в зависимост от взаимоотношенията им с лекарите. В някои случаи лекарите са наети на работа в организацията, в други – обслужват записаните лица по договор.

Организациите плащат за доболнична помощ по два начина:

- ⊕ Капитация (за записан пациент) за предварително определен пакет от услуги на месец
- ⊕ Такси за извършени от лечебното заведение /лекар услуги.

Medicare заплаща извънболничната помощ чрез предварително определени такси за извършени услуги.

2. Финансиране на болничната помощ

2.1. Организация на болничната помощ: теория и практика

В условията на стандартен пазар на услуги болниците като основен доставчик на медицински услуги би трябвало да се управляват както всеки друг пазарен субект – с отговорност спрямо печалбата или загубата, които носи дейността им. Подходящо би било мениджърите им да имат избор относно това каква технология да изберат или какви нови услуги да предложат на пациентите. Този модел би бил недостатъчно адекватен на социалните цели, които едно общество си поставя – достъп, равенство, защита здравето на всеки гражданин. За да се реализира на практика какъвто и да било болничен модел в дадена страна, следва да се вземат предвид детайлите и да се избере необходимия компромис между пазарна и планирана среда.

В зависимост от формата на собственост и управление, болниците могат да бъдат:

- Бюджетни организации – те са интегрална част от публичната система на здравеопазване. Мениджърите на тези болници са на практика администратори. Йерархията на позициите и контролния апарат са в основата на управлението им. „Приходите” им се определят от бюджет по параграфи, най-често на исторически принцип.
- Автономни организации – автономността на едно лечебно заведение означава постепенно трансформиране на администраторите в мениджъри чрез прехвърляне на голяма част от управленските решения от база йерархия на база мениджмънт. Запазват се някои йерархични функции, особено що се отнася до финансовата отчетност.
- Корпоративни организации – при тях автономността приема крайна форма. Мениджърите на болницата имат практически всякакви права по управлението и контрола върху ресурсите. В правно отношение болницата се създава като независимо юридическо лице, включително и по отношение на финансовите й резултати. В случай на фалит болницата подлежи на ликвидация както всяко друго търговско дружество. Пазарните мотиви на подобна организация се базират на успешно сключени печеливши договори за доставка, по-високо качество на предоставяните услуги и съответно – конкурентни цени на услугите, възможности за свободен подбор на висококвалифициран персонал и др. Ръководството на болницата е отговорно за загубите на болницата.

В страни, където болниците са предимно публични (Великобритания, Ирландия, скандинавските държави), представеното разделение на болниците по видове няма толкова ясни разграничения. Същото се отнася за системите с една национална здравна служба (Италия, Испания, Португалия), където делът на публичния сектор (брой легла) в болничната помощ е около и над 70 %.

В страните с класически системи на социално здравно осигуряване съществуват две характерни особености, които ги отличават от страните със система Бевъридж - микс между публична и частна собственост и статутът на болницата спрямо

финансиращата институция (дали тя работи за печалба или не). Оттук идва и разделението на болниците на публични, частни нестопански и частни стопански. Публичните болници в тези страни не са типични командно – контролирани институции. Поради разделението между финансиране и покупка на услуги, всяка болница има определена степен на автономност по отношение на управлението, тъй като тя трябва да сключва договор със здравноосигурителните фондове.

Частните стопански болници са третия по важност сегмент в повечето страни от Западна Европа – 20 % от всички легла във Франция, 18 % в Испания, 10 % в Португалия и Италия. В зависимост от регулациите в съответната страна, те могат да предоставят услуги, финансирани от публичните здравноосигурителни фондове или да обслужват единствено частни пациенти. Във втория случай болниците са освободени от задълженията за осигуряване на равен достъп и финансова стабилност и представляват пример за класически пазарен модел в болничната помощ.

Промените в света в последните години и повишаващите се изисквания към здравето на населението налагат промяна в концепцията за управлението на болниците в посока от бюджетни към автономни и независими организации. Тенденциите в Европа са насочени към превръщането на болниците в пълноправни пазарни субекти чрез въвеждане на правила, които регулират поведението им на пазара. Мерките, които държавите предприемат, са следните:

- ✦ Трансформиране на болниците в самостоятелно управлявани юридически лица (Великобритания);
- ✦ Въвеждане на разделение между купувач и доставчик на здравната услуга;
- ✦ Въвеждане на договорни взаимоотношения между двете страни;
- ✦ Предоставяне права на болниците за решаване на кадрови въпроси по отношение на наемане, освобождаване, обучение и заплащане на персонала;
- ✦ Прехвърляне на собствеността върху болниците на общините или други местни власти (Дания);
- ✦ Приватизация на лечебни заведения (Испания) и др.

Повечето държави прилагат практически само част от изброените мерки. Изключение правят Швеция и някои региони в Испания, където едновременно се работи по всички компоненти на либерализацията на пазара на болнични грижи. Практиката (в Испания особено) показва, че националното правителство трябва да избере или програма за разширяване автономността на болниците, или програма за делегиране на права на местната власт по отношение на управлението на болниците в съответните региони.

В страни със система на социално здравно осигуряване реформите са насочени към разширяване на финансовата автономия на болниците. В Холандия през 90-те години на 20 век държавните болници са трансформирани в частни нестопански лечебни заведения, в Германия се приватизират центрове за спешна помощ.

Болниците в страните от бившите социалистически страни работят в бързо променяща се среда през последните 15 години. Особеностите на реформите в здравеопазването включват разделение между финансирането и здравната помощ и постепенното отделяне на болниците от директен бюджетен контрол. С въвеждането на системата на здравно осигуряване и разделяне между финансирането и

доставката на здравна услуга се налага да се постигне определена степен на автономия на лечебните заведения, която все още не е налице (например в част от регионите на Русия).

Таблица № 11 систематизира основните тенденции в реформирането на болничната помощ и взаимоотношенията между болниците и финансиращите институции в европейските здравни системи.

Таблица № 11 Основни тенденции и резултати от реформите в сферата на болничната помощ в Европа.

Система	Разделение между болница и купувач	Взаимоотношения между купувач и болница	Правомощия на болницата по вземането на управленски решения	Финансова автономност на болниците	Близост до регулатора
Публично – интегрирани системи (модел Бевърдидж)	Традиционно не съществува, освен в Финландия, Италия, Португалия и Англия	Йерархични, някои страни – договорни, в резултат на разделението между купувач и доставчик	в Слаба, постепенно увеличаваща се (Англия, Италия, Испания)	Постепенно повишаваща се	Постепенно (с изключение на Англия)
Системи на социално здравно осигуряване (модел Бисмарк)	Традиционно съществува	Колективни договори между фондовете и болниците	Ограничени, не се наблюдава тенденция към разширяване	Добре развита, разширява се по посока предварителна реимбурсация и формиране на печалби	Висока степен на отдалеченост
Страни от ЦИЕ	При въвеждане на социално здравно осигуряване	Договори, въведени с промяната към социално здравно осигуряване	Традиционно слаби	Въведена, но в различна степен	Все още висока степен на близост

Източник: Regulating entrepreneurial behaviour in European healthcare systems, European observatory on health systems and policies

2.2. Регулиране на пазарните взаимоотношения в болничната помощ

Разширяването на финансовата автономност на болниците и тяхното управление носи редица рискове. Болниците следва да осигуряват постигането на социалните цели в здравеопазването, като равен достъп и качествено обслужване на всеки пациент, запазване на общественото здраве, устойчивост на финансирането на здравната система и др. Поради тази причина се налага взаимоотношенията да бъдат регулирани от страна на държавата. Регулациите се осъществяват в следните области:

1. Осигуряване на достъп до болнична помощ
2. Определяне и финансиране на болничните медицинските услуги
3. Защита на медицинските служители
4. Стимули и ограничения в пазарното поведение на болниците

Достъпът до болнична помощ е цел на всяка една здравна система в Европа и света. Постига се чрез изграждане на структура от болници и болнични специалисти, която да отговаря на необходимостта на населението от болнична помощ (адекватна здравна карта на страната).

В страни с микс от публични, частни стопански и нестопански болници, са възможни два подхода, за да се осигури равен достъп до болнична помощ: предварителни регулации, които определят реда за създаването на нови лечебни заведения (този подход са избрали страни като Германия и Холандия) и последващи, при които съществуващият болничен капацитет се включва в план (наблюдава се в Швейцария).

По отношение на достъпа до болнична помощ най-важни за решаване са следните въпроси: (1) Болницата ще бъде ли задължена да приема и лекува пациенти, независимо от техния здравноосигурителен статут или ще се ръководи от възможностите за формиране на печалба; (2) Ще бъде ли задължена да разполага със звено за спешна помощ; (3) Ще разполага ли с медицински специалисти по всяко време на денонощието.

Въпросът с възможностите за избор от страна на пациента също заема важно място. Разширяването на регулациите не винаги води автоматично до повишаване възможностите за избор, пример за което е Великобритания.

Моделът на социален пазар в болничната помощ включва постигане на обществени цели чрез прилагане на принципите на пазарните отношения – ориентация към активно търсене на възможности за реализация, иновации, поемане на риск и отговорност при извършване на определена дейност. От тази гледна точка социалните пазарни отношения не се различават от чисто пазарните. Разликата е в поставените цели и в контекста, в който тези цели се осъществяват. Необходимите условия за функциониране на модела са среда на доверие, прозрачност, отговорност и публична отчетност.

2.3. Общи модели за финансиране на болничната помощ

Ограничеността на ресурсите в публичния сектор и нарастващите потребности на обществото от здравни услуги водят до състояние, при което болниците са подложени на сериозен натиск от страна на централните и местните власти, здравните фондове, професионалните и потребителските асоциации да повишават ефективността си. Най-сериозният инструмент за направляване усилията на болниците и моделиране на тяхното поведение е механизмът на финансиране. Ако този инструмент се използва рационално, ефективността на болничния сектор може чувствително да се подобри, което да доведе до намаляване на разходите и повишаване на качеството. Това е и основната предпоставка за промяната в методите на финансиране на болничната помощ в множество страни, особено в тези с по-развити здравни системи.

Методи на финансиране на болниците

Методите на финансиране се обобщават в три големи групи:

- ретроспективни – осигурителите компенсират доставчиците за всички извършени разходи;
- перспективни – тук се отнасят няколко метода, общото между които е, че финансирането на болничните заведения се базира на предврително изготвени разчети. По-конкретно това са глобални бюджети, плащане на услуга, плащане на леглоден, плащане на случай, комбинация от капитация и глобални бюджети;
- смесени – включват елементи от няколко от горепосочените методи.

Общи характеристики

Изброените методи на финансиране на болниците могат да се опишат на базата на две основни измерения:

- ⊕ единица на финансиране, която описва какви здравни услуги са включени в плащането, което получава болничното заведение;
- ⊕ разпределяне на финансовия риск между купувача и продавача /доставчика/ на услугите.

Единиците на финансиране се разграничават по степента, до която закупените услуги са обобщени. Например, разликата между капитационното плащане и плащането за болничен престой е, че последното включва разходите на ден за болнично лечение, докато първото, в допълнение към тези разходи, включва всички други разходи, които могат да бъдат свързани с лечението на конкретния пациент.

Така критерият за класифициране на единиците на финансиране (и съответно и на механизмите на финансиране на болниците) е степента им на агрегиране, според която те варират от най-слабо агрегирани, каквато е плащането за извършена услуга, към силно агрегирани, каквито са плащанията за целия процес на лечение, болничния престой, приема в болница, или всяка грижа, предоставена на даден пациент през определен период от време.

Посоченият разграничителен критерий е изключително важен, защото определя вида на стимулите, които осигурителната организация предлага на изпълнителя, дефинирайки какви входящи ресурси имат отношение към стимулиране на ефективността в сектора.

В капитационната система стимултът е, че доставчиците ще реализират допълнителни доходи, ако увеличат броя на записаните пациенти, които те обслужват, като техният доход няма да се промени независимо колко нараства интензивността на оказваните грижи на един записан пациент.

Ако, от друга страна, плащането се прави на база на болничния прием (както при диагностично свързаните групи), доставчикът е мотивиран от това, че неговият определен доход е пряко свързан с броя на приетите пациенти, а не с броя леглодни на един приет пациент.

Разпределение на финансовия риск

След определянето на единицата на финансиране съществува широка гама от възможности за съставяне на формулата за финансиране. Например, ако броят на постъпилите в болница е единицата на финансиране, възможните варианти на формулата за финансиране са: такса, чийто размер не зависи от причините за

приемане; плащане по диагностично свързана група; норма, определена на основата на броя на диференцираните “болнични продукти” (видове болничен престой). Във варианта с единна такса, в повечето случаи доставчикът на услугите има множество на брой пациенти, за които се правят малки по размер разходи и малък брой пациенти, за които се правят големи по абсолютен и относителен размер разходи. В този случай разпределението на тези две групи пациенти оказва сериозно влияние върху размера на приходите, респективно - върху финансовото състояние на доставчика. В този случай болничното заведение поема по-голямата част от финансовия риск. При механизъм, прилагаш диагностично свързани групи, ситуацията е различна – високата продуктова диференциация позволява минимизиране на риска, който поемат доставчиците на здравни услуги.

Различните механизми на финансиране водят до различно разпределение на риска между осигурителните организации и доставчиците. Може да се обобщи, че колкото механизмът е по-близо до единна такса, толкова е по-голям рискът за доставчика, тъй като таксата не покрива значителните различия в разходите. С други думи, колкото по-голяма е вариацията на разходите за дадена цена, толкова по-голям риск се прехвърля от осигурителя към доставчика. Тогава, независимо от ефективността на доставчика, съществува висок риск той да не може да покрие своите разходи. Обратно, при наличието на скала с голям брой различни ставки за една и съща единица на финансиране, даден доставчик може да трупа загуби, несвързани с ефективността, само ако случаите при всяка норма генерират разходи, надхвърлящи нивото на заплащане. Това е много по-малко вероятно при наличието на множество различни норми, отколкото в случая с единна ставка.

От гледна точка на разпределението на финансовия риск, разгледаните механизми на финансиране на болниците могат да бъдат разположени на скала. В единия край на скалата е разположен механизмът за финансиране на база на универсална ставка, при който целият финансов риск се поема от доставчика. На другия край на скалата е ретроспективния механизъм плащане за услуга, при който финансовият риск, свързан с вариацията на разходите, се поема изцяло от осигурителя.

Особеностите на различните механизми на финансиране на болниците могат да се представят на базата на аналитичния двуизмерен модел.

Ретроспективното финансиране компенсира пълните разходи. При него осигурителите компенсират доставчиците за всички разходи, които те са направили при осигуряването на здравните услуги. Не съществуват експлицитни ограничения върху цената и количеството на предоставените услуги. Такъв тип система на финансиране на болниците е прилагана в САЩ от края на Втората световна война до началото на 80-те години. В резултат на непрекъснатото нарастване на разходите за здравеопазване и невъзможността за контрол върху качеството и реалните потребности на пациентите от здравни услуги, тази система е заменена от системата на диагностично-свързаните групи.

Посоченият механизъм за финансиране не създава стимули за повишаване на ефективността нито по линия на намаление на разходите, нито по линия на повишаване на качеството на предоставяните услуги. При нея осигурителите понасят пълния размер на финансовия риск, а ефективният контрол в системата е трудно реализуем.

Перспективно финансиране:

- Бюджети по параграфи – този механизъм на финансиране се е прилагал в Съветския съюз и страните от Източна Европа. При финансирането по

бюджетни параграфи се фиксира определен бюджет за персонал, лекарства, храна и други елементи на веществената издръжка, т.е. единицата на финансиране при тази система е бюджетния параграф. На база броя на леглата в болницата се определя броя и квалификацията на необходимия персонал. Общият бюджет за възнаграждения на персонала се получава чрез умножаване на получената численост с подходящите елементи от скалата за заплащане, която отразява опита, квалификацията и специалността на заетите. В някои случаи към получените суми по параграфи се правят корекции, отчитащи разположението на болничното заведение, демографската структура на потенциалния контингент пациенти и други. Бюджетирането по параграфи се подчинява на три основни правила: разпределението на разходите за текущата година се основава на бюджета за предходната с корекции за инфлацията; има ограничено или никакво преразпределение между категориите разходи както в течението на годината, така и по години; заплатите, храната и лекарствата имат приоритет над останалите категории в условията на икономически затруднения.

Основните предимства на финансирането по бюджетни параграфи са възможностите за стриктен контрол на централно ниво, предвидимостта на разходите и осигуряването на минимални стандарти във всяко болнично заведение. Финансовият риск при бюджетирането по параграфи се разпределя относително равномерно между доставчика и финансиращия орган в лицето на държавния бюджет, защото съществуват възможности за дофинансиране на болничните заведения, в случай на натрупани от тях дефицити.

Недостатъците на този метод са липсата на гъвкавост, на стимули за постигане на определени резултати и подобряване на мениджмънта, тенденция за създаване на висок дял на фиксираните ресурси поради инцидентния характер на евентуални промени в размера на отпусканите суми по параграфи.

- Плащане за услуга – този модел се основава на списък на тарифите за различни процедури. Единицата на финансиране е оказаната услуга. Броят на процедурите или на услугите, осигурени в рамките на договорите между осигурителите и доставчиците, определя нивото на ресурсите, с които разполага болницата. Използва се в Япония, в някои кантони в Швейцария – най-вече системи с частни доставчици и множество застрахователи. Основният стимул, който създава този механизъм е към максимизиране на дохода от доставчика чрез максимизиране на броя на оказаните по-скъпи медицински услуги.

Системата плащане за услуга е случай, при който почти целият финансов риск се прехвърля върху осигурителя. След оказване на услугите доставчиците се реимбурсират от осигурителите и не носят никакъв или минимален риск от вариацията на разходите. Този риск се свежда единствено до случаите (ако има такива), при които ставката на реимбурсация е по-ниска от действителните разходи за оказваните услуги.

Механизмът “плащане за извършена дейност” има следните основни характеристики:

- ⊕ простота на администриране;
- ⊕ високи изисквания към спецификата и навременността на информацията;

- ⊕ стимулът за осъществяване на повече дейности може да има обратен ефект върху качеството и общите разходи;
 - ⊕ съществува стимул за повишаване на ефективността, когато разходите на болниците надхвърлят ставката на реимбурсация, но не и когато ставката надхвърля разходите;
 - ⊕ слаб макроконтрол върху системата.
- Плащане на леглоден – осигурителите плащат на болниците определена дневна такса за заето болнично легло. Този метод се среща основно в системи с публично финансиране и комбинация от публични и частни доставчици. Ако леглодните се заплащат по единна ставка, болничните заведения поемат риска от вариацията на разходите за един ден болничен престой. Рискът, поеман от осигурителя е свързан с възможността, която системата дава за значително увеличаване заетостта на болничните легла. На тази база основните характеристики на системите с плащане на леглоден са:
- ⊕ като цяло необходимата информация за системата е налична;
 - ⊕ леснота на администриране;
 - ⊕ съвкупните разходи на болниците са ограничени от общия им капацитет;
 - ⊕ доставчиците имат стимули да намаляват приемането на нови пациенти и да удължават престоя на приетите, за да успеят да компенсират високите си разходи за началните дни на престоя с по-ниските разходи за периода на възстановяване – това води до негативни ефекти върху достъпа, качеството и разходите.
- Плащане на случай – този метод има две разновидности: на изписан пациент или на диагноза. При първата финансирането на болниците се основава на определено по размер плащане на изписан пациент независимо от вида на случая. При въвеждането на този тип финансиране на болничните заведения трябва да се имат предвид следните особености:
- ⊕ като цяло необходимата информация е достъпна;
 - ⊕ съществуват стимули за повишаване приема на пациенти, особено ако плащането по размер надхвърля разходите, което може да има обратен ефект върху качеството;
 - ⊕ предоставените на доставчиците ресурси може да имат слаба връзка с разходите им за осигуряване на необходимите услуги.

При втората разновидност, моделът с коригирано по случаи финансиране на база изписани пациенти (case-mix adjusted discharge model), финансирането се основава на определено плащане на едно изписване, стандартизирано за разликите в типовете случаи (case-mix). Най-широко използваният подход в международен план е системата на диагностично-свързаните групи (ДСГ). За първи път подобен тип система е въведена в щатската програма Medicare през 1983 г. Различни заболявания са групирани според равнището на разходите им в отделни групи и за всяка група се изчисляват средни разходи, по които се плаща на болниците. При влизането си в болница, пациентът се записва в групата, в която попада състоянието му, а доставчикът получава

определена сума за лечението му. Цените се определят административно за всяка категория. Системата на ДСГ има следните особености:

- ✦ административно и оперативно сложна за приложение;
- ✦ успешното ѝ прилагане зависи от последователната и изчерпателна информация за извършените дейности и разходите;
- ✦ най-справедлива е, когато реимбурсацията се базира на съставен индекс на предоставените услуги;
- ✦ стимулира болниците да повишат потока от пациенти (т.е. да намалят продължителността на престоя), но създава условия за прехвърляне на пациенти в по-високо платени диагностични групи, както и за бързото им изписване и повторно приемане.

При системата със заплащане на случай осигурителят поема рисковете, свързани с вариациите в приема. Доставчикът от своя страна поема риска да натрупва повече разходи от заложения размер на реимбурсацията. Поради тези причини е важно да се въведат механизми за управление на риска и контрол върху дейността на болниците. Трябва да се следи повишаването на резултата от дейността да не води до неоправдано бюджетно надхвърляне. Често диагностичните групи се използват за индикатор на обем на дейност, който да дава възможност за преминаване от историческо финансиране към финансиране на база на резултатите.

- Глобално бюджетиране – при този модел всяка болница получава глобална сума за покриване на разходите по предоставянето на всички услуги през определен период от време. Разпределението на риска при глобалното бюджетиране зависи от подхода, използван при съставянето на бюджета. Ако при съставянето му са правени корекции за типа медицинска помощ, оказван от заведението, специфичните нужди на местното население или други критерии, то рискът се споделя между осигурителя и доставчика. Ако при съставянето му не се отчитат специфични фактори, то рискът се прехвърля основно върху доставчика.

Глобалните бюджети ограничават нарастването на цените и количеството на услугите, като същевременно позволяват гъвкавост при използването на ресурсите в рамките бюджетните лимити. В края на периода болниците задържат всички излишъци и покриват дефицитите. При условие, че глобалните бюджети са стриктно спазвани, те стимулират ефективността и позволяват реална гъвкавост в мениджмънта на болниците. Но реално осигурителите губят контрол и ако не се въведе мониторинг на системата, качеството на услугите може да се влоши. През 80-те години системата на глобално бюджетиране е основен метод за финансиране на болничния сектор в много “интегрирани” здравни системи, където правителството е основният доставчик и финансиращ орган на здравните услуги (Великобритания, Канада, Австралия, Дания, Финландия, Ирландия, Нова Зеландия и други).

- Капитация – в базисния си вид този модел е свързан с фиксирано плащане на пациент, което реимбурсира болницата за дефинирани услуги, оказани на определено население за определен период от време. Плащането “на глава” може да се използва на различни нива в здравния сектор: за определяне на регионални бюджети, за определяне на бюджетите на междинни финансиращи организации на регионално ниво или за разпределение на

средствата от осигурителната организация към определена здравна институция или група от институции. Капитацията зависи от типа на услугите, включени в пакета и от групата на потребителя.

Разпределението на финансовия риск зависи от типа на капитационното плащане. Ако неговият размер не зависи от характеристиките на пациента (пол, възраст, здравни проблеми), рискът се понася от доставчика. В противен случай, при диференцирани плащания, рискът се прехвърля върху осигурителя. Основните моменти, свързани с модела с капитационно плащане са:

- ⊕ от всички досега описани, неговото приложение в най-голяма степен зависи от наличието на пълна информация за разходите и дейностите;
- ⊕ затрудненията на осигурителна организация обикновено се увеличават с увеличаване сложността на бюджетната формула и в зависимост от това дали тя включва само исторически плащания или корекции за типовете случаи, или корекции за други рискове и осигуряване на справедливост;
- ⊕ създава стимули за намаляване на разходите и оказваните услуги от страна на доставчиците и за увеличаване броя на пациентите;
- ⊕ той е най-сложния и рисков модел за доставчика.

Смесено финансиране – по принцип в практиката рядко се среща някой от горепосочените методи на финансиране на болниците в чист вид. Обикновено се използва комбинация от два метода. Например плащането на услуга обикновено се комбинира с дневни такси за финансиране на основни услуги като храна и други режийни. Освен това в повечето системи може да има допълнителни плащания като стимул за доставчиците да постигнат конкретни цели.

2.4. Модели на финансиране на болничната помощ в различни страни

Франция

Структура на болничната система

Болниците във Франция, в зависимост от формата им на собственост и крайната цел на дейността им се делят на три групи: държавни, частни с нестопанска цел и частни със стопанска цел. Държавните болници са около 1/4 от всички болници и разполагат с около 2/3 от легловия фонд. Те са автономни по закон и управляват собствен бюджет.

Държавните болници са три вида:

- общи болници (*centres hospitaliers*), предоставящи широк набор от услуги, в. т.ч. спешна помощ, последваща помощ, възстановяване и дългосрочно лечение;
- регионални болници (*centres hospitaliers regionaux*) с високо ниво на специализация и капацитет да се справят с по-сложни случаи;
- местни болници – общински структури, които изпълняват здравни и социални функции: спешна помощ, последващи грижи, възстановяване и дългосрочни грижи и лечение. Те не разполагат с

оборудване за хирургически операции и акушерство. Повечето лекари в местните болници са самонаети частно практикуващи.

Частните болници са две категории: с нестопанска и със стопанска цел.

Частните болници с нестопанска цел са собственост на фондации, религиозни организации или взаимни застрахователни асоциации. Те са около 1/3 от общия брой на болниците в страната и притежават около 15 % от легловия фонд. Някои от тези болници са част от системата на “публичните услуги”, което означава, че те осъществяват публични дейности като спешна помощ, обучение и социални програми за хората с нисък социален статус.

Частните болници със стопанска цел са 40 % от всички болници във Франция и притежават около 20 % от легловия фонд. Те се специализират в конкретни области – основно в леките хирургически операции и акушерството.

Разпределение на ресурсите

След като парламентът одобри тавана на разходите за здравно осигуряване за годината, правителството ги разпределя по четири направления:

- ✦ здравни грижи в частните практики;
- ✦ здравни грижи в държавните болници;
- ✦ здравни грижи в частните болници със стопанска цел;
- ✦ социални грижи (това са разходите за услугите, оказвани на стари хора и хората с увреждания).

Разходи на държавните болници

След като разходният таван за държавните болници веднъж е определен, той се разпределя между регионите в страната като целта е намаляване на регионалните различия. Разпределението се прави по формула, която включва четири елемента:

- теоретичен обем на болничния престой, получен чрез прилагане на националните норми за използваемост на легловия фонд към демографската структура на регионите;
- претегляне чрез сравнителен индекс на смъртност (това са разликите в смъртността в региона при наблюдение върху възрастта и пола на населението);
- производителността на болниците в региона, измерена чрез индикатора ISA. Стойността на ISA за даден регион се определя чрез разделяне на общия регионален бюджет на обема дейности (това е съвкупността от случаите в болниците, определена чрез категоризация, подобна на диагностично свързаните групи в САЩ), претеглен с относителния разход за всеки случай според националната скала. Ако разходите за единица са по-високи от средните за страната, регионът се смята за по-слабо производителен и това се взема под внимание при определянето на финансирането;
- пациентопотока между регионите.

Разходи на частните болници със стопанска цел

Всяка година на национално ниво се определя целеви размер на разходите на частните болници със стопанска цел. Ако действителните разходи надхвърлят този

размер, ценоразписите се коригират надолу, а ако са под него – се повишават. От 2000 г. корекциите на ценоразписите се договарят от държавата и представители на частните болници със стопанска цел. Споразумението определя:

- ✦ средното нарастване на цените в национален мащаб;
- ✦ средното нарастване във всеки регион (с цел намаление на регионалните диспропорции);
- ✦ възможностите за вариации в рамките на регионите (след това ценоразписите на всяка болница се утвърждават от Регионалната агенция за хоспитализация).

На следващия етап, на регионално ниво между Регионалните агенции³³ за хоспитализация и представители на частните болници със стопанска цел се сключват споразумения, определящи правилата за формиране на ценоразписите. Тези правила отчитат целите на регионалните здравни планове, регионалните приоритети и производителността на болниците.

Механизми на финансиране на болниците

Финансирането на болниците е различно според статута им. До 1983 г. държавните болници са финансирани на базата на броя на леглодните и ставката на един леглоден, която е изчислявана така, че да балансира болничния бюджет. В резултат се наблюдава последващо реимбурсиране на всички разходи, направени от държавните болници. Въпреки това растежът на болничните бюджети не може да надхвърля определена норма, определяна годишно от Министерството на здравеопазването. В първите години системата е с меки ограничения, но в средата на 80-те години тези ограничения са засилени, като по същото време системата на финансиране е променена и се преминава към използването на глобални бюджети. В резултат, както е и днес, системата е от перспективен тип.

Плащането към частните болници със стопанска цел има два компонента: от една страна фиксирани плащания, покриващи разходите за сградите и помещенията в тях, сестрински и рутинни грижи, лекарствата и малките доставки; от друга страна, плащане в зависимост от нивото на техниката, което е пряко свързано със същността и мащаба на извършваните диагностични и терапевтични процедури. На лекарите в частните болници със стопанска цел се заплаща на извършена услуга.

Частните болници с нестопанска цел могат да изберат да бъдат част от системата на държавните болници. В този случай, те се финансират като държавни болници. В противен случай те ще бъдат финансирани като работещите за печалба болнични заведения.

Болници с глобални бюджети

Глобалните бюджети, трансферирани от здравноосигурителните фондове към болниците, участващи в системата на публичното здравеопазване се определят според следните правила:

1. Всяка болница съставя и предоставя на съответната Регионална агенция за хоспитализация прогнозен бюджет, който включва оперативни разходи и приходи. Бюджетите се съставят на базата на: минали данни за

³³ Регионални агенции за хоспитализация (Agences regionales d'hospitalisation) са създадени с реформата от 1996 г. (план "Жупе") и имат за цел да организират регионалното разпределение на болничната помощ. Представяват джойнт венчъри между държавата и схемите за осигуряване.

разходите на болницата; относителни разходи по ДСГ и целите, заложи в регионалните стратегически планове.

2. Регионалната агенция за хоспитализация може да поиска от болницата да промени бюджета си на базата на един от следните фактори: размера на общата субсидия за региона от Министерството на здравеопазването, приоритетите от регионалния стратегически здравен план или от здравната политика; прогнозираното ниво на дейностите и разходите на болницата, разгледани в контекста на тези на останалите болници; след като регионалният съвет приеме предложения бюджет, той определя размера на признатите разходи.

3. След това глобалният бюджет се изчислява като разлика от признатите разходи и допълнителните източници на приходи, които включват: дневните такси на пациентите, плащания за външни консултации, продажба на лекарства, предназначени за разпространение само в болниците.

Начинът на определяне на глобалните бюджети се задава от Регионалните агенции за хоспитализация и може да варира по отделни региони. Глобалният бюджет се превежда на болниците на 12 месечни вноски от основната здравноосигурителна схема, обикновено националният здравен център на сектора, в който е разположена болницата. Теоретично болниците не могат да правят по-големи от разрешените им разходи. Позволено им е да трупат дефицит, само ако приходите им от други източници са по-малки от очакваните. На практика директорът на една болница може да отложи плащанията от една година за следващата, за да изпълни бюджета си, което резултира в значителни финансови затруднения във времето. Регионалната агенция може да бъде принудена да предостави на болницата допълнителни средства.

Дневната ставка на заплащане все още се използва, но само за определяне на доплащането от страна на пациента.

Финансиране на частните болници със стопанска цел

- ✦ те получават плащане на ден, покриващо всички разходи за сградите и помещенията, сестринските и рутинните грижи за пациенти с нощен престой; размерът на тази фиксирана сума се определя от споразумението между Регионалната агенция за хоспитализация и представители на болниците; нормата се определя според направлението (медицина, хирургия, акушерство и т.н.);
- ✦ прилага се специфична национална тарифа за амбулаторно лечение;
- ✦ получават също фиксирана сума, покриваща използването на малки доставки в рамките на процедурите, провеждани на амбулаторна основа;
- ✦ система на дневни ставки, покриващи потреблението на лекарства;
- ✦ за използваната техника за осъществяване на дадена процедура се заплаща на основата на план, който е пропорционален на ценоразписа на лекарите и който кореспондира с използването на операциона, изследователска или работна зала.

Таксите за медицинските и хирургическите процедури, както и за биологичните процедури, осъществени в частните болници с идеална цел, се плащат директно на самонаетите специалисти, работещи в тези болници. Реално те превеждат част от тези такси на болницата, в която практикуват в замяна на възможността да използват

болничното оборудване и персонал. Таксите се определят в договор между лекаря и болницата и са изключително разнообразни не само според специалността и региона, но също и според специфичните особености на болницата или квалификацията на лекаря.

Перспективи

Диагностично-свързаните групи са една от предвижданите възможности за финансиране на болниците в бъдеще. През 2003 г. е създадена “мисия” с цел подготовка на въвеждането на система на плащане на преминал болен за медицински, хирургични и акушерски услуги през 2004-2005 г. Този проект разчита на доброволното участие на болниците в държавния и частния сектор и се основава на информацията за дейностите и разходите на тези болници в контекста на Програмата за медицински информационни системи (PMSI). Въпросната програма е въведена през 1983 г., като в значителна степен използва опита на системата Medicare в САЩ, а през 90-те години се развива значително.

От 1991 г. от държавните и частните болници се изисква да остойностяват своите операции. За болнични престои, включващи медицински, хирургични и акушерски процедури, това остойностяване се базира на Стандартно извлечение на престоя. То съдържа информация за лечението и изследванията, проведени по време на престоя на пациента в болничното заведение, диагнозата довела до приемането в болница и свързаните диагнози или възможни усложнения.

Формирана е национална база данни за разходите за престой на основата на извадка от болници, остойностявали разходите на всеки престой. За всяка пациентска група средният разход на всички престои в извадката се взема като сравнителна стойност. След това се конструира национална скала на относителните разходи чрез позициониране на всяка пациентска група спрямо базисна пациентска група, на която обикновено се дава тегло 1000 в индекса на дейностите (ISA).

Така дейностите на една болница могат да бъдат обобщени от общия брой ISA точки, кореспондиращ с кейс-микса на престоите в нея. Този инструмент, който се отнася само до болничните престои, включващи медицинските, хирургичните и акушерските процедури, дава възможности за относително сравняване на болничните дейности и следва да служи като основа за диагностично-свързаните плащания.

Германия

От 1993 г. и още повече от 2004 г. болничният сектор в Германия претърпява сериозни промени, свързани с въвеждането на перспективни методи на плащане и увеличените възможности за предлагане на амбулаторно лечение. От януари 2004 г. е въведена германската модификация на австралийската система на диагностично свързаните групи за финансиране на текущите разходи на спешните болници с изключение на психиатричната помощ и определени услуги. Тази система замества съвкупността от заплащане на ден, на случай и за скъпи процедури, която действа в периода между 1993 г. и 2003 г.

Инвестиции и планиране

Със Закона за болничното финансиране от 1972 г. болниците в Германия се финансират от два различни източника: “двойно финансиране”, което означава финансиране на капиталовите разходи от местното правителство и текущите – от здравните фондове. За да бъдат финансирани инвестиционните разходи на болниците, те трябва да бъдат в списъка с болничните планове, съставен от местните власти (лендери). Тези планове също съдържат списък на необходимите

специалности и дори броя на болничните легла за всяка болница. Броят на болниците и леглата се планират от тристранен комитет, включващ представители на федералното правителство, болниците и здравните фондове. Здравните фондове трябва да се договарят с всяка одобрена в болничния план болница.

Капиталовите разходи се покриват от данъци и не се включват в реимбурсацията. Инвестициите в дълготрайни активи се класифицират на строителство на сгради и придобиване на ново оборудване или замяна на други активи. Болниците получават право на субсидия за капиталови разходи само, ако са включени в болничния план на местните власти. Наличието на дадена болница в плана обаче не е безусловно право за получаване на капиталова субсидия. Последната зависи от ресурсите на отговорното министерство и от политически решения.

Оперативните разходи, финансирани от здравните фондове, включват медицинските стоки и всички разходи за персонала, тъй като медицинските специалисти са на заплати към съответната болница. Фондовете също финансират замяната на активи със среден срок на икономически живот до три години, както и разходите за поддръжката на сградите и оборудването.

До 1992 г. в Германия действа принципът на пълно покритие на разходите, който означава, че каквито и разходи да направят болниците, те следва да бъдат компенсирани. Действителното финансиране на болниците се прави на базата на плащания на ден, които се изчисляват от местните власти ретроспективно за всяка болница.

Законът за структурата на здравеопазването от 1993 г. променя ситуацията като налага сериозни ограничения върху ръста на разходите. Болничният сектор е засегнат от няколко нови регулации. На първо място, нарастването на разходите на здравните фондове за болнично лечение е обвързано с ръста на приходите от вноски за периода 1993-1995 г. В тази връзка принципът за пълно покритие на разходите е отхвърлен и на болниците е позволено да реализират печалби и да трупат дефицити, като за всяка болница се определя фиксиран бюджет. Второ, въведени са стандарти за работното време на медицинските сестри. На болниците се разрешава да предлагат амбулаторно лечение и допълнителни болнични грижи за няколко дни преди и след болничното лечение.

Въпреки предприетите мерки разходите на болниците нарастват с още по-високи темпове. Заедно с това се наблюдава, че докато разходите на леглоден растат, разходите на един случай намаляват, което показва, че техническата ефективност е нараснала. В последните години се регистрира съвсем слабо нарастване на разходите поради наложените законови ограничения върху целевите бюджети.

Системата от методи на финансиране

От 1993 г. разходите за болничните услуги се реимбурсират по двукомпонентна система на дневни плащания: първият компонент се състои от специфично за болницата плащане на ден, покриващо немедицински разходи и специфично за отделението плащане на ден, покриващо медицинските разходи, включващи сестрински грижи, лекарства и процедури. Вторият компонент е задължителен от 1996 г. и включва такси на случай (покриващи разходите за целия болничен престой на пациента) и такси за процедури (плащани върху леко намалените дневни плащания). Вторият компонент е въведен с цел стимулиране постигането на определени резултати в системата. До 2002 г. плащанията по втория компонент представляват едва 1/4 от общото финансиране на системата.

Плащанията на случай (диагноза) се основават на комбинация от определена диагноза и свързана с нея интервенция. Плащанията на случай са неравномерно разпределени между различните медицински специалности: от една страна за пациентите в педиатрията и психиатрията не се получават такива плащания, а от друга, в офталмологията 2/3 от случаите се реимбурсират на база такси на диагноза.

Плащанията на случай, плащанията на процедура и плащанията на ден формират бюджета на болниците. Бюджетите на болниците са целеви и са резултат от преговорите между здравните фондове и болниците, като с тях се определя конкретния брой случаи, които да бъдат реимбурсирани на база случай, процедура и брой дни. Ако болниците постигнат 100 % от заложените по план дейности, корекции в бюджета не се правят. При надхвърляне на обема планирани дейности, болницата връща на финансиращата организация процент от допълнителните приходи. При изпълнение под планирания обем болниците получават процент от средствата по неизпълнената част. В този случай плащанията на случай, на ден и на процедура реално са по-високи от договорените.

Резултатите от така прилаганата система на финансиране са намаляване на болничния престой и намаляване на разходите на случай. По отношение на качеството на услугата не се наблюдават подобрения, пациентите все по-често и по-рано са прехвърляни към рехабилитационни клиники, а по-скъпите случаи са превръщани към университетските болници. В края на 90-те години на миналия век недостатъците на системата (селекция на риска, сложна комбинация от методи на финансиране, които не поражда стимули за повишаване на ефективността) стават твърде ясно изразени и са причина за търсенето на нови методи на финансиране.

Диагностично свързаните групи

Въвеждането на нова система на финансиране, основана на диагностично свързаните групи, е най-важната реформа в болничния сектор от въвеждането на системата на двойното финансиране от 1972 г. Законът за реформиране на здравното осигуряване от 2000 г. задължава самоуправляващите се организации (Германската болнична организация и асоциацията на задължителните здравни фондове и частните здравни осигурители) да изберат универсална, резултатно ориентирана перспективна система на плащане на случай, която взема под внимание тежестта на случаите (кейс-микс) на основата на диагностично свързани групи. Законът определя основните характеристики на германския тип система на диагностично свързаните групи за болниците за спешна медицинска помощ: диагностично свързаните групи покриват 100 % от текущите разходи, плащат се по единни ставки и се прилагат към всички услуги в болниците с изключение на психиатричните и психосоматичните случаи. Законът също така залага поетапен подход за превръщането на диагностично свързаните групи в единствена система, с единни цени на национално ниво.

Поетапното въвеждане представлява иновативен подход за провеждане на политика в здравеопазването, който очертава дългосрочни роли, цели и времеви граници, като същевременно позволява на правителствените органи и корпоративните организации, в рамките на самоуправляващата се система на социалното здравно осигуряване, да създават и подобряват регулациите на основата на оценката на наличната информация. На Федералното министерство на здравеопазването е дадена изключителната възможност да изпълнява функциите на самоуправляващите се корпоративни организации, ако те не изпълнят делегираните им задачи в срок.

Според Закона за таксите за болничните случаи от 2003 г. въвеждането на системата на диагностично свързаните групи ще се осъществява постепенно със съответното

поетапно оттегляне на системата на смесените плащания. Пълното въвеждане на системата на диагностично свързаните групи е предвидено за началото на 2009 г.

В пилотната фаза избрани болници въвеждат подобрената австралийска система на диагностично свързаните групи без никакви изменения. Диагностично свързаните групи са преизчислени на основата на опита на около 20 болници.

От 2004 г. всички многопрофилни болници са задължени по закон да документират дейността си във формата на диагностично свързани групи, въпреки че те все още са финансирани на базата на договорени бюджети.

Диагностично свързаните групи в Германия отчитат диагнозата и нейната степен на острота, съпътстващи заболявания и възраст на приетия пациент, както и извършени процедури. Поради тази диверсификация броят на диагностично свързаните групи достига 824 през 2004 г., а от 2005 г. е 878.

Относителните тегла за различните диагностично свързани групи се определят на национално ниво чрез представяне на средните разходи по отношение на определен набор, имащ тегло 1. Всички относителни тегла може да бъдат сумирани и разделени на броя на случаите, което позволява да се определи специфичен за болницата кейс-микс индекс. След пълното въвеждане на системата на диагностично свързаните групи размерът на финансирането, което ще получава всяка болница ще се определя чрез умножаване на кейс-микс индекса за всяка болница с определената от държавата базисна ставка и броя на случаите. През 2004 г. за всяка болница все още се определя специфична базисна ставка като частно между договорения бюджет и произведението от кейс-микс индекса и броя на случаите. В резултат на това специфичните базисни ставки между болниците варират в много широки граници.

До 2008 г. базисните ставки за болниците ще се определят като комбинация от единна държавна ставка и специфична за болницата ставка. Освен това болниците и болничните фондове могат да договорят компенсация за допълнителни разходи под формата на конкретен дял от съответната диагностично свързана група. За конкретни услуги са регламентирани и определени доплащания в зависимост от инфраструктурата и функциите на болниците.

Законът за таксите за болничните случаи и неговите поправки осигуряват конкретни мерки за повишаване ефективността на системата и гарантиране на коректното осчетоводяване. Създават се специализирани контролни органи в системата, които следят и проверят текущите и приключените случаи в системата.

Отчита се, че въвеждането на диагностично свързаните групи интензифицира системата – въпреки че за периода 2003-2004 г. болниците не са задължени изрично и по собствено желание документират дейностите си на база диагностично свързани групи, техният брой нараства от 284 в началото на 2003 г. до 1326 през септември 2004 г. Същевременно в периода на въвеждането на новата система нарастват и споровете между болниците и здравните фондове, в резултат на което се забавят и плащанията от фондовете към болниците.

Осигуряване на качеството

Социалният кодекс очертава основните изисквания за качество в болниците, при изпълнението на които се извършва акредитация, което е условието те да получават финансиране от фондовете.

Дейностите по осигуряване на качеството в болниците се променят значително през последното десетилетие, като от доброволни те стават задължителни. Изискванията

за гарантиране на качеството на процесите и повишаване на резултатите постоянно се повишават в последните години.

От 2000 г. болниците са задължени да имат вътрешни управленски програми и да договарят със здравните фондове конкретни външни мерки за осигуряване на качеството. В договора за осигуряване на качеството доставчикът на услугите се ангажира да участва в конкретни дейности по гарантиране на качеството със специален акцент върху документирането на индикаторите за качество в стандартна форма, която позволява сравнителен анализ. Предвидени са и санкции за непълна документация.

От 2000 г. болниците са стимулирани да вземат участие в сертификационни процедури, резултат от съвместни инициативи на асоциации на здравни фондове и различни болнични организации. Разработени са две системи за сертифициране, комбиниращи самооценка и външно оценяване, базирани на Европейската система за стимулиране на качеството.

Австралия

Федералното правителство финансира държавните болници непряко чрез щатските администрации на основата на т.нар. австралийски здравни споразумения. Всяко щатско правителство определя общото равнище на финансиране и съпътстващите условия за неговите обществени болници. Тъй като щатите са отговорни за всяко нарастване на търсенето на услуги през петгодишния период на споразумението и отчитайки своя ограничен капацитет за набиране на приходи, те се стремят да подобрят ефективността на разходите. През последното десетилетие са правени много промени в методите на финансиране на обществените болници, като насоката е към увеличаване на диверсификацията при осигурителите и отчетността на доставчиците.

Щатските правителства рядко купуват болнични услуги от частните доставчици с детайлни договори за закупуване на услуги. Федералното финансиране за частни болнични услуги е ограничено до реимбурсирането на 75 % от таксата, определена по Схемата за медицински услуги. Частното здравно осигуряване може да покрива настаняването и храната, както и медицинските и други болнични услуги. Частните осигурители обикновено плащат, когато пациентите използват частно оборудване в обществени или частни болници, въпреки че наред с това частните пациенти правят доплащания за оказаните им услуги. Приблизително 63 % от дейността на частните болници е финансирана от частни здравноосигурителни фондове.

Повечето обществени болници (като автономни организации) са отговорни за управлението на средствата, които получават от щатските власти. Поради факта, че е политически неприемливо да допуснат фалита на една болница, в случай на неправилно управление на бюджета ѝ или при възникване на непредвидени разходи, щатските правителства упражняват превантивен бюджетен контрол основно чрез методите на финансиране. Болниците се финансират по различни начини, като повечето щатски власти използват варианти на финансиране с глобални перспективни бюджети и кейс-микс плащания.

Кейс-микс подход

В Австралия кейс-микс подходът на финансиране на болниците има дълга история. Още през 1985 г. в страната е въведен пилотно методът на диагностично свързаните групи, прилаган в САЩ. Впоследствие Австралия създава своя собствена стандартизирана класификационна система, включваща в момента 667 категории, известни като Австралийски национални диагностично свързани групи (AN-DRGs).

Под натиска на Федералното правителство всички щати в момента използват системата на диагностично свързаните групи за финансиране на обществените болници.

Виктория е първият щат, възприел кейс-микс подхода през 1993 г., принуден от 10 %-ното намаление на щатския бюджет за здравеопазване. Натискът към повишаване на разходната ефективност е основният стимул за всички щатски правителства. В началото плащанията по ДСГ са последвани от нарастване на приема на пациенти, тъй като болниците търсят начин да постигнат същото ниво на финансиране. Въпреки това разходите на един изписан пациент в повечето щати значително намаляват.

Отделните щати се различават по начина на въвеждане на кейс-микс подхода в болничното финансиране. Първата разлика идва от начина на третиране на постоянните и променливите разходи. Някои щати включват постоянни и променливи разходи в едно плащане; други плащат фиксирана сума за покриване на режийните разходи на болницата и отделно покриват променливите разходи на база вида и съвкупността на болничните случаи (кейс-микса на болницата).

Втората разлика идва от начина на третиране на редките, но много скъпи случаи. Някои щати изискват от болниците да финансират разликата между разходите за лечение на пациента и реимбурсацията по съответната ДСГ до определена стойност, над която разходите за пациента се поемат от специално създаден за целта пул.

Третата разлика е гъвкавостта, която се състои в това, че вместо цялостен кейс-микс, някои щати купуват клинични групи (групи от ДСГ).

Четвъртата разлика произтича от факта, че някои щати допускат съществуването на икономии от мащаба, в резултат на което по-големите болници получават по-малко средства от малките за всяка ДСГ. Други щати допускат обратното – разходи от мащаба, поради което плащат повече средства на една ДСГ в големите болници.

Макар че се очаква по-голяма ефективност в системата в резултат на въвеждането на ДСГ, до момента няма категорични доказателства за това. Доколкото се наблюдава повишаване на ефективността, то е за сметка на съкращаване на сроковете за престой в болница. По-голямо внимание започва да се обръща на разработването на сравними показатели за качество и здравни резултати.

Холандия

До 1984 г. системата на финансиране е с отворен край. Понастоящем, като част от политиката за съдържане на разходите, от всички болници и други здравни институции се изисква да имат общ годишен бюджет, който се определя перспективно на базата на фиксирани цени. По принцип няма възможност за преизчисляване на бюджета или за някаква компенсация, ако болницата надхвърли определения бюджет.

От 1988 г. в болниците се прилага бюджетирание по функции. Бюджетът може да се раздели на четири разходни компонента: за дълготрайни активи, постоянни, полупостоянни и променливи разходи.

Разходите за дълготрайни активи са свързани с инфраструктурата – сградите и оборудването. Тези разходи се одобряват от здравния министър по Закона за осигуряване на болниците (WZV). Постоянните разходи са тези, които обикновено варират единствено от гледна точка на измененията в обема на дейността. Параметърът, който дефинира размера на постоянните разходи, е броят на пациентите, обслужен от болницата. Полупостоянните разходи са свързани с обема на разходите, зависещи от броя на леглата и специализираните отделения.

Променливите разходи са непосредствено свързани с обема на дейността в болницата. Параметрите, определящи тези разходи, включват брой приети пациенти, извънболнични визити, дневни грижи и дневни манипулации.

Бюджетът на една болница се определя както следва: брой обслужвани пациенти (X цена) + брой лицензирани болнични легла (X цена) + договорен обем производствени единици, като обем на болничния прием (X цена), брой леглодни (X цена), дневни оперативни намеси (X цена) и специални манипулации (X цена). Цените варират в зависимост от размера на болницата, като по-големите болници получават по-високи цени, тъй като се допуска, че те извършват по-сложни медицински процедури.

В допълнение на горното болниците получават допълнителни средства за капиталови разходи. Основните ремонти и строежа на нови болници се финансират 100 % от увеличение на дневната ставка на един пациент, което се прилага за 50 години. Това позволява на болниците да изплатят задълженията към кредиторите си. Болниците получават бюджет за малки инвестиции (ремонти и поддръжка). Тези инвестиции не изискват формалното одобрение на здравния министър.

Таксите, налагани от болницата на осигурителите или на пациентите, осигуряват финансирането на болничните бюджети. Има два вида такси: спомагателни "тарифи" и дневни такси. Спомагателните тарифи са такси, които покриват около 1600 манипулации или диагностични дейности в болницата. Тези такси са универсални и са близки до реалните средни разходи. Вторият вид такса е дневната ставка за престой в болницата.

Преди 2000 г. принципът в болничното финансиране е „бюджет=бюджет“. Това означава, че когато една болница направи по-малко на брой пациентски дни за годината, тя получава пълния си бюджет чрез увеличаване на ставката за един ден през следващите години (и обратно). Този принцип е променен чрез увеличаване на дела на финансирането на база оказани услуги. Следователно, ако една болница има по-малко на брой пациентски дни, отколкото е договорила с осигурителната организация, тя получава по-малко финансиране. Основната причина за тази промяна е да се стимулира по-интензивното оказване на услуги от болниците с цел справяне с дългите списъци на чакащите.

Преминването от фиксирани към целеви бюджети е само първата стъпка от една цялостна промяна в системата на финансиране на болниците. В настоящата система се открояват следните проблеми:

- Болничните бюджети не са в крак с нарасналото търсене на болнични грижи. Бюжетирането нарушава фундамента на осигуряването: лицето плаща и е осигурено, но услугата не е достъпна поради дългите списъци на чакащи пациенти.
- Тарифите за прием, пациентодните и хирургическите манипулации, използвани за определяне на бюджета, са неадекватни и не отразяват реалните разходи.
- Стимулите за ефективност са слаби.
- Болничното бюджетиране не стимулира болниците да информират осигурителите и пациентите за резултатите от дейността си. Този въпрос става много важен от политическа гледна точка, тъй като болниците получават допълнителни средства, за да намалят списъка на чакащите. Правителството е заинтересовано как се изразходват тези средства, но болниците не са склонни да осигуряват необходимата информация. Това е и основната причина, поради която предишния принцип

“бюджет=бюджет” е заменен с принципа на зависещите от представянето плащания.

- Болничните бюджети в недостатъчна степен отразяват разликите в остротата на заболяване на пациентите.

Разрешаването на тези проблеми в Холандия се търси чрез разработването и въвеждането на система от диагностични комбинации. Тази система е най-близка до системата на диагностично-свързаните групи, но съществуват и някои важни различия:

- ✦ ДСГ в повечето случаи се кодират в началото на лечението, докато диагностичните комбинации се кодират след него;
- ✦ един пациент може да бъде кодиран в повече от една диагностична комбинация;
- ✦ заплащането на лекарите се включва в диагностичната комбинация, което им създава стимули за “завишено кодиране”.

Тези промени в холандската система на финансиране на болниците са до голяма степен сходни с наблюдаваните в международен аспект. На договарящите се страни на местно ниво е предоставена повече гъвкавост по отношение на такива фактори като брой на процедурите, обем услуги и брой на специалистите. Направени са усилия и за обединяване на системата на заплащане за извършена услуга при специалистите и системата на болничното бюджетиране в единен интегриран бюджет.

Новият механизъм за финансиране на болниците, който се нарича продуктово ценообразуване, тъй като групите процедури се определят и остойностяват, влиза в действие в началото на 2005 г. и се очаква да функционира в пълна степен 3 години след това.

Дания

В Дания решенията за разпределение на ресурсите се вземат на няколко нива. Най-важният механизъм за разпределение на ресурсите е договарянето на националния бюджет, което се прави веднъж годишно между Министерството на здравеопазването, Министерството на финансите, регионалните и общинските съвети, представени от своите асоциации. На годишните преговори се договарят максималното равнище на данъците в регионите и общините, нивото на държавните субсидии към регионалните и местните власти, нивото на преразпределение или финансово изравняване между регионите и общините за компенсиране на вариациите в данъчната база, размера на извънредните субсидии, предназначени за конкретни области, изпитващи нужда от допълнителни ресурси. След това на ниво болница бюджетите се определят от регионалните власти, които също така определят и броя на частно практикуващите лекари, които се финансират от Националната здравноосигурителна система. Заплатите на персонала, нает в болниците и домовете за грижи, се определят след преговори между профсъюзите, Асоциацията на регионалните власти Националната асоциация на местните власти и Копенхагенската болнична корпорация.

През последните десетилетия преобладаващият метод за разпределение на ресурси между болниците е на базата на перспективни глобални бюджети, определени от регионалните власти след преговори с администраторите на болниците. Тези бюджети се основават на минали периоди и се коригират с цел отразяване на включването на нови дейности, промени в задачите и областите на специфична

необходимост. Глобалните болнични бюджети се оказват много добър инструмент за съдържане на болничните разходи, въпреки че критиците твърдят, че тази система страда от липса на гъвкавост и не стимулира по-ефективните звена. Глобалните бюджети имат и други силни страни като например гарантирането на бюджетна устойчивост и леснота на администриране. При тази система големите капиталови инвестиции се определят от регионалния съвет след дискусия с мениджмънта на болниците. Решенията за малките инвестиции се взимат самостоятелно от последните.

През 1993 г. някои региони въвеждат договори с болниците. Тези договори допълват системата на глобалните бюджети и целта им е да подчертаят връзката между разходи и дейност и да създадат стимули за повишаване на активността, т.е. целта им не е създаване на конкуренция между болниците. Договорите варират, в зависимост от това доколко включват следните елементи:

- ✦ общи цели на региона и допълнителни общи цели на конкретната болница;
- ✦ специфични цели по отношение на количеството и качеството на услугите, размера на глобалния бюджет и основните условия;
- ✦ общи и специфични условия;
- ✦ приложение, определящо дейностите на отделенията и приоритетите в случай, че броят на спешните случаи през бюджетната година се промени.

Въпреки че тези договори са “меки” в смисъл, че не са законово задължаващи и не включват конкретни санкции, при системно неизпълнение на заложените цели, договорът може да бъде санкциониран посредством намаление на заплатите или чрез промени в условията на наемане на болничните мениджъри.

Развитието на системата е насочено към делегиране на управленска и финансова отговорност към по-ниските нива, например от ниво болница към ниво отделение, с цел по-добър контрол върху разходите. Бюджетите на ниво отделение се определят в резултат на годишни преговори между регионалните власти, болничните администратори и отделенията. Отделната болница може да сключва договори с всяко отделение.

Регионалните власти получават средства от други региони или поради това, че са им продали болнични услуги, или поради факта, че пациентите са използвали своето право на свободен избор на болница в други региони. В някои случаи това плащане се превежда на болницата, но в повечето случаи регионалните власти го задържат и го третират като част от общите си приходи. По тази причина болниците обикновено не разглеждат този вид услуги като стимулиращи.

Системата на политически контролирано глобално бюджетиране, комбинирано с усилия за съдържане на разходите на регионално ниво, се оказва ефективна по посока контролиране на разходите на болничните услуги. Тази система обаче не осигурява достатъчно икономически стимули за увеличаване на дейността при нараснало търсене, което води до проблемите със списъците на чакащите за определен вид лечение. Предприети са различни мерки на национално и регионално ниво за преодоляване на негативните аспекти на системата на глобалното бюджетиране, но те не дават очакваните резултати.

Затова на годишните преговори между правителството, регионалните и местните власти започва обсъждане на възможностите за въвеждане на финансиране,

основано на база извършена дейност. През 1997 г. средствата са разпределени по региони, така че да им позволят да експериментират с този вид финансиране. След това се въвеждат плащания по диагностично-свързани групи за пациенти, лекувани в болници извън техния регион.

Последната стратегия на правителството за болничния сектор предлага система на глобално финансиране, основана на адаптация на системата на диагностично-свързаните групи и договорни целеви обеми на дейностите за всяка болница. При тази система всяка болница получава предварителна бюджетна рамка в размер на 90 % от ставките за диагностично-свързаните групи в рамките на съвкупността от случаи от договорените целеви обеми, а останалите 10 % се разпределят на базата на действителния обем дейности. Така болниците, които изпълняват повече процедури, отколкото е договорения целеви обем, получават допълнителни средства, комбинирайки по този начин предимствата на финансирането по дейност и глобалното бюджетирание.

Швейцария

Швейцарската здравна система се финансира основно чрез задължителните здравни премийни вноски, плащани от населението на застрахователните компании. На тези компании не е позволено да реализират печалби от дейността си в областта на задължителното здравно застраховане. Здравнозастрахованите могат свободно да избират както застрахователна компания, така и доставчик на медицински услуги. На застрахователните компании е забранено да отказват заявление за задължителна полица.

Допълнителен източник на финансиране на системата са данъчните приходи на федералното правителство, кантоните и общините. Те покриват субсидиите за частните и обществените болници, субсидиите за домове за здравни грижи, субсидиите към премиите за задължително здравно застраховане и разходите по дейностите за превенция на заболяванията и промоция на здравето.

Трети източник за финансиране е споделянето на разходите, което приема формата на пропорционално доплащане и deductible.

Четвърти източник на финансиране е допълнителното здравно застраховане. При него застрахованите лица могат да избират между голямо разнообразие от полици. Най-широко използваните от тях са тези, покриващи по-големите удобства при болничен престой.

В Швейцария има обществени, публично субсидирани и частни болници. Болниците се управляват от публични или частни институции, най-често на равнище кантон – асоциации, местни независими организации и др. Кантоните планират болничната помощ според местните нужди и издават списък с акредитираните болници, които се реимбурсират от системата на задължително здравно застраховане. Частните лечебни заведения също се включват и могат да получават финансиране по системата на задължително застраховане. Невключените в списъка болници не получават субсидии и се финансират само от здравнозастрахователните компании и от плащания от пациентите.

Финансиране на болниците

Застрахователните компании покриват по-голяма част от оперативните разходи на болниците. Това става чрез заплащане на дневна ставка. Обикновено преговорите за финансирането се водят между асоциацията на застрахователните компании в кантона и отделната болница или група от болници. Споразумението, което се

подписва в резултат на преговорите, се различава значително между отделните кантони. За болничните медицински услуги, предоставени по линия на задължителното здравно застраховане, се плаща дневна такса. За услугите, покрити от допълнителното здравно застраховане, се налага по-висока дневна ставка за “хотелските” разходи, както и такси за медицинските услуги.

Кантоните финансират капиталовите разходи на болниците. Обществените болници, които са собственост на кантоните или общините, както и специално избрани частни болници, субсидирани от кантоните, попадат под контрола на последните. Кантоните покриват пълния размер на капиталовите разходи на тези болници, както и процент от текущите им разходи.

Лекарите в повечето случаи се назначават в болницата и работят на заплата. Те получават допълнителни плащания при лечението на пациенти с допълнителна здравна застраховка като част от получените средства се връщат на болницата. Допълнителните плащания за болнична помощ се ограничават до т.нар. “хотелски разходи” от SWF 10 на ден престой.

Финансирането на болничната помощ в Швейцария поражда сериозни дискусии, в резултат на които са направени някои корекции в закона за здравното застраховане. Те позволяват на кантоните да налагат фиксирани бюджети за субсидиите, плащани на обществените и публично субсидираните болници. Новият закон обаче разширява и отговорността на кантоните при субсидирането на болничния престой като те покриват краткосрочния болничен престой (до една нощ). Промените също така предвиждат финансирането на капиталовите разходи да става чрез приходите от такси за оказваните услуги, което ще намали финансовата тежест, която понасят кантоните.

Най-сериозната промяна във финансирането на болничната помощ е въвеждането на финансиране на база случай, където основен инструмент за финансиране на болниците стават диагностично-свързаните групи. Прилагането на ДСГ не е уредено като задължително по закон – оставено е на страните в договорния процес да решат кой метод на финансиране да използват.

3. Финансиране на разходите за лекарства

Теоретично един напълно свободен пазар на лекарства е предразположен към неефективност. Причините са няколко: пациентите нямат адекватна информация и познания за методите на лечение, лекарите не носят финансова отговорност за изписването на определени лекарства и могат да бъдат обект на промоция за определени продукти от страна на фармацевтичните компании. Основните взаимоотношения на този пазар се формират между платеща на лекарствата и фармацевтичната индустрия. Пазарът на лекарства има монополен характер. Той е отражение на тенденциите от разширяване на обхвата на научната дейност при лекарствата и патентната защита върху новите продукти. Срокът на патентите е в зависимост от времето, отделено за научни изследвания.

За да се смекчат посочените обективни несъвършенства, фармацевтичният пазар е един от най-силно регулираните пазари от страна на държавата. Правителството трябва да осигури общественото здраве, като гарантира достъпа на пациента до безопасни и ефективни медикаменти. Същевременно то трябва да съблюдава разходите за лекарства да не превишат оптималния размер и по този начин да нарушат постигането на останалите цели на правителствената политика.

От своя страна политиката в областта на здравеопазването се сблъсква с индустриалната политика на пазара на лекарства. Балансът между интересите на

държавата и на фармацевтичния сектор трябва да осигури продължаване на научноизследователската дейност в областта на лекарствата, повишаване на заетостта в сектора и положителен търговски баланс по отношение външната търговия с лекарства. Ограниченията върху печалбите на фармацевтичните компании биха се отразили негативно върху тези цели.

Интересите по търговската верига също могат ясно да се отличат. Аптекарите (търговците на дребно) имат съществена роля не само при разпределянето на лекарствата, но и при избора на видовете лекарства и набавянето им. Търговците на едро могат да окажат въздействие върху крайната търговска цена на лекарството. Пациентите от своя страна разполагат с много възможности за информация относно видовете медикаменти и тяхната ефективност.

Очакваните ефекти от фармацевтичната политика са: подобрен достъп до ефективни лекарства, минимизиране на здравния риск, намаляване свръхупотребата на лекарства и съдържане на разходите в сектора. Тези ефекти трудно се постигат едновременно.

Системните проучвания за икономическите и здравните последствия от въвеждане на дадена лекарствена политика са по-скоро изключение. Основните проблеми, които засягат провеждането на такива проучвания, са от методологически характер – трудно се определя обект на изследването, дефинирането на индикаторите за измерване на зависимостите между промените в поведението на лекарите, които предписват лекарства и здравните резултати е друг сложен процес.

3.1. Регулиране на фармацевтичната индустрия в Европа

За пазарите на лекарства в страните от Европейския съюз³⁴ са валидни няколко общи характеристики. С оглед опазване на общественото здраве, всяка страна изисква спазването на определена законова процедура за оценка и легитимиране на безопасността и лечебните качества на съответния (нов) медикамент. Заедно с това, повечето правителства подкрепят фармацевтичната индустрия заради нейния икономически принос, особено там, където съществува производство на лекарства. Всяка страна в своята лекарствена политика си поставя за цел ограничаване на разходите за лекарства.

Регулирането на пазара на лекарства е в зависимост от вида на здравноосигурителния модел, който се прилага в съответната страна. Страни с интегрирана система на здравеопазване (Великобритания, Швеция), в които държавата изпълнява регулиращи и финансиращи функции, по-лесно могат да организират контрола върху фармацевтичния пазар. В страни с модели на социално здравно осигуряване (Германия, Франция) контролът се разпределя върху няколко различни институции извън държавната администрация.

Регулирането на фармацевтичния сектор е национална политика, но за страните от Европейския съюз важат общи правила, обект на правото на ЕС. Европейската комисия има компетентност в трите основни сектора на лекарствената политика:

- Национални цени, печалби, реимбурсиране, рационална употреба и реклама;
- Свободно движение на стоки и конкуренция;

³⁴ Saltman, R., Reinhard Busse, Elias Mossialos, "Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems"

- Пазарен достъп чрез хармонизиране и централизирано лицензиране на лекарствата от Европейската агенция за оценка на медицински продукти³⁵.

Намесата при регулирането на цените и печалбите на фармацевтичните компании води до размиване на целите на здравната, осигурителната и индустриалната политики. Същевременно индустрията не може напълно да бъде защитена от конкуренцията между отделните марки нови лекарства и техните генерични еквиваленти, както и от паралелен внос от европейски държави с по-ниски цени на съответните лекарства.

Европейската агенция е подчинена на Дирекцията по въпросите на индустрията към Европейската комисия, а не на Дирекцията по здравните въпроси и защита на потребителя. Това създава опасения, че тя не защитава достатъчно правата и интересите на пациентите. Агенцията се финансира чрез такси от лицензирането на продуктите, които минават през нея. Фармацевтичните компании, обаче, имат право да изберат национална процедура за лицензиране, което поставя Агенцията в конкурентни отношения с националните агенции. Счита се, че е по-удачно Агенцията да е под финансов контрол от страна на ЕС, който директно да събира такси от фармацевтичните компании.

Основните проблеми на европейските системи за регулиране на фармацевтичната индустрия са представени в доклад пред Европейската комисия през 2002 г., който включва препоръки за предприемане на определени действия като:

- Създаване на изчерпателна система от показатели за оценка на фармацевтичната промишленост, нейните продукти и резултати, както и на взаимоотношенията между фармацевтичните сектори в отделните страни, за да се оцени в сравнителен план развитието на този бранш.
- Осигуряване на достъп до ефективни медикаменти и създаване на връзки между националните лицензионни механизми и тези на Европейската агенция
- Въвеждане на конкуренция на пазара на генерични продукти. Стимулиране потреблението на този тип медикаменти на европейските фармацевтични пазари.
- Прилагане на механизми за улесняване включването и изключването на лекарства от списъците за реимбурсация. Препоръчва се държавите-членки да осигурят такова регулиране на цените, което да обхваща само лекарства, реимбурсирани от самата страна, като същевременно се даде възможност за конкуренция за останалите търговски марки. Необходимо е да се въведат механизми за относителната ценова и клинична ефективност на лекарствата.
- Пазарните и икономическите различия между “старите” и “новите” страни членки следва да се вземат предвид при предприемане на мерки за регулиране на паралелния внос на лекарства между страните от ЕС.

3.2. Мерки за регулиране на пазара на лекарства

Силното регулиране за пазара на лекарства е неизбежна особеност на почти всяка здравна система, като се имат предвид информационната асиметрия, безопасността и моралния хазарт (*moral hazard*). Въведени са широк спектър от мерки за контрол върху тези разходи, както от страна на търсенето, така и от страна на предлагането.

³⁵ European agency for the evaluation of medical products / European Medicines Evaluation Agency

Мерки от страна на търсенето

Основната цел на тези мерки е да се въздейства върху поведението на пациентите и на осигурителите (финансиращата страна). Те формират отношение на лична заинтересованост и чувствителност спрямо разходите за лекарства и стимули за ограничаване на индуцираното търсене на лекарства.

Един от основните механизми за регулиране на пазара е споделянето на разходите между държавата и пациента. Счита се, че разходите за лекарства са най-чувствителният по отношение на цените, елемент на здравната система. Доплащанията във всички страни от Западна Европа са въведени с цел контрол върху разходите за лекарства.

Въвеждането на доплащане при лекарствата носи предимства, свързани с повишаване ефективността на разходите чрез ограничаване на излишното потребление на фармацевтични продукти и ограничаване на съвкупните разходи за здравеопазване. Потребителите са по-чувствителни към потреблението на лекарства, когато сами участват в плащането на сметките за тях и това ги кара да търсят информация за лекарства с по-ниски цени. В случай, че в системата има конкуренция между доставчиците, това ще доведе до намаляване на цените. Механизмът на доплащане ограничава и извършването на излишни допълнителни услуги, тъй като пациентът ще избира процедури и лечение, които му носят максимално висока стойност за парите, които изразходва (които са максимално ефективни).

Критиката към подхода на споделяне на разходите за лекарства и ограничаване на излишното потребление чрез него е свързана с факта, че фармацевтичният пазар се характеризира с информационна асиметрия, опосредствано търсене и хетерогенност. Освен това обемът на търсенето на лекарства в голяма степен се предопределя от доставчика и поради тази причина се счита, че политика и мерки, насочени към регулиране на търсенето, са по-неефективни. Друг фактор е прехвърлянето на тежестта на част от разходите върху бедните и възможността това да ги обезкуражи при ползването на медицински услуги и – съответно - на лекарства.

Всички държави от ОИСР, с изключение на Канада, Мексико, Турция и САЩ, имат публични системи за възстановяване (реимбурсиране) на разходите за лекарства. Правителството постановява списък с лекарствата, разходите за които ще бъдат (или няма да бъдат, в зависимост от вида на списъка) покривани, като той се променя с различна честота и ползва разнообразни критерии. В някои страни – Франция, Хърватска, Словения – системите за допълнително здравно осигуряване покриват и разходите за доплащане на лекарствата, като по този начин се премахват сигналите за ефективно намаляване на фармацевтичните разходи.

В много държави се стимулира употребата на генерични лекарства, които обикновено са с по-ниски цени. Въведени са правила за предписване на такива лекарства с цел осъществяване на най-добро лечение и ограничаване на свръхпотреблението.

Мерки от страна на предлагането

Този тип мерки са предпочитани, тъй като се счита, че именно предлагането (както и индуцираното от страна на лекарите търсене на лекарства) е основен проблем в системата. Поради тази причина и мерките за въздействие следва да се насочват именно по посока регулиране на предлагането, а не толкова ограничаване на търсенето. Политиката от страна на предлагането се базира върху директно или индиректно фиксиране на цените на фармацевтичните продукти. Фиксираните цени целят осигуряването на такива цени на лекарствата, които дадена здравна система

счита за “разумни”. Методите за фиксиране на цените са разнообразни: договорни цени, ценови тавани, определяне на цени на база разходи, сравнителни цени на база други държави и др. Най-непрозрачният метод е фиксиране на цените на база договорености между държавата (финансиращата институция) и фармацевтичните компании.

Индиректният ценови контрол се осъществява чрез ограничения върху печалбите или процента на възвращаемост на компаниите. По този начин се въздейства върху приноса на фирмите към развитие на лекарствените продукти и на икономиката. Целта е да се ограничат възможностите на компаниите да реализират свръхпечалби на гърба на публичните системи за здравно осигуряване, като същевременно се стимулира иновационната дейност.

Всички страни на ОИСР, с изключение на САЩ, Германия и до известна степен – Швейцария, определят цени на производителя. Ценообразуването се различава в зависимост от това дали продуктът е патентован или не. За патентовани лекарства се използват голям брой критерии за определяне на цените: терапевтичната стойност на лекарството, референтна цена на съществуващи продукти, цени в други държави, принос на фармацевтичната индустрия към икономиката на страната и др. Малко са страните, които поставят изисквания за ефективност на разходите при определяне цените на лекарствата или поставят цени, за да гарантират възвращаемост на инвестициите във фармацевтичния сектор.

Друг инструмент за регулиране цените на лекарствата е въвеждане на референтни цени. Тяхната цел е упражняване на индиректен контрол върху цените в сектора. Системата от референтни цени установява максимално равнище на реимбурсиране на разходите за лекарства от здравните фондове на база лекарства с подобни или еднакви съставки или с подобна ефикасност. Това означава, че фондовете възстановяват разходите за лекарства само до предварително определено равнище, а разликата между референтната и пазарната цена се заплаща от пациентите.

Трябва да се отбележи, че поради конкуренцията между отделните групи лекарства в референтните списъци и задълженията на лекарите да предупреждават пациентите си, че са длъжни да плащат разликата в цените, при много малко лекарства се наблюдава действителна разлика между референтни и пазарни цени.

Ефективността на системата на референтните цени е сравнително висока по отношение на ограничаването на разходите. Причините за това са повишаване на търсенето на лекарства с цени, по-ниски от референтните. Това създава натиск върху системата към намаление цените на аналогични медикаменти от една ценова група.

Оценката за ефективността на отделните политики, насочени към регулиране на фармацевтичните пазари, е трудна, тъй като успешна политика в една страна не гарантира универсален успех в друга. В Европейския съюз особеното е, че пазарът подлежи не само на национални, но и на общностни регулации. Това поставя допълнителни ограничения пред страните за самостоятелно решаване на проблемите на фармацевтичния сектор.

Най-популярни мерки за регулиране на фармацевтичния сектор в страните от Европейския съюз:

Директен ценови контрол

Той се прилага чрез определянето на максимални равнища на цените на лекарствата за дадена страна. Разбирането за това кое е оптималното равнище на фиксиране на

цените се различава в отделните държави и зависи от множество фактори – бюджетни ограничения, методика на изписване на лекарствата, значимост на фармацевтичния сектор за националната икономика и др.

Директен ценови контрол може да се прилага за всички лекарства на пазара, не само за онези, които се реимбурсират от системата на задължително здравно осигуряване или за специфични групи лекарства (за болнична, специализирана доболнична помощ и др.).

Повечето от страните в Европейския съюз прилагат директен ценови контрол. Изключения са Великобритания, Дания и Германия в областта на болничната помощ, Белгия, Дания, Франция, Италия, Португалия и Испания в областта на извънболничната. През 2003 г. Франция въвежда свободно ценообразуване на цените на иновативни лекарства, подобно на практиката във Великобритания и Германия.

Един от методите за директен ценови контрол е фиксиране на цените на лекарствата в дадена страна на база сравнителни цени. Някои примери за тази практика са представени в таблица № 12. В отделни страни ценовите сравнения са само един от факторите при фиксирането на цените на медикаментите, докато в други (например Гърция) те са основният показател и цените на лекарствата не могат да ги надвишават.

Таблица № 12 Примери за определяне на цените в някои страни от ЕС на база на международни ценови сравнения

Държава	Сравнителни цени
Белгия	Цени на производител във Франция, Германия, Люксембург и Холандия
Дания	Средна цена на производителите в Европа с изключение на Гърция, Португалия, Испания и Люксембург, но включително Лихтенщайн
Финландия	Средни цени на едро в Европа
Ирландия	Средните цени на едро в Дания, Франция, Германия, Холандия и Великобритания
Италия	Претеглени средни цени на производител в ЕС (с изключение на Люксембург и Дания)
Холандия	Средни цени на производител в Белгия, Франция, Германия и Великобритания
Португалия	Минимални цени на производител за идентични продукти във Франция, Италия и Испания

Източник: European observatory on health systems and policies

Регулирането на цените на лекарствата съвсем не е задължително да има очаквания ефект на ограничаване на разходите за лекарства в системите на здравеопазване. Редица проучвания, проведени в страните от ЕС за периода 70-те – 90-те години на 20 век (Холандия, Швеция, Гърция и др.) показват, че въпреки намаляването на относителните цени на лекарствата, общите разходи за медикаменти се увеличават.

Причините за това са повишените обеми от потребление на лекарства, наличието на нови медикаменти, повишеното изписване на лекарства и др. Това поставя на първо място въпросът с рационалната употреба на лекарствата.

Индиректен ценови контрол - споразумения между Правителството и фармацевтичния сектор

Споразуменията между Правителството и фармацевтичния сектор имат за цел да прехвърлят част от отговорността от нарастването на публичните разходи за лекарства върху сектора. Те най-често имат за резултат възстановяване на излишъците или намалявания на цените на продуктите при определени обстоятелства. Същевременно подобни споразумения – в Австрия, Дания, Белгия, Португалия и Испания – имат съвсем слаб ефект по отношение на ограничаване на публичните разходи за лекарства. Някои от видовете споразумения са представени в таблица № 13 .

Таблица № 13 Други видове споразумения между Правителството и фармацевтичния сектор

Държава	Вид на споразуменията между държавата и сектора
Австрия	Споразумение за целеви разходи за лекарства за Системата на социалното осигуряване; ограничаване на ръста чрез намаляване на цените
Дания	Споразумение за ограничаване на общото равнище на цените по такъв начин, че общите разходи за субсидираните лекарства да остават постоянна величина
Франция	Секторни споразумения по въпросите за обмен на информация, рационална употреба, развитие на пазара на генерични продукти и др.
Ирландия	Споразумение за условията на доставка, срокове и цени на лекарствените продукти за здравната система
Португалия	Споразумение за ограничаване на разходите за лекарства за Националната здравна служба и покриването на излишъка от сектора
Испания	Многостранни споразумения, които покриват намаленията на цените, целеви разходи и възстановяване на излишъците от страна на компаниите в случай, че таваните се надхвърлят
Великобритания	Схема за регулиране на цените на фармацевтичните продукти

Източник: European observatory on health systems and policies

Някои държави (Австрия, Франция, Испания и Швеция) имат сключени индивидуални споразумения за цени и обеми с отделни фармацевтични компании. Този механизъм работи на принципа на фиксирането на цени според очакван или реализиран обем от продажби по такъв начин, че ако обемите надвишат определено равнище, цените трябва да бъдат намалени. Не е правена оценка дали този механизъм е успешен или дали компаниите са доволни от него.

Референтни цени

Референтните цени представляват механизъм на фиксиране на определено равнище на реимбурсация за лекарствени продукти от един и същи клас. Прилагат се за лекарства от една категория, с подобна терапевтична стойност и лечебен резултат. Целта им е да ограничат растежа на разходите за лекарства чрез включване на пациентите в заплащането на част от цените на лекарствата, които ползват. Този допълнителен разход за пациента се очаква да повиши неговата заинтересованост от това какви лекарства са му изписвани и да контролира процеса по предписване на медикаменти.

За изчисляване на референтната цена се използват разнообразни механизми.

Таблица № 14 Методи за определяне на референтната цена в някои европейски страни

Държава	Година на въвеждане	Дефиниране на референтната цена
Германия	1989	Статистически изведена медиана от цените на лекарствата, които съдържат еднакви съставки и имат сравнима ефективност
Холандия	1991	Средната цена на лекарствата с подобни фармакотерапевтични ефекти
Дания	1996	Генеричен еквивалент с минимална цена, който се търгува на пазара
Белгия	2001	Цена, равна на цената на оригинален продукт за генеричен еквивалент, намалена с 26 %
Италия	2001	Генеричен еквивалент с минимална цена, който се търгува на пазара
Португалия	2003	Генеричен еквивалент с минимална цена, който се търгува на пазара

Източник: European observatory on health systems and policies

В ЕС механизмът на референтни цени придобива популярност, защото се счита за удачен и ефективен метод за намаляване на различията между цените на лекарства, които са терапевтични заместители, чрез подобряване на пазарната прозрачност. Ефектите върху ограничаването на общите разходи за лекарства отново не могат ясно да се дефинират. Счита се, че референтните цени са имали краткотраен ефект в Холандия, Германия и Италия. Обяснението е, че повишаването на цените и обемите на лекарствата извън референтния механизъм неутрализира всяко намаление на разходите за лекарствата от схемата. Необходимо е референтните цени да се съчетаят с инициативи по стимулиране рационалното търсене на лекарства. Липсата на подобни мерки в Норвегия и Швеция води до неудовлетворителни резултати в сравнение с очакваните от схемата на референтните цени и впоследствие тези държави я изоставят. Холандия постепенно изоставя механизма на референтни цени поради няколко причини: референтното равнище рядко се преразглежда и на практика цените остават „фиксиранни“; цените на някои генерични продукти се повишават до референтното равнище в момента, в

който изтича срока на патентите за тях; конкуренцията между производители и търговци на едро има за резултат отстъпки и бонуси за аптекарите в опит да се осигурят продажбите на определени видове лекарства. По този начин потенциалните ползи за обществото от ограничаване на протекцията върху марковите медикаменти не се реализира, а се трансформира в големи печалби за аптеките. В Холандия се възприема нова политика по отношение на търговията с медикаменти, която дава възможност на фармацевтичните компании да договарят директно доставки на едро с производителите на лекарства или с търговците на едро. Изтичането на срока на патентите за някои лекарства ще даде възможност да се реализират големи икономии от намаляването на цените при сделки за по-големи обеми. Засега този подход се експериментира само за определени категории лекарства.

Реимбурсиране на лекарства

Основната цел на реимбурсацията на лекарства е ограничаване на публичните разходи в системата на здравеопазване, като същевременно се оказва влияние върху научноизследователската дейност на компаниите в областта на създаването и развитието на нови продукти.

Най-често държавите дефинират позитивни, негативни или селективни списъци с лекарства, които са обект на третиране от публичната система на здравеопазване. Позитивните списъци включват лекарствата, които се реимбурсират от системата на здравеопазване, негативните включват лекарствата, които не подлежат на реимбурсация, докато селективните списъци включват само определени категории медикаменти. Този подход страда от недостатъци – списъците не са гъвкави и отворени, трудно се осъществяват консултации при необходимост от промяна, обезкуражават инвестициите в научни изследвания и др.

Таблица № 15 Реимбурсиране и свързаните с него характеристики на здравните системи за някои страни от ОИСР

	Франция	Германия	Великобритания	Холандия	САЩ	Швейцария
Ограничена реимбурсация	Да	Да	Да	Да	Да	Не
Национална методика за фармакоикономика	Планиран и	Не	Да	Да	Не	Не
Фармакоикономика при определяне на цените	Възможно	Не	Индиректно	За някои продукти	В някои случаи	В някои случаи
Бюджети за лекарства	Национални	Национални	Национални	Национални	Смесени	Местни
Култура на споделяне на разходите	Да	Да	Да	Не	Да	Да
Ограничения на печалбите	Да	Не	Да	Не	Не	Не

(търговски отстъпки)						
Свобода при определяне на цените	Не	Да	Да	Не	Да	Да

Източник: UK Pharmaceutical Industry Competitiveness Task Force (2002)

3.3. Мерки за регулиране на пазарното поведение на компаниите – производители на лекарства

Пазарното поведение във фармацевтичния сектор се свързва най-вече с дейността на фармацевтичните компании – производители на лекарства. Всяко действие, което дадена компания предприема, цели постигане на печалба. Като цяло секторът е един от най-печелившите, същевременно е значително рисков.

Броят на нововъведените химични лекарствени единици постоянно намалява – от 100 през 1967 г. до 37 през 1998 г. Не е доказано дали големите разходи за научни изследвания се насочват към области, където са най-необходими.

Намесата на държавата на фармацевтичния пазар чрез регулиране и стимули е наложителна поради възможните здравни рискове и неравномерното разпределение на фармацевтичните ресурси. Пациентите често трудно могат да получат и да оценят информацията за лекарствата поради техните особени характеристики. Това създава много силни връзки между лекарите, които изписват лекарствата, от една страна, и аптеките, които изпълняват рецептите. Пациентът е оставен в страни от този процес, най-често в качеството си на консуматор, а не на активно оценяващ и избиращ от няколко опции. Създават се условия за морален риск (moral hazard) и неефективност в системата.

Намесата на държавата се осъществява под формата на различни мерки:

1. Патенти за лекарствени продукти

Патентите дават изключителни права за производство на иновативни продукти, създават монополна позиция за компаниите и бариери за достъп до пазара. Целта е да се възнаградят усилията и разходите на компанията, която инвестира в проучвания и научни изследвания и да се стимулира инвестиционната дейност в сектора. Патентите защитават правата на собственост върху лекарствен продукт за определен период от време (20 години).

2. Защита на потребителите и лицензиране на продуктите

Лицензите целят защита на потребителя от асиметричната информация между него и производителя на лекарства (търговеца, лекаря). Те гарантират безопасност при потребление на определен лекарствен продукт, тъй като за да получи лиценз за разпространение, производителят следва да представи значителен обем доказателства за клиничната стойност на продукта, неговата ефикасност и качество.

Дългите клинични изследвания (в някои случаи до 10 години), необходими за получаване на лиценз за лекарство, намаляват неговия икономически живот, тъй като през това време тече срокът на патента. За да се компенсират загубите за компаниите, в някои случаи се въвеждат правила за удължаване срока на патентите.

В Европа се наблюдава тенденция към унифициране на правилата за предоставяне на лиценз за лекарства. На общоевропейско равнище лицензирането се извършва от Европейската агенция за оценка на медицинските продукти.

3. Дерегулиране на генеричния пазар на лекарства и създаване на конкурентна среда

Либерализацията на генеричния пазар на лекарства създава благоприятни условия за развитие на пазара след изтичане на срока на патентите. Така се ограничават стратегиите на производителите на маркови продукти за запазване на пазарния им дял, чрез: самостоятелно развиване на марков генеричен продукт, удължаване срока на патента, осигуряване на суровини за производството, повишаване на техническите стандарти за качество и др.

В САЩ през 80-те години е приет закон³⁶, който дерегулира пазара на генерични продукти в следпатентния период. Той намалява изискванията за въвеждане на генерични еквиваленти на пазара. В резултат на това срокът за въвеждане на пазара на генеричния еквивалент след изтичане срока на патента намалява от 3 години на 3 месеца, повишава се броят на генеричните лекарства и – съответно – цената им намалява. Цената на еквивалентите е средно около 50 – 60 % от цената на марковите продукти 3 години след въвеждането им на пазара.

Много държави стимулират изписването, разпространението и потреблението на генерични лекарства чрез специфични мерки, засягащи лекарската или аптекарската практика.

3.4. Споделяне на разходите за лекарства

Според неокласическата икономическа теория потреблението на здравни услуги надхвърля социално приемливото им равнище, когато здравните разходи са напълно покрити от системата на здравно осигуряване или от държавата. Свръхпотреблението се счита за излишно, когато пределните разходи на обществото от доставката на допълнителни здравни услуги надхвърля пределните приходи (ползи) от потреблението на тези услуги за обществото, резултиращо в загуба на обществено благосъстояние.

Целта на споделянето на разходите за лекарства е да се ограничи именно това излишно свръхпотребление, като се възстановят ценовите сигнали в системата, които социалното осигуряване е премахнало. Наличието на ценови сигнал (на цена) селективно ще обезкуражи потреблението на онези лекарства, които имат малка допълнителна стойност за индивида или не са необходими. Теорията за предимствата на споделянето на разходите лежи върху предположенията за повишаване на микро- и макроикономическата ефективност, само в случай, че не се влошат здравните показатели на населението.

Споделянето на разходите би могло ефективно да се прилага в лекарствената политика, където доста по-лесно се приема концепцията за въвеждане на доплащания в сравнение с останалите видове здравни услуги.

Директните форми на споделяне на разходите (за лекарствата с рецепта) включват:

- Фиксирано доплащане - единни такси за лекарство или за рецепта;
- Пропорционално доплащане, което представлява процент от общата стойност на рецептата;
- Франшиза (deductibles), при които пациентът плаща определен фиксиран размер от разходите, а разликата се поема от осигурителя. В някои държави се прилага моделът на срочни „билети“, които потребителят

³⁶ Drug price competition and patent term restoration Act, 1984

купува и получава правото срещу тях за определения срок да ползва медикаменти.

Пропорционалното доплащане е най-често използваната форма на споделяне на разходите за лекарства в страните от Западна Европа. В повечето страни механизмът на споделяне на разходите се придружава от схеми за защита на уязвимите обществени групи чрез намалени ставки, изключване от плащания, тавани върху годишните разходи и др.

Оценките на ефекта от въвеждането на форма на доплащане върху лекарствата с рецепта сочат, че то не води до ограничаване на фармацевтичните разходи в системата. Правените изследвания и анализи в страните от ЕС показват, че ефектите върху макроикономиката са нищожни в средносрочен и дългосрочен план и това се обяснява с чувствителността на доставчиците спрямо финансовите стимули за пациентите им. Няколко фактора ограничават потенциала за намаляване на общите фармацевтични разходи (или поне за задържане растежа на разходите за лекарства) от въвеждането на споделяне на разходите при изписването на лекарства. Намаляването на употребата на лекарства с рецепта в повечето случаи се компенсира от допълнителни разходи, извършени в други елементи на здравната система, например посещения при лекари, увеличен болничен престой, спешна помощ и др. Не са правени оценки за въздействието на споделянето на разходите за лекарства върху промяна на здравния статус на населението с изключение на оценки за връзката между доходите на населението и потреблението на изписани лекарства.

Потреблението на лекарства с рецепта се осъществява най-вече от по-възрастни граждани, както и граждани с по-ниски доходи. Поради тази причина въвеждането на доплащания се отразява негативно именно на социално слабите групи от обществото и има по-скоро негативен общ ефект. Същевременно тези категории са и най-чувствителни към цените на лекарствата. Това означава, че повишаването на цената на лекарствата ще се отрази в по-голяма степен на потреблението на лекарства от тези групи в сравнение с по-високодоходните обществени групи. Изследванията сочат, че отражението върху здравния статус на по-възрастните граждани, както и на тези с по-ниски доходи, ще е негативно.

Фармацевтичният сектор в страните от Централна и Източна Европа и Прибалтика³⁷

Структурните реформи в страните от Централна и Източна Европа (ЦИЕ) започват в началото на 90-те години на 20 век, когато демокрацията и пазарната икономика заемат мястото на плановото стопанство. Новите условия водят до необходимостта от промени в здравната система, моделите на здравно осигуряване и финансиране на фармацевтичния сектор.

Лекарствената политика в голяма част от тези страни се определя от следните фактори: икономическото състояние на страните и евентуалното им членство в Европейския съюз. Въпреки различията, в разглежданите страни се наблюдават редица сходства по отношение на политическо, икономическо и здравно развитие. Пазарните реформи конкретно във фармацевтичния сектор включват приватизация в

³⁷ Mossialos, E., Monique Mrazek, Tom Walley, "Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency and quality"

производството и разпределението на лекарства, либерализация на пазарите за внос на медикаменти от запад, както и инвестициите в сектора. В резултат на това рязко намалява потреблението на местни продукти, като то се измества по посока вносни маркови лекарствени средства (както оригинални, така и генерични). За България от близо 90 % дял на местните фармацевтични продукти в потреблението през 1987 г., той намалява на 60 % през 1997 г.

Една от основните последици на това изместване е резкият скок в разходите за лекарства от общите разходи за здравеопазване в тези страни. Например в Словения средната цена на лекарство с рецепта се е повишила със 70 % между 1990 и 1999 г. Основните фактори, които въздействат върху високата цена на вносните лекарства са валутни колебания, вносни мита, данъци и преференциално третиране на местни продукти. Таблица показва разходите за здравеопазване и за лекарства в част от тези страни през 2000 г.

Таблица № 16 Разходи за здравеопазване и за лекарства в някои прибалтийски страни и страни от Централна и Източна Европа за 2000 г.

Държава	Реален БВП на глава от населението (USD по ППС)	Общи разходи за здравеопазване (% от БВП)	Частни разходи за здравеопазване (% от общите разходи за здравеопазване)	Общи разходи за лекарства (% от общите здравни разходи)	Общи публични разходи за лекарства (% от общите разходи за лекарства)
Албания	3 506	3.4	37.9	25*	NA
България	5 710	3.9	22.4	46.6	72
Хърватска	8 091	8.6	15.4	16.8	NA
Чехия	13 991	7.2	8.6	25.2	80.6
Естония	10 066	6.1	23.3	22.3	43.6
Унгария	12 416	6.8	24.3	33.2	56.5
Латвия	7 045	5.9	40	16.6*	51
Полша	9 051	6	30.3	8.9**	NA
Румъния	6 423	2.9	36.2	20**	37*
Словакия	11 234	5.9	10.4	28*	NA
Словения	17 367	8.6	21.1	19.6	71.7

Източник: World Health Organization, 2002

*Данните са за 1999 г.

** Данните са за 1998 г.

Повишаването на разходите за лекарства се отразява негативно на съвкупните здравни разходи в тези страни, които сами по себе си изпитват затрудненията на икономиката като цяло. В Румъния например реалните публични разходи за лекарства се удвояват между 1993 и 1999 г. В Унгария през 1990 г. се разпространяват 1 300 медикамента, всички от които се субсидират, докато през 2002 г. лекарствата са вече 10 577 броя, от които се субсидират 3 867. Появата на много нови продукти на пазара затруднява не само публичната система на здравеопазване, но и медицинските специалисти и води до прехвърляне на все по-голяма финансова тежест върху домакинствата. Пациентите в страните от ЦИЕ имат по-висок дял на лични разходи за лекарства в сравнение с пациентите от страните в Западна Европа.

Регулирането на цените на лекарствата, които се реимбурсират, се осъществява по различни методи – договаряне на цените (Унгария, Полша, Латвия, Литва), международни ценови сравнения (България, Чехия, Естония, и др.), фиксиране на цените на производител (Румъния, Словакия, Литва), икономически оценки (Естония, Латвия, Литва) и референтни цени (Чехия, Естония, Унгария, Полша и др.).

Следвайки модела на регулиране на фармацевтичния сектор в Западна Европа, страните от ЦИЕ прилагат най-вече мерки по отношение на реимбурсацията и ценообразуване, докато мерките от страната на търсенето и промоцията на рационално предписване на лекарствата остават в сянка.

VIII. Корупцията като предизвикателство пред ефективното управление на здравеопазването

Корупцията е явление, което може да се определи като „злоупотреба с обществения пост, с цел лично облагодетелстване” (Световна банка). Тази дефиниция трябва да се тълкува в един по-широк смисъл, за да се обхване корупцията като проява в държавната, частната и квази-частната дейност. Поставя се акцент на възможността и влиянието на лекарите, служебно или организационно, за лично обогатяване в разрез със заеманата от тях длъжност. Взема се в предвид както индивидуалната корупция, при която медицинското лице действа на квази –пазара и използва своето влияние и публични ресурси за извличане на лична изгода, така и на корупционните практики, използвани от самите организации (лечебни заведения, фондове).

Възможностите за корупция се проявяват в различни форми. Пример за това е положението, при което държавата контролира броя и цената на извършваните услуги, но търсенето е по-голямо от предлагането на конкретния пазар. Такава среда предоставя добри условия за възникване на корупционни практики.

Правителството може да въвежда регулации, с цел постигане на стабилност на секторно равнище, когато пазарните механизми не могат да повишат благосъстоянието в сектора. В здравеопазването връзката доставчик на медицинска услуга – пациент носи потенциална възможност за изкуствено предизвикано търсене от доставчика на здравната услуга. Без държавна намеса резултатът може да доведе до нарастване на разходите и неправилно разпределение на ресурсите за лечение.

Състоянието на отчетността е от основно значение за провеждане на ефективен контрол и намаляване на корупцията. Допълнителна гаранция за ниско ниво на корупцията дава прозрачността на процедурите за вземане на решения от отговорните институции в комбинация с постоянен обществен контрол.

1. Форми на корупция в здравеопазването

Различните групи лица, които участват в системата на здравеопазването и многобройните структурни връзки между тях, дават основание за възникване на разнообразни корупционни практики. Корупцията може да се класифицира в четири основни групи – подкупи, невярна информация, кражби и корупция на ниво бюрокрация. Мотивацията за всяка една група се състои в потенциалната възможност да се извлече изгода от служебното положение на лицето в йерархията на здравната система, независимо дали става въпрос за директна финансова облага от индивидуални или институционални плащания или в общия случай се отнася до засилване на властта и влиянието. Дефинициите на понятията от първите три групи се съдържат в доклада на Световната банка за корупцията (World Bank 1997).

1.1. Подкупи

Процесът на подкупване включва заплащането на чиновниците, с цел да се гарантира получаването на медицински услуги, за които не би трябвало да се плаща, а също така и плащанията, които имат за цел осигуряване на по-високо качество на услугите, заобикаляне на тръжни процедури или избягване на опашките (листата на чакащите). Подкупите се плащат с две основни цели: осигуряване на услуга, която медицинското лице е длъжно, но отказва да извърши или гарантиране на преференциално отношение при сключването на договори.

Подкупи от страна на търсенето

Много от нерегламентирани плащания от страна на пациентите, насочени към лекарите и друг медицински персонал, могат да се класифицират като подкупи породени от търсенето. Подкупите често се използват за осигуряване на медицински услуги с необходимото качество или за по-бърз достъп до услугите. Корупционните практики възникват във всеки един от случаите, когато предлагането на здравни услуги е ограничено и се субсидира от държавата. Някои пациенти се нуждаят от медицинска помощ в кратък срок и са склонни да заплатят значителна сума, за да гарантират лечението си. Така се създават необходимите предпоставки за реализиране на финансова изгода от нерегламентирани плащания.

Съществуват няколко вида плащания, които нямат характер на подкупи, тъй като имат съвсем различна цел. Такъв е случаят с пациент, който си плаща лекарствата или други консумативи, тъй като лечебното заведение няма необходимите средства да ги закупи. Появата на този вид плащане е предизвикана от несъответствието между поетия ангажимент за финансиране на медицинската услуга и наличните ресурси за тази дейност. Нерегламентираното плащане е резултат от невъзможността да се спазят поетите ангажименти от отговорните институции, но не може да се разглежда като корупция. Алтернативата на финансовото участие на пациента е да не се извърши ефективно лечение поради липса на медикаменти.

Ако лечебните заведения нямат достатъчно средства за изплащане на трудовите възнаграждения на персонала, възниква ситуация при която е възможно лекарите да осигурят трудовите си доходи директно от пациентите, под различна форма.

Спорна остава и темата дали лекарите могат да приемат законно подаръци от пациентите без да се очаква някаква услуга в замяна. Трудно е да се приеме твърдението, че подаръците не предопределят отношението на лекаря и качеството на услугата. Почти не съществува разлика между подкупа, известен като „форма на благодарност“ в някои страни (Англия) и регламентирани подаръци.

Подкупи от страна на предлагането

Съществуват условия, при които подкупи се индуцират от страна на предлагането на здравни услуги. Такава среда за формиране на корупционни практики е налице винаги, когато медицинските служители имат възможност за лична преценка по отношение определянето доставчика на дадени услуги. Лицата или компаниите, извършващи доставката на определена услуга, могат за предложат подкуп на длъжностните лица, от които зависи сключването на договора. Честата употреба на подкупа в този вид води до установяване на неписани правила за одобрение на договорите за доставка между заинтересованите страни.

Добре позната форма на подкуп е приемането на парични и непарични плащания от медицинския персонал срещу закупуване или предписване на някои видове медикаменти, както и насочването на пациентите към определени частни практики. Груповите практики, обслужващи население между 5 000 и 10 000 души имат възможност да насочват значителни финансови ресурси (вкл. публични) за извършване доставки на медикаменти и услуги. Фармацевтичните компании имат възможността да влияят върху решенията за покупка на лекарства чрез безплатни мостри, покани за участие на конференции на екзотични места и т.н.

1.2. Кражби

Кражбата на държавни средства от длъжностни лица, отговорни за тяхното управление е друга често срещана форма на корупция. В сектора на

здравеопазването са възможни няколко варианта за извършване на описаното деяние.

Дребните кражби от доставките са разпространена форма на кражба в много държавни и частни организации. В Англия е установено, че този вид кражби на бинтове, дезинфектанти и други консумативи възлизат на повече от 15 милиона лири годишно. В една от испанските болници се е стигнало до парадокса разходите за храна да са по-високи от тези в добър ресторант, като се е установило, че причината са кражбите от доставките на храна.

Публично субсидиране на частни здравни услуги

Персоналът в здравните заведения държавна собственост има възможност да извършва частна дейност като използва публични ресурси. Тук се включва оборудване, доставки и време. Често това явление се определя като приватизация отвътре и е характерно за икономиките в преход, но е широко разпространено и в развитите страни. Здравните услуги, предоставяни на пациентите, могат да включват добавяне на услуги /свързани с разходи на публични ресурси/ към вече оказаните услуги в рамките на гарантирания пакет. Алтернативен вариант е извършването на частна дейност в работното време и с оборудването (медикаментите), с които разполага публичното лечебно заведение. Друга възможност за използване на публичните ресурси с частна цел е, когато лекарят в обществено здравно заведение полага труд в продължение на по-кратко време от регламентираното, в полза на по-дълъг работен ден в частен кабинет. Тази практика е много популярна в Англия, където някои болници дори наемат частни детективи, за да установят дали лекарите спазват установеното работно време. Размерите и вида на конкретните злоупотреби от тази група до голяма степен зависят от ясни правила и ефективността на контрола.

Крупни кражби на публични средства

Смяната на метода, по който се извършва финансирането в системата на здравеопазване, може да повиши разпространението на корупционните практики.

Преминаването от система за покриване на разходите, в която основно значение се отдава на входящите ресурси и строгия контрол на разходните параграфи в бюджета, към система с акцент върху резултатите се предприема с цел повишаване ефективността на здравния сектор. Тази промяна предоставя значителни финансови правомощия в ръцете на ръководителите на лечебните заведения, които вече контролират целия болничен бюджет. Директорите на здравноосигурителните фондове също получават контрол върху управлението на част от средствата, с които доскоро се е разпореждала структурата, отговорна за държавното финансиране на сектора. Практиката показва, че този род промени са благоприятна среда за възникване на корупция.

В практиката са известни редица случаи на крупни измами в осигурителните фондове на някои от страните в преход. В една от азиатските държави управителят на регионален, частен осигурителен фонд е обвинен в незаконно присвояване на средства, а по-късно това лице е назначено за ръководител на местния държавен фонд. През 1994 г. в Естония са разкрити няколко случая на злоупотреби, извършени от директорите на фондове, при управлението на резервите на осигурителните дружества.

1.3. Корупция на ниво политика и бюрокрация

Чиновниците и политиците вземат важни решения за развитие на здравния сектор, при които могат да възникнат съмнения за корупция. Подбудите за тези действия обикновено имат финансово измерение или гарантират бъдещо израстване в кариерата. Закриването на болница или нейното запазване може да повлияе при избирането на отговорното лице в парламента или друга институция. Описаното поведение може да се класифицира като корупция в зависимост от подбудите. В действителност е възможно определен политик да поддържа запазването на една неефективна болница, за да получи политически облаги. Местната общественост ще го подкрепи, но от гледна точка ефективността на държавните финанси това е форма на кражба.

Злоупотребата с държавни средства в здравната система на Люксембург е последвана от оставката на министъра на здравеопазването, който е обвинен в корупция за над 1,66 млн. долара. Средствата са преведени на частни компании предимно от строителния бизнес.

Практиката в Италия също показва корупционни тенденции в сферата на здравеопазването, чрез сключване на сделки за строителство на лечебни заведения при съмнителни обстоятелства. Десет години след крайния срок за строеж тези сгради все още са недовършени. Сложните схеми за финансиране на здравеопазването се оказват една от предпоставките за трудностите при разпределение на ресурсите, водещи до формиране на корупционни практики.

1.4. Злоупотреба с информация

Пазарът на здравни услуги е доминиран от връзката лекар-пациент, при която пациентът се доверя на своя лекар, за да направи информиран избор за най-доброто лечение. По правило медицинското лице винаги разполага с повече информация и е в по-добра позиция от пациента. Този факт му дава възможност да се възползва от преимуществото си за лична изгода. Корупционната дейност може да се определи като съзнателно довеждане на пациента до заблуда относно ефективността на лечението. Предписаното лечение обикновено е неподходящо, излишно или недостатъчно според конкретния случай на злоупотреба.

Една от опасностите при реформа на системата за финансиране на здравеопазването е липсата на система за наблюдение и контрол, без която става практика безпричинното повишаване на заболяемостта, т.е.увеличено търсене на медицински услуги, с цел лична изгода за медицинския персонал. Дори в САЩ, където е въведена сравнително сложната за администриране система на ДСГ, са регистрирани случаи на класифициране на пациенти в по-доходни диагностично-свързани групи. Борбата с източването на финансов ресурс започва с внедряване на подходящи механизми за контрол на изпълнението и санкции, отговарящи на размера на нарушението.

Друга група проблеми с медицинската информация се появява, когато лекар и пациент действат съвместно, за да измамат трето лице. Конкретен пример за действие от този тип е издаването на медицинско свидетелство с невярно съдържание за получаване на шофьорска книжка (Казахстан). Характерно нарушение от този тип са фалшивите болнични листове за представяне пред работодателя. Злоупотребата със здравна информация за дадено лице се практикува и за освобождаване от ангажимента за военна служба. Определени лекари изграждат репутация на лица, които предоставят този вид „медицински услуги”.

Съществува мнение, че при заплащане на общопрактикуващия лекар от доболничната помощ предимно чрез капитация, се създава среда за привличане на пациенти на базата на най-много издадени документи с невярно съдържание. В тази връзка не трябва да се забравя, че позицията на лекаря му позволява да извършва и измами при изписването на лекарства. Това нарушение има сериозно финансово измерение в страните от ЕС. Установено е, че разходите за лекарства в Англия нарастват с около 30 млн. лири годишно, в следствие на измамите при изписване на медикаменти. Списъкът на злоупотребите е дълъг и включва предписване на по-скъпи лекарства, дописване на рецепти, отпускане на безплатни лекарства на лица, които нямат право да ги получат и т.н. Често като недостатък на контрола по изписване на лекарства се отчита липсата на интегрирана информационна система.

2. Влияние на корупцията

Разгледаните форми на корупция оказват негативен ефект върху цялата здравна система, която би трябвало да функционира ефективно с разполагаемите ресурси. Появата на нерегламентирани плащания в здравния сектор подменя принципа, че квалифицирана медицинска помощ трябва да се оказва на всички нуждаещите се, а не само и приоритетно на тези, които могат да платят подкуп. Една част от описаните нарушения директно отклоняват публични средства от системата на здравеопазване в частни ръце без полза за пациентите (кражби, надписване на рецепти). Друга част от тях оскъпяват медицинските услуги или влошават достъпа до здравеопазване. На практика се стига до резултат, при който лицата, които имат най-голяма нужда от медицинска помощ, получават медицинско обслужване с недобро качество. Високите нива на корупция водят до обедняване на хората, затруднения при достъпа и влошаване здравния статус на населението.

Корупцията в здравеопазването оказва влияние не само върху здравната система и частната инициатива в сектора, но дава отражение и на макроикономическо ниво. В литературата се обсъжда въпроса за влиянието на корупцията за значителното намаляване икономическия ръст на БВП и негативния ефект, който има това явление, за инвестициите в частния сектор. Крайният резултат от формираните корупционни практики води до разпиляване на ресурси и неефективност на национално равнище. Негативният ефект от разпиляване на публични и частни средства може да се види в недовършените болници, загубите за семейния бюджет на всяко домакинство, лошото медицинско обслужване и т.н.

3. Политика за ограничаване на корупцията

Борбата с корупцията в системата на здравеопазването е сложна задача. Създаването на стратегия за ограничаване на корупционните практики трябва да съдържа отговора на няколко основни концептуални и практически въпроса. На първо място е изискването да се определи и обясни най-важната причината за възникване на корупцията. Например, нерегламентирани плащания може да се налагат, за да оцелее здравната система (неформално споделяне на разходите). Друга възможност е корупцията (подкупите) да намалява ефективността и справедливостта в здравния сектор. Решенията за проблемите трябва да са насочени към източника на корупция в здравеопазването.

На второ място е необходимо да се установят границите, в които е разпространена корупцията в обществото. Механизмите за въздействие пряко зависят от мащабите на корупционните практики. Изолираните случаи на нерегламентирани плащания в здравната система могат да бъдат редуцирани чрез конкретни мерки, санкции и някои промени в законовите разпоредби. Съвсем различен е случаят с широкото разпространение на корупцията в здравеопазването. В този случай борбата с

негативното явление изисква институционални промени, преосмисляне методите на финансиране и въвеждане на ефективни контролни механизми.

Нерегламентираните плащания позволяват системата на здравеопазването да функционира, когато тези средства покриват разликата в стойностно изражение между гарантираните от държавата здравни услуги и наличните за тях финансови средства. Налице са морални подбуди против действието на тази система, в която се нарушава справедливостта чрез влошаване на достъпа до медицински грижи за бедните граждани. Липсва и адекватна отчетност за реалните разходи в сектора на здравеопазването, а оттук не се получават данни за крайната себестойност на медицинската услуга за пациента. В цената на здравната услуга не се включва размера на нерегламентираните плащания. Въвеждането на стриктни регулации в комбинация с ниско заплащане на лекарския труд в тази ситуация прави публичния здравен сектор непривлекателен, което има опасност да доведе до преминаване на част от медицинския персонал към структурите на частното здравеопазване. Ситуацията се влошава и от логичното допускане, че само по-добрите специалисти ще се реализират успешно в частния сектор, което неизбежно ще доведе до влошаване на качеството и намаляване на обема предоставени здравни услуги в общественото здравеопазване. Необходимо, но недостатъчно условие за намаляване на корупцията е провеждането на такава политика по доходите на здравните работници, която да гарантира заплащане близко до това в частния здравен сектор.

Проблемите с недостатъчното финансиране на здравеопазването, които са една от причините за корупция, се решават с подходящи за конкретната ситуация механизми. В практиката широко приложение намира намаляването на гарантирания пакет здравни услуги. Неговата алтернатива е запазване на съществуващия пакет от медицински услуги, но съпроводено с увеличаване размера на публичното финансиране. Другият подход е въвеждане на регламентирана система за споделяне на разходите в болничната помощ на базата на обявени цени от лечебното заведение за всяка медицинска услуга. При този вариант част от цената се заплаща от публични средства, а другата част лично от пациента (кеш или от фонд за допълнително здравно осигуряване). Независимо от прилагания механизъм за финансиране на здравеопазването успехът на борбата с корупцията изисква наличието на ефективна система за санкциониране на установените нарушения.

При разработване на стратегия за намаляване нивото на корупцията в здравния сектор се залага създаването на няколко основни предпоставки за успех на водената антикорупционна политика:

- Въвеждане на система за разплащане в здравеопазването, която да е лесна за управление и контрол. Основен враг на добрите механизми за борба с корупцията е установяването на системата за финансиране, която е твърде сложна за управление или не е достатъчно усъвършенствана. Счита се, че залагането на по-прости и прозрачни процедури намалява възможностите извършване на измами.
- Ясно дефиниране и разделяне на функциите в сектора. От гледна точка подобряване на финансирането и организацията на ресурсите в здравеопазването се прилага разделяне на трите основни ресурсни фактора: източници за финансиране на цялата здравна система, разпределение на финансирането, използване на ресурсите за осигуряване на здравни услуги. Разделянето на трите основни функции в

сектора заедно с установяване на прозрачни механизми за движение на паричните потоци са важна част от антикорупционната стратегия.

- Създаване на независими финансиращи структури в здравеопазването. Проблемна област в страните от Източна Европа е създаването на структури като здравноосигурителни фондове и различни видове здравна администрация, които да са наистина независими от другите финансиращи звена в системата и същевременно да поддържат добро ниво на отчетност пред контролните органи. Наличието на зависимост между отделните финансиращи органи е благоприятна среда за развитие на корупционни практики.
- Въвеждане на ефективен одитен процес от страна на контролните органи. Проблемът в тази област се състои в липсата на краен резултат след разкриване на нарушенията. Много често агенциите, осъществяващи контрол, разкриват определена форма на корупция в здравеопазването, но не се налагат санкции или те са незначителни в сравнение с тежестта на деянието.

Борбата с корупцията е сложен и труден процес, който не винаги е по силите на една отделна държава. Страните осъзнават ползата от международно сътрудничество в областта антикорупционната дейност. Организации като Световната банка и OECD работят активно за повишаване капацитета на отделните държавни институции в здравеопазването за борба със специфичните прояви на корупция на пазара на здравни услуги.

IX. Ефективност и ефикасност на разходите за здравеопазване

Необходимостта от значителен ръст на здравните разходи в публичния сектор, застаряването на населението и ниският икономически растеж в много от страните от Европейския съюз обръщат общественото внимание върху ефективността и ефикасността на публичния сектор.

Ефективността на разходите в основните сектори, осигуряващи публични услуги - здравеопазване и образование, е особен акцент на съвременната икономическа политика. Причината е, че тези два сектора, при съвременното развитие на обществата, оказват все по-голямо влияние върху икономическото развитие и конкурентоспособността на страните, а същевременно поглъщат и голям дял от публичните ресурси. Във връзка с последното се смята, че проблемът със здравеопазването е по-сериозен, защото възрастовата структура на населението в развитите страни предполага значително нарастване на разходите за здравеопазване през следващите 2-3 десетилетия. Това налага търсене на подходящи методи и техники за анализ на обема и структурата на разходите в здравеопазването, на ефектите от една или друга разходна политика в сектора върху отделните целеви групи и обществото като цяло, както и за връзката между вложените ресурси на входа и получените резултати на изхода на системата.

За разлика от сектора на образованието, в здравеопазването стандартните техники за оценка на ефективността все още не намират широко приложение. Основните инструменти, които се използват за измерване на ефективността на здравните услуги, са анализът разходи-ползи, анализът разходи-ефективност и елементарните анализи на функцията на разходите.

Все пак в последните години започват да се използват широките възможности за анализ на микро и макрониво, които дават математико-статистическите методи за оценка на ефективността.

1. Методи за анализ на ефективността в публичния сектор

Тези методи се основават на три базисни измерителя за ефективността, които икономистите използват основно на макрониво. Първият е техническата ефективност, която се състои в оценка доколко производствените ресурси се използват по най-ефективния от технологична гледна точка начин. Иначе казано, техническата ефективност означава получаването на максимално количество продукт (стока или услуга) от влагането на определен набор от ресурси. В рамките на здравеопазването техническата ефективност се отнася до физическата зависимост между използваните ресурси (например капитал, труд, оборудване) и конкретен здравен резултат. Здравните резултати могат да бъдат определени както като междинни продукти (брой преминали болни, леглодни, време на изчакване и т.н.), така и като краен резултат (ниска смъртност, по-висока продължителност на живота).

Вторият измерител е разпределителната ефективност, която отразява способността на една организация да използва входящите ресурси в оптимални съотношения, имайки предвид техните относителни цени и производствената технология. С други думи разпределителната ефективност се отнася до избора между различните технически ефективни комбинации от входящи ресурси, използвани за получаването на максимално количество продукти (стоки или услуги).

Трето, взети заедно, техническата и разпределителната ефективност определят степента на производствена ефективност (позната още като абсолютна икономическа ефективност). Така, ако една организация използва ресурсите си напълно ефективно от техническа и разпределителна гледна точка, то тя е постигнала абсолютна икономическа ефективност.

Използването на трите измерителя се основава на построяването на производствена функция на една абсолютно ефективна организация, след което показателите на други организации се съпоставят спрямо тези на абсолютно ефективната. По този начин се определят и възможностите за оптимизиране използването на ресурсите във въпросните организации и получаването на по-висок резултат от дейността. Формирането на граничната функция разграничава и различни подходи за разглеждане на въпроса за ефективността. Един възможен подход е статистическият и е свързан със специфицирането на параметрична функция и разбиването на отклоненията от нея на два компонента – случаен и такъв, дължащ се на неефективността. Този подход позволява определянето на абсолютна икономическа ефективност на организациите (болници, лечебни заведения) спрямо определена база.

За разлика от статистическия подход, математическият търси да оцени ефективността на дадена организация по отношение на други организации в същата област. Този подход е много по-лесен за приложение, тъй като не предполага предварителното специфициране на хипотетична гранична функция. Тя се построява в зависимост от показателите на разглежданите организации в съвкупността (извадката). На базата на този подход са разработени и двата най-често използвани методи за анализ на ефективността – FDH и DEA анализа.

FDH и DEA анализа са непараметрични методи за определяне граници на ефективността и изчисляването на загубите на ефективност за вземащите решения единици. Двата метода първоначално са разработени и приложени в частния сектор за фирми, които преобразуват ресурси в продукти. Днес те са широко разпространени в световната теория и практика като едни от най-подходящите инструменти за анализиране на ефективността на училища, болници и други организации, финансирани с бюджетни средства. DEA и FDH са нестохастични методи за анализ, тъй като те предполагат, че всички отклонения от граничната функция (границата на ефективността) са резултат от неефективното функциониране на разглежданите единици.

При прилагането на FDH метода в началото се определят единиците, които формират границата на ефективност. Това са тези единици от множеството, за които не съществува друга единица, която да ги превъзхожда по икономичност на използваните ресурси и размер или качество на получения резултат. Останалите единици са неефективни, което означава, че за всяка от тях съществува поне една единица от границата на ефективността, която постига всеки от желаните резултати, използвайки по-малко количество от всеки от зададените ресурси. За всяка единица от разглежданото множество се изчисляват ресурсна и резултатна ефективност.

DEA метода предполага съществуването на изпъкнала “производствена граница”. Върху нея аналогично на метода FDH лежат най-ефективните единици от дадено множество. DEA метода има две разновидности – ресурсно ориентирана и резултатно ориентирана. Чрез първия вариант може да се определи с колко може да се намали потреблението на разглежданите ресурси, без да се променя полученият вече резултат. При резултатно ориентирания вариант се определя с колко може да се увеличи полученият вече резултат, без да се увеличава потреблението на

зададените ресурси, така че разглежданата единица да лежи на границата на ефективност (производствената граница). За да се измери числово възможността за намаление на потребените ресурси (увеличение на получения резултат), се изчисляват т.нар. технически ефективности с помощта на методите на аналитичната геометрия.

Всяка от разновидностите на DEA анализа може да се прилага при допускане за постоянна или променлива възвращаемост от мащаба.

DEA методът за сравнителна ефективност намира широко приложение при оценка на ефективността в здравеопазването. Той се прилага за болници, индивидуални и групови практики, дори за оценка ефективността на системата на здравеопазване на дадена страна. Основното предимство на метода е, че дава широка свобода при определянето на ресурсите и продуктите, при задаването на връзката между тях. Трудностите, свързани с измерването в областта на здравеопазването не осигуряват достатъчно информация за прилагането на традиционните статистически методи и затова налагането на някои ограничения чрез DEA анализа е приемливо, защото позволява да се разширят възможностите за общ анализ на резултатите от функционирането на здравната система.

За разширяване на аналитичните възможности, които дава DEA анализа, много често се използва двустепенна процедура за анализ на ефективността. На първия етап се изчислява ефективността на единиците по отношение на границата на ефективността. След това се търсят основните фактори, които оказват влияние върху тези резултати. Това позволява да се установят причините за различията в ефективността и да се предприемат коригиращи действия.

2. Анализът разходи-ефикасност в здравеопазването

Друг подход за анализ на ефективността в сектора на здравеопазването се основава на техниките за икономическа оценка. Икономическото оценяване е специфично изследване, което се концентрира върху връзката между предполагаемите ползи и необходимите разходи, свързани с определена програма в здравеопазването.

За да се прави икономическа оценка (анализ), са необходими две условия. Първо, трябва да има проблем, свързан с определен избор. В едно изследване за подобряване на качеството този проблем на избора се състои в съпоставяне на различни стратегии за подобряване на качеството или в една такава стратегия и алтернативата “да не се прави нищо” или “да се поддържа настоящата практика в здравеопазването”. Второ, при икономическия анализ трябва да се направи ясна връзка между ресурсите и свързаните с тях резултати.

Икономическият анализ, чийто фундамент са икономикса на благосъстоянието и теорията за оптимизацията, се използва в здравеопазването за оценка на различни програми и предлагане на възможности за решения още през 20-те години на 20 век. От тогава до днес методите за икономически анализ се използват широко във всички сфери на здравеопазването. Основните техники за икономически анализ, прилагани в сектора, са анализа разходи-ползи, анализа разходи-ефикасност и анализа разходи-ползност. Общото между тези техники е, че те всички сравняват разходи и ползи от различни програми в здравеопазването, като разходите се представят в парични единици. Различията са в начина на представяне на ползите. При анализа разходи-ползи ползите се представят в парични единици, при анализа разходи-ефикасност – в непарични (натурални) единици, свързани с конкретни здравни резултати, като например години допълнителен живот, дни без проява на симптомите, а при анализа разходи-ползност – години пълноценен живот (без заболявания), като този

показател обединява две натурални измерения на резултата: очаквана продължителност на живота и обвързано със здравето качество на живот. Трудностите при остойностяване на ползите в здравеопазването налагат по-широкото приложение в практиката на анализа разходи-ефикасност и на производния му анализ разходи-ползност.

Целта на анализа разходи-ефикасност е максимизирането на ползите – здравните резултати – по отношение на наличните ресурси. Затова на първо място ресурсите следва да се остойностят, т.е. да се определят разходите по програмата. При анализа разходи-ефикасност обикновено се разграничават преки и косвени разходи, свързани с конкретната здравна програма, както и т.нар. неосезаеми разходи, които най-трудно се квантифицират, но тъй като често са следствие от интервенцията, следва да бъдат включени в профила на разходите. Така най-общо разходите, които се включват в анализа, са следните:

- Преки разходи: медицински: лекарства, персонал, оборудване; разходи на пациентите: транспорт, доплащания.
- Косвени разходи: производствени загуби, други разходи на време.
- Неосезаеми: болка, страдания, обратни ефекти.³⁸

За постигането на оптимално разпределение на ресурсите анализът разходи-ефикасност се прилага на основата на следните правила за вземане на решения:

- Вземащият решение е изправен пред няколко независими програми в областта на здравеопазването плюс групи от взаимно изключващи се програми – разграничението на програмите на независими и взаимно изключващи се е изключително важно за резултатите от анализа. Независими програми са тези, които преследват различни цели и разходите и ползите от една програма не засягат разходите и ползите на никоя друга. Взаимно изключващи се са програми, които преследват една и съща цел и при които реализирането на една програма означава, че друга не може да се предприеме.
- Обикновеният коефициент разходи-ефикасност има вида:

$$CER = \frac{\text{Разходи} \cdot \text{по} \cdot \text{програмата}}{\text{Здравни} \cdot \text{ефекти} \cdot \text{от} \cdot \text{програмата}}$$

Диференциалният коефициент разходи-ефикасност е произведен от обикновения и показва с колко трябва да се изменят разходите, за да се повиши/намали здравния ефект от програмата с 1 единица. Този коефициент може да се използва за сравняване на взаимно изключващи се програми:

$$ICER = \frac{\text{Разлика} \cdot \text{в} \cdot \text{разходите} \cdot \text{между} \cdot \text{програми} \cdot P1 \cdot \text{и} \cdot P2}{\text{Разлика} \cdot \text{в} \cdot \text{здравните} \cdot \text{ефекти} \cdot \text{между} \cdot \text{програми} \cdot P1 \cdot \text{и} \cdot P2}$$

Изчисляването на ICER за всеки проект позволява да се ранжират проектите според тяхната ефективност и според наличните ресурси да се избере най-подходящия.

- Програмите се ранжират от гледна точка на техния коефициент разходи-ефикасност и се селектират до изчерпване на бюджета.

³⁸ Phillips, C., Thompson, G, What is cost-effectiveness?, 2001

- Алтернативният вариант е да се определи стандартна цена за единица ефикасност и всички програми с по-нисък коефициент разходи-ефикасност да се реализират.

Следва да се отбележи, че горната процедура води до оптимално разпределение на ресурсите само, ако са спазени две ключови условия: програмите да се идеално разграничават и да е налице постоянна възвращаемост от мащаба. Тези условия не винаги са налице, но въпреки това тяхното неизпълнение не се смята за сериозен недостатък на анализа разходи-ефикасност.

Това, което поражда по-сериозни проблеми в практиката на здравеопазването, е несигурността за размера на разходите и резултатите от провежданите програми. Затова при разглеждането на определен набор от програми в здравеопазването е необходимо, с оглед осигуряването на по-пълна информация за вземащите решения, да се направи анализ на чувствителността на получените резултати. Целта на анализа на чувствителността е да определи кои параметри на програмата влияят най-силно върху показателите за ефективност на дадена програма, създава ли това възможности за промяна в избора и ако е необходимо къде да се насочат коригиращите въздействия. При анализа разходи-ефикасност обикновено се изследва директно чувствителността на коефициента CER спрямо отделните компоненти на разходите и ефектите от дадена програма в здравеопазването.

Изводи за анализа разходи-ефикасност

Анализът разходи-ефикасност е полезна широко прилагана техника за подпомагане на процеса на взимане на решение. Въпреки това при нейното използване трябва да се имат предвид следните въпроси:

- Анализът разходи-ефикасност показва коя от редица алтернативни програми дава най-добрата стойност за вложените пари, но не е подходящ, когато трябва да се правят сравнения между различни области на здравеопазването. За да се знае кои области на здравеопазването могат да осигурят най-голяма полза, трябва да се прави анализ разходи-ползност, използващ единен показател за измерване на резултатите в различни области на здравеопазването. Ако е необходима информация за това коя програма ще доведе до цялостна икономия на ресурси, най-добре е да се направи анализ разходи-ползи.
- Качеството на анализа разходи-ефикасност силно зависи от качеството на използваната информация, поради което всеки анализ разходи-ефикасност трябва да бъде съпроводен от подробен анализ на чувствителността за проверка на степента, до която използваните параметри засягат получените резултати.
- Описаният анализ разходи-ефикасност използва като критерий за вземане на решение единствено ефективността. В сектори като здравеопазването не по-малко важен критерий при вземане на решение е справедливостта. Затова, за да се инкорпорират ефективността и справедливостта в една техника се правят опити да се прилага една усъвършенствана разновидност на анализа разходи-ефикасност, при която се включват т.нар. разпределителни тегла. Те изразяват степента, до която обществото е готово да жертва здравните резултати, за да постигне справедливост. Колкото по-голямо е теглото за справедливост, толкова повече здравни ефекти е готово да жертва обществото за постигане на повече справедливост. Приложението на разпределителните тегла означава

претегляне на здравните ползи в зависимост от характеристиките на бенефициентите. Тогава целта при разпределението на ресурсите е да се максимизира справедливо претеглената сума от здравните ефекти. Прилагането на тази разновидност на анализа разходи-ефикасност засега среща сериозни трудности, защото не е открит обективен подход за определяне на теглата за справедливост, поради което в практиката все още се прилага основно класическия вариант на техниката.

3. Подходът на Световната здравна организация³⁹

Световната здравна организация използва системен подход, при който на базата на основните цели на здравните системи се извеждат основните показатели за оценка на тяхната ефективност. Тези показатели се обобщават в един синтетичен показател за ефективност, който съизмерен с вложените ресурси, дава обща оценка на ефикасността на цялата система спрямо системите на други страни. В изследването, което СЗО прави са включени 191 страни, включително България, което осигурява големи възможности за анализ и сравнения.

Според доклада на СЗО оценката за функционирането на една здравна система е свързана с отговорите на два важни въпроса. Първият е как да се измерят интересуващите ни резултативни показатели, т.е. да се определи какво е постигнато спрямо основните цели в сектора. Вторият е как да се сравнят тези постижения с потенциала на системата, т.е. с най-доброто, което може да се постигне с наличните ресурси.

Отговорите на тези два въпроса изискват първо да се дефинират целите на здравната система. СЗО дефинира три фундаментални цели на всяка здравна система и оценява страните-членки според това доколко са постигнали тези си цели, съотнесено към ресурсите, с които разполагат. Първата и безспорно първичната цел на всяка здравна система е по-доброто здраве на включените в нея. Тъй като здравеопазването може да бъде изключително скъпо, а нуждата от него – непредсказуема, изключителна важност придобиват механизмите за управление на риска и финансовата защита. Затова втората цел на здравните системи е справедливостта в системата на финансиране. Тя е свързана със заплащане според възможностите на участниците и потребление според нуждите. Третата цел – адекватността на системата спрямо очакванията на хората по въпроси, несвързани със здравето – отразява важността от уважаване на човешкото достойнство, независимост и конфиденциалност на информацията.

Оценката на дадена здравна система се основава на показатели, индикиращи директно постигането на посочените три цели. Всички други цели като достъп, устойчивост, качество на системата са важни, но по своето съществуване са междинни спрямо постигане на крайните цели - здраве, справедливо финансиране и адекватност на системата. Така че, ако тяхното постигане може да се измери, междинните цели стават ненужни посредници в процеса на оценяване.

Една добра здравна система, преди всичко, допринася за доброто здраве на хората. Но не винаги е задоволително да се опазва или подобрява общото здравно равнище на населението, ако в същото време неравенството се задълбочава или остава силно изразено, защото ползите се разпределят непропорционално към хората с по-добро здравословно състояние. Здравната система следва да се стреми да намали различията като приоритетно се стреми да подобри здравето на хората в най-тежко състояние. Така здравето като цел има два аспекта: най-високото постижимо средно

³⁹ World Health Organization, The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, 2001

ниво – резултатност и най-малките възможни разлики между индивиди и групи – справедливост.

Резултатността означава, че системата като цяло отговаря добре на косвено свързаните с предоставяната услуга очаквания на хората. Справедливостта означава, че системата отговаря еднакво добре на потребностите на всеки без разлики в начина на обслужване на хората.

В противовес на целите добро здраве и адекватност по отношение на финансирането не съществува идея за резултатност. Има добри и лоши начини за набиране на ресурсите в здравната система, но те са повече или по-малко добри заради начина, по който засягат справедливостта при разпределяне на финансовото бреме. Справедливостта на финансирането е свързано само с начина на разпределение на финансовите ресурси. То не е свързано с общия размер на ресурсите, нито с начина на използването им. Докато безспорно е по-добре системата да осигурява по-добро здраве и да бъде адекватна, то не винаги е по-добре да се харчат повече пари за здравеопазване, тъй като при високи равнища на разходите може да има малка пределна полза от допълнително увеличение на ресурсите.

Измерване постигането на целите

За да се оцени една здравна система, трябва да се измерят най-общо пет показателя: общия здравен статус; разпределението на здравето между населението; общото равнище на адекватност; разпределението на адекватността; и разпределението на финансовото бреме.

Едни от най-често използваните, но частични измерители на здравния статус, са вероятността за смърт преди навършване на 5 години или между 15 и 59 години, очакваната продължителност на живота при раждане. Всеки от тези измерители сам по себе си е недостатъчен за обобщаване здравния статус на населението. За извличане на коефициент, който да отразява здравния статус на населението, могат да се използват два подхода. Първият се състои в сравняване на набора от заболявания и измерва загубите на добро здраве и продължителността на живота без болести. Вторият е да се конструира измерител за очакваната продължителност на живота, коригиран с цел отразяване на времето, преживяно с някаква болест.

Чрез използване на тези два подхода са формулирани някои обобщени показатели за здравната система, сред които основно се използват коригирани години без заболявания и коригирана очаквана продължителност на живота в добро здраве. Последният показател е предпочитан в анализите на СЗО, защото не изисква много параметри при изчисленията и е директно сравним с по-популярния възглед за очаквана продължителност на живота без корекции. Коригираната очаквана продължителност на живота в добро здраве се оценява от три вида информация: дела на населението, доживяло до определена възраст, изчислено от нормите на раждаемост и смъртност; преобладаващия тип физическа инвалидност при всяка възраст; и теглото за всеки вид инвалидност, което с възрастта може да варира. Годишите на оживелите от дадена възрастова група се намаляват със сумата на всички ефекти от физическата инвалидност, всеки от които е произведение от тегло и добавка за разпространението му. Докладът на СЗО показва, че корекцията на очакваната продължителност на живота е около 7 години средно за всички разглеждани страни, като за по-богатите с по-ниска смъртност страни е малко по-ниска.

Като характеристика на разпределението на здравето в отделните страни СЗО използва индекса равенство на оцелелите деца (equality of child survival), който

използва разпределението на детската раждаемост и смъртност. Конструираният индекс е в границите 0-1, като колкото по-близо е индекса до 1, толкова по-малко е неравенството в здравния статус на населението от една страна.⁴⁰

Най-добри постижения по показателите за здраве от включените в проучването 191 страни показват развитите страни като Япония, Австралия, Франция, Швейцария, Холандия и Скандинавските страни. По показателя коригирана очаквана продължителност на живота България е на 60-о място, а по показателя за равенство в здравния статус на 53-о. Коририганата очаквана продължителност на живота за нашата страна е 64.4 години (1999), а за страната класирана на първо място – Япония този показател е 74.5 години или с около 16 % по-висока.

Адекватността като възглед може да се декомпозирана по много начини. Едно базисно разграничение е между елементите, свързани с уважението на човека като личност, което е чисто субективно и се определя основно от самия пациент и по-обективното измерение на това как системата посреща определени често изразявани опасения на пациентите и техните семейства като клиенти на тази система. Отделянето на тези две категории води до седем различни аспекта на адекватността.

Уважение към човешката личност:

- ⊕ Уважение към достойнството на личността – най-общо това означава да не бъде унижаван пациента.
- ⊕ Конфиденциалност или правото да се определя кой да има достъп до личната здравна информация на даден човек.
- ⊕ Независимост при избора, касаещ личното здраве – включва подпомагане на пациента да избере какво лечение да получи или да не получи.

Ориентацията към клиента включва:

- ⊕ Навременна грижа: незабавно обслужване при спешни случаи и разумни срокове на изчакване при случаи, които не са спешни.
- ⊕ Удобства с адекватно качество, като чистота, храна и пространство
- ⊕ Достъп до социални контакти (семейство, приятели) за хората, получаващи здравни грижи.
- ⊕ Избор на доставчик на услугата.

В своя доклад Световната здравна организация дава тегло на всеки от тези отделни елементи или аспекти на адекватността, с които претегля оценките им и получава обобщен показател за адекватността на здравната система. За справедливостта в системата по отношение на адекватността се използва разпределението на оценките за елементите на адекватността на системата по групи в обществото. Смята се, че колкото по-малки са отклоненията в оценките между отделните групи, толкова по-справедлива е здравната система към участниците в нея.

По показателите за адекватност България заема 161-о място от 191 страни, като по-добри показатели за адекватност на системата показват редица слабо развити бедни страни от Африка и Азия и почти всички страни от Източна Европа. Най-висока оценка за адекватност на системата имат най-силно развитите в икономическо отношение страни – САЩ, Канада, Скандинавските страни, страните от Западна Европа, Япония и Австралия.

⁴⁰ Тенденцията в бъдеще е в своите анализи СЗО да използва разпределението на показателя коригирана очаквана продължителност живота като мярка за различията в здравния статус на населението.

Справедливото финансиране, което е третата цел и основно измерение за общото състояние на една здравна система, кореспондира с разбирането, че рисковете, които всяко домакинство среща по отношение на разходите за здравната система, се разпределят според възможността за плащане, а не според риска на заболяването, т.е. една справедливо финансирана система осигурява финансова защита за всеки. Здравна система, при която някои хора или домакинства понякога влошават финансовото си състояние поради заплащането на някаква необходима здравна грижа, е несправедлива. Тази ситуация е характерна за повечето бедни и някои средно и много богати страни, в които една част от населението е недостатъчно защитена от финансови рискове.

Според гледната точка на СЗО, застъпена в Доклада за световното здраве, заплащането за здравеопазване е несправедливо най-малко по две причини.

1. То може да изложи домакинствата на големи неочаквани разходи, т.е. разходи, които не могат да се предвидят и трябва да бъдат допълнително поети в момента на използване на услугата, вместо да са покрити от някакво предварително плащане.

2. Заплащането може да има регресивен характер, при което хората с най-ниски финансови възможности да плащат пропорционално повече от тези с по-големи доходи.

Първият проблем се решава чрез минимизиране на доплащанията в системата и поставянето ѝ в условия да разчита колкото се може повече на предварителните вноски на осигурените. Вторият проблем се решава чрез въвеждането на прогресивни или най-малко неутрални вноски по отношение на дохода, свързани с възможността за плащане, а не със здравния риск. Така справедливостта във финансирането е съвместима най-вече с по-голям дял и прогресивно предварителното плащане в системата за сметка на доплащанията. Затова като измерител на справедливостта във финансирането на здравната система, СЗО използва индекс за дела на здравните плащания към общите разходи на домакинствата без разходите за храна. Счита се, че начинът, по който се финансира здравеопазването, е абсолютно справедлив, ако делът на здравните плащания към общите разходи на домакинствата, намалени с разходите за храна, е идентичен за всички домакинства, независимо от техния доход, здравен статус или ползване на услугите на системата.

По показателя справедливост на финансирането България заема 170-о място, като заедно с Бразилия, Русия, Ямайка, Киргистан, Мексико, Непал, Никарагуа, Виетнам и Замбия е посочена като пример за държава, в която доплащанията в здравеопазването създават сериозен риск от обедняване на домакинствата. По методиката на СЗО най-справедливи от финансова гледна точка са здравните системи на страните от Западна Европа.

Общо състояние на системата: комбинация между резултатност и справедливост

За да се получи сравнимост между резултатите за отделните страни, получените показатели, касаещи трите основни цели на всяка здравна система, следва да се синтезират в един общ комплексен показател, разкриващ степента на постигане на целите от отделните здравни системи. Това става, като на показателите общо състояние на здравето на населението, разпределение на здравното състояние на населението, обща адекватност на системата, разпределение на адекватността и справедливост на финансирането, се присвоят определени тегла. Проведено е проучване сред 1006 респонденти от 125 страни относно относителната важност на всяка цел на здравната система, както и затова неравенството в коя от тях има най-

голямо значение. На базата на получените резултати са изведени тегла за всеки показател. Подобреното здраве като цел получава най-голяма тежест – 50 %, а адекватността и справедливото финансиране – по 25 %. Тежестите се разпределят поравно между показателите, характеризиращи целта.

Поради факта, че богатите страни като цяло се радват на по-добро здраве и поради това, че високите доходи позволяват по-високи разходи за здравеопазване, които са предимно предварително платени и публични, ранжирането на страните по общо постижение е тясно свързано с доходите и разходите за здравеопазване. Все пак поради високото тегло, което се дава на аспекта на целите, свързан с разпределението, се наблюдават различия в общия индекс за състоянието на здравната система в страни с идентични доходи. Такъв е случаят например с Япония и САЩ. Макар че доходите и разходите за здравеопазване и в двете страни са високи, японската здравна система има по-висок индекс за постижение, защото различията в стойностите на показателите за различните групи от обществото са по-малки. Комплексният подход за получаването на индекса за общото състояние на здравната система позволява той да агрегира в себе си голяма по обем информация и да предоставя широки аналитични възможности.

Като цяло индексът за общото състояние на здравната система, както и петте специфични показателя, които са включени в него, са абсолютни измерители за постиженията за здравната система. Общият индекс за постижение на системата показва доколко дадена страна постига различните цели, но не дава информация за това как този резултат се съпоставя с използваните от конкретната система ресурси. А реално постижението на системата, съотнесено към използваните ресурси, е критичният измерител доколко ефикасно функционира тази система.

СЗО използва обобщен коефициент за ефикасността на здравната система. Той се базира на изчисляването на горна и долна граница на показателя за постижение при наличното равнище на разходите за здравеопазване и човешките ресурси за дадена здравна система. На базата на изчислените горна и долна граница на производителността на системата се вижда каква част от потенциала си е реализирала тя. Резултатите от анализа, направен от СЗО на 191 страни, показват, че по-високите разходи за здравеопазване са свързани с по-добри здравни показатели, дори когато ефикасността на системата се разглежда спрямо разходите, а не абсолютно. Затова и в проучването на СЗО най-развитите в икономическо отношение страни имат най-добър показател за ефикасност на здравната система, въпреки че в сравнение с показателя за постижение има известни вътрешни размествания в класирането им. По общ показател на ефикасност България е на 102-о място със стойност на показателя 0.639.

В обобщение по въпроса за ефективността на здравеопазването може да се каже, че методите за нейното измерване тепърва се разработват и развиват и се очаква все по-сериозното им приложение в практиката, тъй като въпроса с разпределението на ресурсите в публичния сектор става все по-актуален и важен при определянето на общото благосъстояние на обществото. Безспорно е, че връзките и зависимостите в здравеопазването трудно се поддават на формализация поради естеството на явленията, които трудно се квантифицират. Преплитането на множество фактори, оказващи влияние върху резултатите в сектора, прави сложно конструирането на модели, които пълно да описват връзката между изследваните явления. Въпреки това комплексните взаимоотношения в сектора на здравеопазването и разностранните му връзки със заобикалящата среда не трябва да служат като оправдание за липсата на изследвания за ефективността му. Липсата на такива изследвания, особено в страни като България, както и на точна и обективна

информация и анализ на процесите в здравеопазването са едни от основните причини за влошаване адекватността на системата към пациента през последните години и за загуба на голяма част от обществените ресурси, които се отделят в сектора на здравеопазването.

ЧАСТ ВТОРА

Концептуален преглед на
управлението и финансирането на
здравеопазването в България

Въведение

Втората част на настоящия преглед има за цел да проследи причинно-следствената връзка от икономически характер, която определя трудностите, проблемите и възможностите на системата на здравеопазване в България. Заедно с това е направен кратък финансов анализ на действащия здравен модел и неговите основни подсистеми. Необходимо е да се отбележи, че анализът не претендира за извеждане на уникални заключения за състоянието и възможностите на здравния сектор в България, не на последно място и поради факта, че здравната система в България има някои от характеристиките на “черна кутия”, в резултат на дефицита на публична аналитична информация

Общи констатации за състоянието на здравеопазването в България

Състоянието на българския здравноосигурителен модел се характеризира със следните проблеми:

- Несъвместимост на интересите на осигурените, осигурителите и доставчиците на здравни услуги;
- Неудовлетвореност на потребителите на медицински услуги;
- Дефицит на публичен финансов ресурс;
- Недостатъчен управленски капацитет и неефективна здравна инфраструктура;
- Значителен неформален сектор, който е трудно и скъпо да бъде обхванат;
- Нарастваща тенденция за концентрация на здравната помощ основно в градските райони;
- Ограничена конкуренция, слаби регулации, които водят до увеличение на разходите, без необходимото подобряване на здравните услуги;
- Невъзможност на пациентите да участват активно при вземане на решенията за разпределение на ресурсите и при определяне на изискванията към качеството на здравната услуга.
- Спад в качеството на здравното обслужване, въпреки високата квалификация на лекарския персонал;
- Дисбаланс във финансирането на отделните подсистеми, резултатът от което е хронично недофинансиране на болничната помощ, и като цяло, неефективно изразходване на ограничените ресурси;
- Съществени диспропорции в нивото на заплащането на лекарския персонал в различните подсистеми, генериращ корупционни стимули;
- Високи нива на нерегламентираните плащания - неприемлива практика, както от гледна точка на пациентите, така и от страна на лекарите;
- Критическа липса на адекватна лекарствена политика, водеща до сериозни проблеми в лечението на социално-значими заболявания.

I. Обективни предпоставки за състоянието на здравеопазването в България

1. Икономически условия обуславящи състоянието на здравеопазването

От гледна точка на икономиката на здравеопазването размерът на общите ресурси, отделяни за производството и доставката на тази основна публична услуга, се определя от икономическия капацитет и потенциал на всяка страна. Според икономистите, в богатите страни е налице висока еластичност на разходите за здравеопазване по отношение на националния доход или брутния вътрешен продукт, т. е. богатите страни харчат пропорционално повече за здравни услуги (имат се предвид общо публичните и частните ресурси). За бедните страни еластичността е близка до 1, докато за САЩ, Франция и пр. за всеки 10% нарастване на БВП се наблюдава около 12.5% нарастване на брутните ресурси, отделяне за здравеопазване (еластичността е 1.25).

Във връзка с това се налага кратък преглед на състоянието на българската икономика, което предопределя размерът на брутните (публични и частни) ресурси, отделяни за здравеопазване.

1.1. Макроикономическа обстановка

Постепенното икономическо оживление, за което говорят основните макроикономически показатели и което може да повиши ресурсите за здравеопазване, започва едва след финансовата, икономическата и политическата криза в края на 1996 г. и началото на 1997 г. Въведеният валутен съвет в България през юли 1997 г. осигурява условията за постигане на устойчив икономически растеж.

Средният темп на прираст на реалния брутен вътрешен продукт за периода 1998 - 2004 г. (Таблица №1) е 4.4 % и е значително по-висок от средния за страните от ЕС. През 2004 г. реализираният ръст за България е 5.6 % при среден за ЕС от по-малко от 1 %. Високият ръст на инвестиционната част на БВП може да се разглежда като индикатор за бъдещо възстановяване на инвестиционната активност на местните и чужди предприемачи в българската икономика.

В последните няколко години, в България годишната инфлация се запазва на относително постоянни нива от 4-5 %, като само през 2003 г. натрупаната инфлация достигна 5.6 % главно вследствие на нарасналите цени на енергоносителите и телефонните услуги.

Провежданата от правителството консервативна фискална политика доведе до значително намаляване на бюджетния дефицит.

В същото време България все още не е постигнала макроикономическите условия, при които здравноосигурителните системи проявяват своите обективни преимущества.

Показател за това е, че брутният вътрешен продукт на глава от населението (по паритет на покупателните сили) в България е около 28 % от този на страните от ЕС. Равнището на инвестициите в основен капитал (% от БВП) в България е по-ниско от средното за евро-зоната, независимо от това, че в близките няколко години България съществено ще се доближи до това равнище. Също така равнището на спестяванията е по-ниско от това на евро-зоната, много по-ниско е и равнището на

брунтните разходи за инвестиции в R&D в сравнение със заложеното в Стратегията от Лисабон за създаване на икономика основана на знанието. Безработицата, макар че достига рекордно ниско равнище от 12.86 % в края на 2003 г., и 12.16 % съответно за 2004 г., все още е значително по-висока от безработицата в страните от ЕС.

Таблица № 17 Основни икономически индикатори за България

Индикатор	Измерител	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Реален сектор								
БВП	ръст, %	4.0	2.3	5.4	4.1	4.9	4.5	5.6
БДС, селско стопанство	ръст, %	1.2	5.5	-10.3	0.3	5.5	-1.0	2.2
БДС, индустриален сектор	ръст, %	7.9	-6.3	10.6	4.1	4.6	6.8	5.3
БДС, услуги	ръст, %	0.6	5.3	6.7	4.7	5.1	4.0	6.0
БДС, частен сектор	ръст, %	5.6	7.7	14.3	6.6	7.6		
БДС, публичен сектор	ръст, %	-2.1	-8	-11.4	-2.3	-2.7		
Крайно потребление	ръст, %	4	8.8	5.7	4.4	3.6	6.6	5
Индивидуално потребление	ръст, %	2.6	9.3	4.9	4.6	3.4	6.8	
Общо потребление	ръст, %	23.4	4.1	13.3	2.9	6	4.9	
Инвестиции	ръст, %	35.2	20.8	15.4	23.3	9.3	13.8	
Износ	ръст, %	-4.7	-5	16.6	10	7	8	13.1
Внос	ръст, %	12.1	9.3	18.6	14.8	4.9	15.3	14.1
БВП	млн.лв. (тек. цени)	22421	23790	26753	29709	32335	34410	38008
БВП	млн.дол. (тек. цени)	12735	12946	12597	13599	15651	19860	24131
БВП на човек от населението	долари, тек.цени	1542	1577	1542	1705	1995	2546	3411
Реален БВП на човек от населението (ППС)	ЕС15=100, %	28.06	28.16	25.53	24.65	24.75		
БДС, частен сектор	%, БВП	55.8	57.1	61.6	63.4	64.2		
Инфлация	ИПЦ	1	6.2	11.4	4.8	3.8	5.6	4.0
Безработица, регистрирана	%	12.2	16	17.9	17.3	16.3	13.52	12.16
Фискален сектор								
Дефицит/Излишък по консолидирания бюджет	млн.лв.	286.7	40.0	-170.1	-179.9	-209.2	0.9	655.6
Финансов сектор								
Валутни резерви	млн.лв.	5119	6272	7273	7943	8947	10382	13242
Валутни резерви/парична база	%		155.3	151.6	131.7	133.6	129.3	128.6
Валутни резерви/широки пари	%		83.2	73.8	64.1	64.6	62.7	64.9
Външен сектор								
Текуща сметка	млн.дол.	-61	-652	-704	-888	-827	-1666	-1806
Текуща сметка	%/БВП, годишно	-0.5	-5	-5.6	-6.5	-5.3	-8.4	-7.5
Преки чуждестранни инвестиции	%/БВП, годишно	4.4	6.4	8.1	5.9	5.9	10.5	10.9

Източници: АИАП, МФ, БНБ, НСИ

1.2. Социална и демографска среда

Социалната и демографска среда в България през последното десетилетие се характеризира с особености, типични за повечето страни в преход от планова към пазарна икономика. Те следват основните процеси в икономическото развитие: рязко намаляване на жизнения стандарт на населението, разширяване на бедността, високи нива на безработицата. Посочените процеси пряко рефлектират върху сектора на здравеопазването и определят необходимостта от увеличаване на финансовите ресурси за здравеопазване от една страна, а от друга – ограничават възможните решения за набавяне на тези ресурси.

Основните демографски и социални тенденции са представени в приложената таблица:

Таблица № 18 Основни демографски и социални показатели на България за периода 1990 - 2003 г.

Показатели	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1. Население, хил.	8669.3	8595.5	8484.9	8459.8	8427.4	8384.7	8340.9	8283.2	8230.4	8190.9	8149.5	7891.1	7845.8	7801.3
2. Раждаемост	12.1	11.1	10.4	10.0	9.4	8.6	8.6	7.7	7.9	8.8	9.0	8.6	8.5	8.6
3. Смъртност	12.5	12.8	12.6	12.9	13.2	13.6	14.0	14.7	14.3	13.6	14.1	14.2	14.3	14.3
4. Естествен прираст	-0.4	-1.7	-2.3	-2.9	-3.8	-5.0	-5.4	-7.0	-6.4	-4.8	-5.1	-5.6	-5.8	-5.7
5. Коэффициент на безработица	1.7	11.1	15.3	16.4	12.8	11.1	12.5	13.7	12.2	16.0	17.9	17.9	16.3	13.5

Източник: Статистически годишник 2004, Национален статистически институт

Забележки:

*Данните за население са в хиляди души

**Данните за раждаемост, смъртност и естествен прираст са в промили.

Статистическите данни показват трайна тенденция към намаляване на броя на населението на страната. Анализът на параметрите на отрицателния естествен прираст показва, че обективният демографски процес за намаляване броя на децата ще продължи и през следващите години.

Застаряването на населението поставя остро проблема за допълнително натоварване на здравната система, в резултат на повишената заболяемост на населението над 65 годишна възраст. Проблемите в тази насока са свързани с дългосрочното планиране на допълнителен финансов ресурс, който да осигури нормалното функциониране на системата.

1.3. Пазар на труда

Развитият и ефективен пазар на труда е основна предпоставка за ресурсната осигуреност на системата за здравно осигуряване.

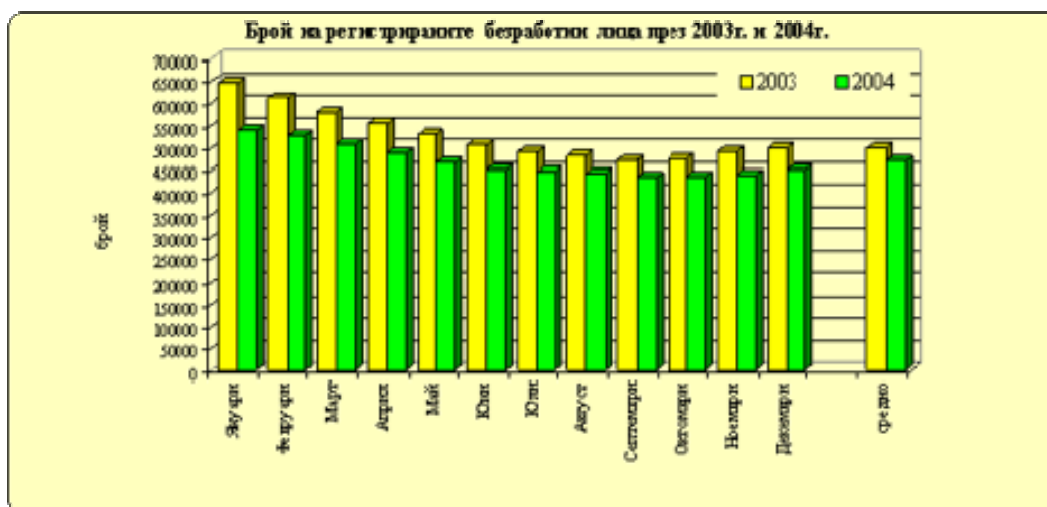
Икономическата конюнктура през последните 2-3 години стимулира заетостта в страната. В резултат се увеличава и броят на заетите лица. Според данните от наблюдението на работната сила, провеждано от Националния статистически институт, заетите лица (средно за 2004 г.) са 2 922.2 хил.души, с 88.2 хил. (или 3.11 %) повече спрямо 2003 г. и със 183.4 хил. (или 6.6 %) повече спрямо 2002 г. Това оказва позитивно влияние върху един от основните показатели за ефективността на пазара на труда – коефициентът на заетост, който за последните 2 години е нараснал с над 3 % и през 2004 г. достига равнище от 43.7 %. Въпреки това коефициентът на заетост в страната е все още значително по-нисък от този в страните от ЕС, където средната му стойност за 2003 г. възлиза на 62.9 %.

От общия брой на заетите лица у нас около 66 % се отнасят към частния сектор, като от тях 1448.4 хил. (78.1 %) са наети, 101.3 хил. (5.5 %) са работодатели и 252.3 хил. са самостоятелно наети. Като цяло частният сектор е основният генератор на работни места и на него главно се дължи увеличаването на заетостта. По този начин частният сектор и работодателите в него са основната активна част в икономиката, която осигурява приходите на здравноосигурителната система.

Вторият основен показател за състоянието на пазара на труда – безработицата, също показва положителна тенденция на развитие, изразяваща се в устойчиво намаление от 2002 г. насам. Така през 2004 г. средногодишният брой на безработните достига най-ниската си численост от 1999 г. до сега – 469 223 души. Намалението спрямо 2003 г. е 58 818 души, а за последните три години е 186 775 души или 28.5 %. Средната безработица за 2004 г. е 12.67 % и въпреки че е

значително по-ниска от средната за 2003 г. (14.25 %), тя остава на нива далеч по-високи от средните за страните от ОИСР (6.7 %) и ЕС (8.9 %).

Графика № 2



Източник: Агенция по заетостта, Годишен обзор на пазара на труда (2004 г.)

Намаляването на безработните през последните години е обусловено от запазването на благоприятното съотношение между входящия и изходящия поток от безработни лица в бюрата по труда. Спадът на безработните е резултат от макроикономическата стабилност в страната, от по-високото търсене на работна сила и от възможностите за осигуряване на заетост и квалификация чрез активната политика на Агенцията по заетостта и най-вече продължаващото приложение на Националната програма "От социални помощи към осигуряване на заетост". Въпреки това съществува необходимост от задълбочени оценки доколко ефективни са тези мерки в един по-продължителен период, поради отсъствието на дългосрочна обвързаност на стимулите, въведени чрез тези програми.

Териториалното разпределение на безработицата също оказва влияние върху развитието на здравноосигурителната система. Както се вижда от таблицата по-долу равнището на безработица се движи в широки граници в отделните области на страната. Голямата вариация от една страна ограничава общия финансов ресурс, с който разполага здравноосигурителната система, а от друга създава сериозни пречки пред образуването и ефективното функциониране на регионални здравноосигурителни каси като независими финансиращи институции.

Таблица № 19 Равнище на безработица по области през 2004г.

Области	%	Области	%	Области	%
1.Благоевград	9.11	11.Ловеч	14.58	21.Смолян	18.75
2.Бургас	8.88	12.Монтана	22.89	22.София град	3.44
3.Варна	9.77	13.Пазарджик	16.30	23.Софийска	12.81
4.Велико Търново	14.74	14.Перник	11.62	24.Стара Загора	11.46
5.Видин	21.48	15.Плевен	16.93	25.Търговище	27.70
6.Враца	18.73	16.Пловдив	10.93	26.Хасково	14.38
7.Габрово	7.69	17.Разград	20.72	27.Шумен	19.92
8.Добрич	15.87	18.Русе	13.85	28.Ямбол	17.41
9.Кърджали	13.86	19.Силистра	19.52	За страната	12.67
10.Кюстендил	11.85	20.Сливен	17.52		

Източник: Агенция по заетостта, Годишен обзор на пазара на труда (2004 г.)

Някои от структурните характеристики на безработицата у нас са:

- По-ниско равнище на безработица сред жените. Разликата в последните години намалява, но все още коефициентът на безработица при жените е по-нисък. Същевременно коефициентът на заетост при мъжете е по-висок от този при жените.
- Структурата по отношение на продължителността на периода на регистрацията разкрива устойчиво и високо равнище на продължителната безработица през последните години. И макар че в предходните две години има леко намаление, все още делът на продължително безработните в общата съвкупност на безработните продължава да е голям – 52.9 %. Запазва се тенденцията преобладаващата част от продължително безработните да са без специалност и професия (70.8 %) и с основно и по-ниско образование (68.8 %).
- Тенденциите във връзка с възрастовата структура показват, че след 1993 г. равнището на безработица сред лицата от възрастовата група между 15 и 24 години остава постоянно около 2 пъти по-високо в сравнение със същия показател за възрастовата група между 25 и 54 години.
- Ромското малцинство остава една от най-неравностойните групи на пазара на труда. Ниският образователен ценз и статут на заетост, както и концентрацията в някои области в упадък, допринесоха за драстичното увеличение на безработицата при тази етническа група през преходния период.⁴¹ Заедно с това трябва да се отчита факта, че нивата на безработица при малцинствените групи от ромски произход са в пряка зависимост от различните програми за социално подпомагане, които намаляват стимулите им за търсене на заетост.

От гледна точка на структурата на безработицата, високото ниво на безработните в млада трудоспособна възраст чувствително ограничава потенциала за нарастване на здравните вноски и утежнява допълнително високите разходи да държавния бюджет за заплащане на здравни осигуровки на незаетите лица.

1.4. Доходи на населението

Динамиката на доходите в България следва да се разглежда в зависимост от протичащите в реалната икономика процеси и на промените в различните сфери на обществения живот. Основните фактори, оказващи влияние върху формирането и изменението на доходите са:

- ✗ Производството
- ✗ Инфлацията
- ✗ Заетостта и безработицата
- ✗ Въвеждането на валутния борд в средата на 1997 г.
- ✗ Приватизацията и реструктурирането на икономиката
- ✗ Промените в данъчното и осигурителното законодателство

Посочените фактори определят потенциала за нарастване на влаганите публични и частни ресурси в здравната система тъй като моделират динамиката на доходите през периода 1995-2004 г. и в крайна сметка стоят в основата на очерталата се

⁴¹ Министерство на труда и социалната политика, Оперативна програма за развитие на човешките ресурси, 2003 г.

рестрикция на доходите, която лимитира потенциала за растеж на публичните и частните ресурси за здравеопазване.

Промените в производството, собствеността и в структурата на заетостта влияят както по отношение на динамиката на доходите на домакинствата през наблюдавания период, така и върху структурата на доходите като изменят тежестта и значението на едни елементи за сметка на други.⁴² От таблицата се вижда, че в разглеждания петгодишен период доходите на домакинствата от социални трансфери нарастват над 6%, докато доходите от работна заплата нарастват само с 2%, а тези от предприемачество – с малко над 2%. Тази структура на доходите на домакинствата показва, че потенциалът за нарастване на публичните ресурси за здравеопазване съществува главно в сегмента на бюджетните средства плащани за здравното осигуряване на социалните групи, получаващи социални трансфери и в значително по-ниска степен – в увеличаване на трудовите доходи и развитието на корпоративния сектор.

Таблица № 20 Основни елементи на доходите на домакинствата (проценти)

	1995 г.	2003 г.
Работна заплата	38.0	40.0
Социални трансфери (пенсии, обезщетения, помощи, семейни добавки)	17.2	23.7
Доходи от домашно стопанство	27.6	18.2
Доходи от допълнителна работа и предприемачество	5.9	8.02

Източник: Статистически годишник 2004 г., издание на НСИ

1.5. Влияние на пазара на труда и доходите на населението върху развитието на здравната система

Пазарът на труда и равнището на доходите в България оказват влияние върху здравната система по няколко направления:

- Високото равнище на безработица и значителният брой на пенсионерите сериозно утежнява държавния бюджет.
- Ниският размер на доходите ограничава приходната база на здравноосигурителната система и поражда стимули за избягване плащането на вноските.
- Ограничените ресурси, с които разполага системата налагат увеличаване на бюджетно финансиране на сектора, което би подкопало развитието на системата за социално здравно осигуряване като доминираща алтернатива за развитието на здравния модел.
- Състоянието на пазара на труда и доходите на населението съществено лимитират естествените, сравнително ясни възможности за увеличаване на публичните ресурси в системата, а именно – повишаването на здравната вноска. Размерът на вноската е компромис между необходимостта от по-голям ресурс в здравната каса и възможностите на гражданите и работодателите да плащат този разход. В Европейските

⁴² Пак там.

страни процентът на здравната вноска е значително по-висок. Като се има предвид и значително по-високото ниво на средната заплата, здравноосигурителни системи в тези страни разполагат с многократно по-големи ресурси.

2. Икономическа природа на системата за здравеопазване в България

България премина от бюджетно финансиране на здравеопазването към система на социално здравно осигуряване с един здравноосигурителен фонд. Този модел, характеризиращ се с монопол в сектора на задължителното здравно осигуряване, за европейските страни е екзотика, но за България е разбираем от гледна точка на потенциала за високи разходи на плуралистичните системи за здравно осигуряване.

Спорно е доколко въвеждането в България на системата за социално здравно осигуряване е своевременно, тъй като е съпроводено с редица структурни проблеми, които са до голяма степен общи за страните с недостатъчно високо икономическо развитие, а именно: ниски доходи на значителна част от населението, висока безработица, относително слаб корпоративен частен и обществен сектор и все още значителен неформален сектор. Тези обективни условия създават ограничения пред осигурителната политика и съответно пречат обществото да се възползва от преимуществата на тази система.

2.1. Обективни проблеми на здравноосигурителната система в България

Негативните естествени страни на икономиката на здравните системи и социалноосигурителните модели се проявяват в силна степен в българското здравеопазване. Необходимите коригиращи механизми все още липсват или са недостатъчни.

Обективният проблем с **асиметричността на информацията** и монополистическата конкуренция на пазара на здравни услуги се проявява в по-силна степен в страните с по-ниско икономическо развитие поради по-малките размери на пазарите, по-ниското образование и здравна грамотност на потребителите на здравни услуги и пр.⁴³

Другият основен проблем на тези пазари е **рискът**. Някои от основните класове болести налагат извършването на значителни разходи, които пациентите не са в състояние да покрият. В условията на развитите пазарни икономики високите рискове се разпределят между цялото население. Дори в развитите страни това разпределение е неперфектно⁴⁴, а в страни като България високите рискове не рядко остават частично или изцяло непокрити, което означава неадекватно лечение.

Икономическата природа на здравното осигуряване води до **бюрократизация на процесите на предоставяне здравната помощ**. Всяко конкретно отношение между лекаря и пациента е опосредствано от здравноосигурителния фонд, който плаща за извършена здравна услуга. Здравните услуги, в рамките на зададения обем, трябва да бъдат одобрени като подходящи за плащане от администрацията на НЗОК. По силата на тази организация пациентът няма отношение към разходите да медицинската помощ, която получава.

⁴³ Salop, S. 1976. Information and Monopolistic Competition, The American Economic Review, Vol. 66, N 2

⁴⁴ Incentives and Institutions in the Provision of Health Care in Developing Countries: Toward an Efficient and Equitable Health Care Strategy, Joseph E. Stiglitz Senior Vice President and Chief Economist, The World Bank IHEA Meetings, Rotterdam June 7, 1999

Както беше посочено в предишния раздел **обективно детерминираната по-висока цена на социалното здравно осигуряване** в сравнение с бюджетното финансиране на здравната система се дължи на това, че при системите на социално здравно осигуряване няма експлицитно ограничение на разходите, поради което доставчиците на услугите не са стимулирани да намаляват обема и цените на услугите, които се покриват задължително от здравната каса или държавния бюджет.

Един от най-съществените обективни дефекти на социалното здравно осигуряване, дължащ се на финансовия механизъм за осигуряване на принципа на солидарността, е **липсата на пряка връзка между разхода на пациента за получаване на медицинска помощ и качеството на конкретната здравна услуга** и невъзможността за контрол на тази връзка от страна на пациента.

Това означава, че здравната осигуровка не гарантира на осигуреното лице получаването на максимално качествената здравна услуга. Осигуреното лице не разполага с лостове да обвърже конкретния изпълнител на здравната услуга със своите изисквания за количеството и качеството на конкретната здравна услуга. Заедно с това, осигурителният институт, който закупува услугите за здравноосигурените, не разполага с механизъм за реален контрол върху здравния продукт, който всеки пациент получава.

В европейските страни с развити здравноосигурителни системи се предприемат мерки за коригиране на този дефект, но в България, в условията на монопол в сектора на задължителното здравно осигуряване не съществуват условия за това. Единственият начин потребителят на медицински услуги да изисква качество и да упражнява контрол на връзката “плащане – качество” е да заплаща директно стойността на медицинската услуга на изпълнителя на медицинска помощ. Тези предпочитания на гражданите са потвърдени от практиката и социологическите проучвания.

В същото време скептицизмът сред потребителите относно качеството на здравните услуги, които предоставя здравното осигуряване, има като резултат **слабото развитие на доброволното здравно осигуряване** в България.

Налице е **ниско ниво на познаване на природата и механизмите за управление на сложната здравна система** и висока степен на неинформираност за съществуващите опции за получаване на медицински услуги. Направените единични изследвания на общественото мнение в страната недвусмислено показват, че много голяма част от гражданите не само, че не са информирани за предназначението и функциите на здравноосигурителния фонд, но и не смятат, че той реално защитава техните права като потребители на здравни услуги.

Липсата на единна информационна система на здравеопазването, насочена към пациентите, и на каквито и да било форми за здравно образование на гражданите предопределят високата степен на несигурност относно подходящите здравни услуги, която се свързва с определени индивидуални щети за всеки човек. Това в крайна сметка води до по-голямо търсене на медицинска помощ.

2.2. Ефекти от функционирането на конкретния здравноосигурителен модел

От гледна точка на икономическата теория, след 1999 г. установеният в България модел на социално здравно осигуряване притежава характеристиките на “пълен професионален модел” на здравна система /Еванс, 1983 г./ Регулациите в здравната

система, установени от държавата, в значителна степен са неадекватни на сложната природа на пазара на здравни услуги.

Установените управленски отношения в системата осигуряват **доминиращата роля на лекарите и лекарското съсловие** във взаимовръзката между пациентите, лекарите, държавата и здравния фонд при определянето на здравната политика и нейната конкретна реализация. Потребителите на здравни услуги и социалният здравен фонд, като публична институция, представляваща интересите на пациентите при закупуване на здравните услуги, не са в състояние да упражнят ефективно своето право на участие при определяне на управлението и финансирането на здравеопазването. Пациентите не разполагат с лостове за въздействие с цел съблюдаване на техните интереси. Лекарите ефективно доминират както поведението на държавата при определянето на здравната политика, поведението на осигурителния фонд, така и поведението на доставчиците на медицински услуги – болничните заведения. Ефектът от регламентираните монополни позиции на лекарите нараства от естествените им монополни позиции при предоставяне на всяка медицинска услуга.

Наличието само на един здравноосигурителен фонд засилва допълнително доминиращата позиция на лекарите.

Монополът на здравната каса се съчетава с монопола на лекарското съсловие при определяне на входящите в системата ресурси и обема на медицинските услуги, произвеждани от системата ежегодно чрез **Националния рамков договор**.

Този механизъм създава предпоставки за **индуциране обема на здравни услуги**, в полза на доставчиците на тези услуги, извън размера на разполагаемите ресурси в системата, които са обективно лимитирани от капацитета на пазара на труда и икономическия капацитет на страната, а това в крайна сметка определя дефицитния характер на здравноосигурителния модел. Дефицитите са вътрешно присъщи на пълния професионален модел, тъй като не е налице обективен ограничител на стимулите за увеличаване на разходите, дори при евентуален по-висок обем публично финансиране.

В същото време не би било методологически правилно да се упреква лекарското съсловие, че се възползва от предоставените му на този етап монополни позиции. Още повече, че регламентираните доходи на изпълнителите на медицинска помощ са значително подценени от гледна точка на обективната висока потребителска стойност на продукта, който произвеждат.

Чрез своята доминираща позиция при управлението на здравеопазването, лекарското съсловие в БЛС, СС и здравната каса определят годишния обем на медицинските услуги, заплащани от касата и цените, по които това става при съществуващите обективни ограничителни условия на разполагаемия финансов ресурс на касата за определената година. В следствие от това се проявяват недостига в обема на платените от касата услуги, ограничения достъп при общопрактикуващите лекари, недостатъчния обем платени изследвания, ограничения брой направления за специализирани прегледи и пр.

Положителният ефект от тази практика, е че се увеличава потреблението на частни медицински услуги, в т.ч. и частни болнични услуги, което стимулира по-ускореното развитие на този сектор в последните няколко години.

Налице са **относително високи разходи за осигуряване дейността на здравноосигурителната система** и съществени проблеми при събирането на осигуровките, които се дължат на слабата инфраструктура и управленски капацитет

от една страна и на значителния сив сектор, безработицата, голям дял на населението в слабо развитите райони, чиято основната форма на икономическа дейност в тях е земеделие, от друга.

Значително се забавя развитието на качеството на мениджмънта в здравното осигуряване, от гледна точка качеството на договорите, надзора върху ползваните услуги и контрола върху разходите за избягване на измамите, въвеждането на индикатори за изпълнението и на регулации за дейността на доставчиците на здравни услуги. Необходимо е значително време и системни усилия за развитие на управленския и регулативен капацитет на осигурителната система.

Проблематично е практическото реализиране на теоретичната постановка за по-добро управление и по-успешен контрол върху разходите при един здравноосигурителен фонд. **Здравната каса не е принудена да контролира стриктно разходите** и да налага строга финансова дисциплина, напротив – в условията на твърде меки ограничения и доминация на лекарите върху поведението едновременно на касата, болниците и държавата, НЗОК изпълнява сложна балансираща посочените интереси роля, като все пак трябва да защитава и интересите на пациентите. В тази ситуация въпросът за ефективността на разходите на здравната каса е „неуместен”.

II. Система на здравеопазване в България – кратък преглед

1. Управление на здравната система

1.1. Развитие на нормативната база на здравеопазването

В периода до 1996 г. структурата на здравната система в България се основава на болнично и амбулаторно-поликлинично обслужване. Финансирането на системата се извършва за сметка на държавния бюджет. Управлението и контрола на системата се осъществява почти изцяло от държавата. Подходите, използвани в организацията и управлението на здравеопазването, са: **административният** (разработване на национални и регионални здравни карти, определяне количеството и дислокацията на основните категории здравни ресурси); **акредитационният** (степен на съответствие на определени параметри на болниците с определени изисквания); чрез определяне на стандарти (нормативно определени качествени параметри на болниците към конкретни изисквания).

Осигуреността на системата със съответните ресурси до 1996 г. може да се проследи от следната таблица:

Таблица № 21

Година	брой болници	брой болнични и легла	брой болнични легла на 100 000 души	брой лекари	лекари на 100 000 души	брой стоматолози	брой стоматолози на 100 000 души	брой мед. сестри	брой мед. сестри на 100 000 души
1980	247	78 430	885.06	21 796	245.96	4 839	54.61	45 449	512.88
1981	250	78 766	885.90	22 088	248.43	4 984	56.06	46 396	521.83
1982	250	79 247	888.67	23 081	258.83	5 201	58.32	47 369	531.19
1983	250	79 357	887.68	24 026	268.75	5 460	61.08	48 739	545.19
1984	251	80 315	896.30	24 718	275.85	5 623	62.75	49 643	554.01
1985	250	81 651	911.40	25 665	286.47	5 745	64.13	50 805	567.09
1986	247	84 668	945.21	26 451	295.29	5 844	65.24	51 339	573.13
1987	251	85 804	956.42	27 107	302.15	5 921	66.00	52 410	584.19
1988	257	85 864	956.02	27 750	308.97	5 953	66.28	53 203	592.37
1989	256	87 217	970.21	28 218	313.90	6 048	67.28	53 124	590.96
1990	256	88 027	979.08	28 497	316.96	6 109	67.95	53 810	598.50
1991	257	87 738	976.82	26 760	297.93	5 899	65.68	50 480	562.01
1992	275	87 165	1 020.64	27 039	316.61	5 705	66.80	50 230	588.16
1993	287	88 910	1 049.42	28 457	335.88	5 727	67.60	52 038	614.21
1994	284	86 092	1 019.61	28 094	332.73	5 540	65.61	50 773	601.32
1995	289	87 148	1 036.72	29 069	345.81	5 481	65.20	51 035	607.12
1996	288	87 549	1 046.89	29 592	353.85	5 493	65.68	51 109	611.15

Източник: *European health for all database (HFA-DB), World Health Organization*

През разглеждания период се забелязва нарастване в относителен размер на използваните ресурси за оказване на медицински услуги на населението. До 1990 г. легловият фонд се характеризира с нарастване в абсолютна стойност, след което търпи известни колебания в двете посоки. Съчетан, с отрицателния прираст на населението показателят „брой болнични легла” на 100 000 души бележи трайно нарастване.

Аналогични тенденции се забелязват и при останалите съотношения, характеризиращи осигуреността на системата с нефинансови ресурси. Наблюдава се нарастване на разглежданите показатели – лекари и медицински сестри на 100 000 души като за същия период намалява показателя при стоматолозите на 100 000

души. Тук в известна степен се проявяват недостатъците на съществуващата през този период система за планиране на ресурсите, която отново не отчита обективните тенденции в намалението на населението.

Законодателните промени в сектора започват от 1997 г. след неколкогодишни опити да се приспособи съществуващата здравна система (1990 - 1997 г.) към потребностите на обществото, обусловени от новосъздадените икономически отношения след 1989 г. Това забавяне на реформите дестабилизира системата, предизвиквайки нарушаване на връзките ѝ с обществото и води до намаляване на удовлетвореността на професионалисти и граждани.

Предприетите по-бързи стъпки за изменение на законовата база и управлението на системата от 1997 г. насам имат известни положителни резултати, създавайки нови икономически отношения в областта на здравеопазването. Въвежда се разделяне на функциите по финансиране, доставка и регулиране на здравните услуги и нови взаимовръзки между участниците в системата: **"потребител"** (граждани, пациенти), **"изпълнител/доставчик"** на здравни услуги (лекар, здравно заведение) и **"посредник"** (който купува здравните услуги от производителя и ги предоставя на потребителя при определени финансови условия). Схематично, промяната в отношенията между агентите в системата е обусловена от зададените нормативни рамки.

Правата и задълженията на потребителя са регламентирани от Закона за народното здраве (ЗНЗ) и Закона за здравното осигуряване (ЗЗО). Съществено значение имат правото на избор и достъп (на лекар, на здравно заведение), правото на запазване на тайната за здравното състояние на пациента от страна на медицинския персонал, правото на информирано съгласие за диагностика и лечебни процедури, защита от принудително настаняване в лечебно заведение и т. н.

Регламентите, засягащи доставчиците на медицински услуги, са уредени в Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ - 1999 г.), като всички лечебни заведения придобиват статута на независими икономически субекти. Заедно с това, със Закона за съсловните организации на лекари и стоматолози (ЗСО - 1998 г.), значителна роля е предоставена на съсловните организации Български лекарски съюз (БЛС) и Съюзът на стоматолозите в България (ССБ).

Дейността и организацията на посредниците се уреждат със ЗЗО (1999 г.) - със създаването на НЗОК като самостоятелна осигурителна организация за осъществяване на задължителното здравно осигуряване и възможности за корпоративно доброволно здравно осигуряване от акционерни дружества.

Отношенията между гореизброените пазарни субекти в сферата на здравеопазването се уреждат на основата на договори (регламентирани от ЗЗО) в съответствие със Закона за задълженията и договорите. Наред с това, отношенията между тях включват и възможността за определяне и регулиране на цените на здравните услуги, както и възможността за развитие на конкуренцията между доставчиците на здравни услуги.

Основната цел на провежданата реформа в сектора е създаването на сигурност за индивидуалното и общественото здраве чрез прилагане на принципите на равнопоставеност при ползване на здравни услуги, осигуряване на достъпна и качествена здравна помощ, промоцията на здраве, интегрираната профилактика на болестите и др. Акцентите са: от финансиране на структури към финансиране на здравната дейност, от администриране към управление с договори и от централизация към децентрализация.

Новите обществени взаимоотношения в здравната система налагат реформиране на нормативните разпоредби в сектора. Ефективността на дейностите в здравеопазването е в пряка зависимост от качеството на правните норми, които трябва да отразяват реалните отношения в обществения сектор. Задължително условие за постигане целите на реформата в българското здравеопазване е синхронизирането както между самите правни норми в даден нормативен акт, така и на отделните закони, които имат отношение към регулираната материя.

На този етап основните взаимоотношения и връзки в сектора на здравеопазването се регламентират от **Закона за народното здраве** до края на 2004 г. Реформата и новите реалности в тази сфера налагат приетия нов **Закон за здравето** /обн., ДВ, бр. 70 от 10.08.2004 г., в сила от 1.01.2005 г./, който да отговори на нуждата от ясни и точни регламенти в здравеопазването, осигуряващи равен достъп и качество на медицинските услуги. С него се дава изчерпателна правна уредба на широк кръг от въпроси, свързани с медицинската практика.

Със **Закона за лечебните заведения** /1999 г./ се регламентира устройството и дейността на лечебните заведения. Освен нормите, уреждащи създаването, устройството, функционирането, преобразуването или закриването на тези заведения, в закона се съдържат и правила, отнасящи се до взаимоотношенията между лечебните заведения и Националната здравноосигурителна каса.

1.2. Развитие на управлението на здравната система

Нормативното регламентиране на управлението на лечебните заведения се нуждае от значително усъвършенстване. Болничните заведения са търговски дружества и се подчиняват на разпоредбите на Търговския закон, включително и на разпоредбите за несъстоятелността по този закон. Към настоящия момент болничните заведения в страната, въпреки реализираните загуби и натрупани задължения, не са застрашени от фалит, тъй като законосъобразността е заменена с целесъобразност. Не може да се оспори важността на тази целесъобразност, но проблемите остават нерешени.

Основна причина за проблемите в управлението на болничните заведения е значителното забавяне на тяхната приватизация. Споровете дали да се въведат преференции за лекарите при приватизацията на болничните заведения или не стават причина за отлагане на процеса за дълъг период.

Държавната политика в болничните услуги трябва да включва съответните регламенти за приватизация на всички болници, с изключение на университетските, със запазване на "златна акция" за държавата за определен период от време.

Националната здравна карта урежда планирането и разпределението на лечебните заведения, съгласно чл.29, ал.1 от ЗЛЗ. Съгласно чл.33, ал.3, т.5 от ЗЛЗ, Националната здравна карта съдържа минималния брой лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ, с които НЗОК задължително сключва договори за оказване на медицинска помощ.

Настоящата здравна карта не е адекватна на потребностите от свободен достъп до здравна помощ. Налице е необходимост от оптимизиране на болничната мрежа, реструктуриране на здравните мощности в общините, създаване на стимули за равномерно разпределение на специализирания лекарски екип в различните населени места.

С цел оптимизиране структурата и организацията на здравните услуги е необходимо да се извърши анализ и оценка на проблемите в действащата здравна карта и да се формулират предложения за промени в нея, които да отразяват демографските

тенденции, инфраструктурните особености, равнището и структурата на заболяемостта и наличния кадрови ресурс.

Практиката показва, че връзката между първичната, специализираната и болничната помощ, платени от здравната каса, е значително бюрократизирана и усложнена. Това отнема значителен обем време, усилия и лични финансови средства на всеки пациент, който трябва да премине от общопрактикуващия лекар до болничното заведение. Възможността на различните социални групи за достъп до здравните услуги, финансирани от здравната каса, е неравнопоставен. Пациентите с по-висок социален статус и дефицит на време избягват екстензивния достъп до здравни грижи и не ползват здравните услуги, платени от НЗОК, независимо от това, че плащат здравни осигуровки. Пациентите без финансови възможности са принудени да изразходват значително време и да се справят с голям обем бюрокрация. От гледна точка на достъпа втората група пациенти би следвало да са по-удовлетворени от предоставяните от системата на задължително здравно осигуряване медицински услуги, което не е налице, поради посочените проблеми при получаване на здравната услуга.

Развитието на управленския модел на здравеопазването в България следва да отговори на следните приоритетни цели:

- Гарантиране правото на пациента на информация, представителство, защита и контрол – реалното му участие в процесите на вземане на решения при определяне на здравната политика и при договаряне на използването на публичен ресурс.
- Участие на всички заинтересовани страни в договарянето на параметрите на здравната политика.
- Ефективен контрол от страна на финансиращия орган върху резултата от работата на лечебните заведения.
- Действаща система от санкции при нарушения и некоректно поведение от страна на изпълнителите на медицинска помощ.
- Въвеждане на санкции за отговорност при управление.
- Въвеждане на Национални здравни сметки – единни стандарти за събиране на информация - вземане на управленски решения, основани на доказателства.
- Въвеждане на допълнителни регулации относно работата на здравноосигурителните фондове.
- Развитие на управлението на действащия здравноосигурителен модел.

2. Развитие на управлението на действащия здравноосигурителен модел

2.1. Установяване на системата на здравно осигуряване

С приетата през 1998 г. Националната здравна стратегия се дефинират шест основни приоритета на здравната система в условията на пазарна икономика:

1. създаване на условия за подобряване здравето на нацията;
2. развитие на структурно-институционалните промени на здравната система с оглед повишаване на нейната ефективност;

3. стабилизиране и развитие на функциите и структурите на общественото здравеопазване в съответствие с новите предизвикателства;
4. развитие на създадените нови икономически отношения в здравеопазването и на стимулите за високо качество на здравните продукти;
5. децентрализация и подобряване на управлението и развитие на междусекторното сътрудничество, обществените комуникации и евроинтеграцията;
6. адаптиране на човешките ресурси в здравеопазването към новите икономически условия и професионални изисквания.

В изпълнение на стратегията през същата година се създава Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и финансирането на здравеопазването започва да се разпределя между нея и републиканския бюджет. Всеки гражданин е задължен да участва във финансовото обезпечаване на българското здравеопазване чрез заплащането на лична здравноосигурителна вноска, от която се формира бюджета на НЗОК. Стойността на вноската се определя като процент от brutния месечен доход на всеки член на обществото, което гарантира друг водещ принцип – принципа на равнопоставеност на гражданите при поемане на осигурителната тежест.

Наложилите се промени се регламентират със Закона за здравето осигуряване през 1998 г., чрез който се въвежда задължителното и доброволно здравно осигуряване. Възприетият модел на задължително здравно осигуряване у нас е съвременна система за социална здравна защита на населението, гарантираща определен пакет от здравни услуги (модел Бисмарк) при спазване на принципите за солидарност, справедливост, равнопоставеност при ползване на медицинска помощ, задължително участие и отговорност при опазване на собственото здраве.

Здравната система обхваща всички дейности, свързани с оказване на медицински услуги, гарантиращи здравето на населението. Голяма част от тези дейности са регулирани законодателно в ЗЗО и определени с наредба на министъра на здравеопазването като основен пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК. В Националния рамков договор, съгласно националната здравна политика и бюджета на НЗОК се определят и договарят: **обхвата** (първичен и специализиран пакет, клинични пътеки, диагностично свързани групи), **вида, обема, качеството и цената** на медицинските и стоматологични дейности, включени в основния пакет. Заедно с това министърът на здравеопазването определя с наредба списък на заболяванията, за чието домашно лечение НЗОК заплаща лекарствата напълно или частично.

Медицинските дейности заплащани от осигурителната институция, съгласно въведения модел на задължително здравно осигуряване и регламентирани от ЗЗО (чл.45), са ориентирани в следните направления в извънболничния и болничния сектор:

- ✗ медицински и стоматологични дейности за предпазване от заболявания;
- ✗ медицински и стоматологични дейности за ранно откриване на заболявания;
- ✗ извънболнична и болнична медицинска помощ за диагностика и лечение по повод на заболяване;
- ✗ медицинска рехабилитация;
- ✗ неотложна медицинска помощ;
- ✗ медицински грижи при бременност, раждане и майчинство;
- ✗ аборти по медицински показания и при бременност от изнасилване;

- ✘ стоматологична и зъботехническа помощ;
- ✘ медицински грижи при лечение в дома;
- ✘ предписване и отпускане на разрешени за употреба лекарства, предназначени за домашно лечение на територията на страната;
- ✘ медицинска експертиза на трудоспособността;
- ✘ транспортни услуги по медицински показания.

Структурата на медицинските дейности дефинира специфичните здравни нужди на населението и трябва да гарантира пълния обхват на осигурените лица.

Определеният по този начин обхват на основния пакет здравни услуги, получаването на който е право на всяко здравноосигурено лице, на практика е неограничен и не е обезпечен с ресурсите на системата. Така се определя обема на предвидените за плащане, но неплатени от касата медицински услуги, които в крайна сметка формират дефицита на „безплатни“ услуги за здравноосигурените. Намаляване на обхвата на пакета и въвеждане на допълнително здравно осигуряване или регламентирано кешово доплащане за здравните услуги, които не са обхванати от задължителния пакет, е адекватният поход към тази ситуация. Практиката в развитите страни е показателна в това отношение.

Поради това все още⁴⁵ определена част от дейностите в болничната помощ се разглежда като отговорност на Министерството на здравеопазването и общините, която се финансира на договорна основа. Средствата се отпускат по схема – авансово всеки месец 1/12 част от договорения годишен бюджет, като всяко тримесечие сумите се изравняват на база извършена и отчетена от изпълнителите медицинска дейност.

Съществува дисбаланс между нормативните и реалните позиции на Министерството на здравеопазването и НЗОК при определяне на здравната политика в полза на касата.

Съгласно действащото законодателство, държавната политика в областта на здравеопазването се осъществява от Министерския съвет, а специализиран орган, който ръководи и контролира националната система за здравеопазване, е министърът на здравеопазването. В своята дейност той се подпомага от Министерство на здравеопазването. Приоритетите в сектора са заложили в Национална здравна стратегия, която се предлага от министъра и се приема от Народното събрание. В зависимост от оценката на здравното състояние на населението, демографските тенденции и ресурсните възможности на здравеопазването се съставят националните здравни програми, с които да се удовлетворят специфичните нужди на гражданите.

НЗОК е учредена като независима публична институция, която е отделена от структурата на публичната система на здравеопазване и има свои собствени органи за управление. Основна цел на НЗОК е да осигурява и гарантира свободен и равнопоставен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса.

Бюджетът на НЗОК е отделен от държавния бюджет. Проектът на Закона за годишния бюджет на НЗОК се разглежда от Народното събрание едновременно с проектите на законите за държавния бюджет и за бюджета на държавното обществено осигуряване. Със Закона за бюджета на НЗОК се определя размерът на здравноосигурителната вноска.

⁴⁵ Целта е финансирането на болничната помощ постепенно да бъде прехвърлено като отговорност изцяло на НЗОК.

В управлението на НЗОК участват и представители на осигурените лица, но системата на представителство не е ефективна и потребителите на медицински услуги не могат да влияят реално върху финансовата политика на фонда.

Съгласно Закона за здравното осигуряване финансовите взаимоотношения между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ се договарят на две нива: национално - чрез сключване на Национален рамков договор (НРД) със съсловните организации на лекарите и стоматолозите, и индивидуално - чрез подписване на индивидуални договори. Ако някои изпълнители на медицинска или на стоматологична помощ не желаят да сключат договор със здравноосигурителната каса, извършваната от тях дейност няма да бъде заплатена от нея. От своя страна НЗОК може да откаже договори на изпълнители на медицинска и стоматологична помощ, ако не отговарят на изискванията за сключване на договор и предоставяне на качествено лечение. Тези условия поставят бариери пред пациентите, избрали услугите на лекари, които практикуват извън договорната основа, тъй като реално се ограничава достъпа им до другите нива на системата, предоставящи специализирани, диагностични и болнични услуги. Това влошава стимулите за ефективно използване на средствата в системата като цяло поради необходимостта от повторно използване на услугите на първичната помощ за получаване на достъп до медицински услуги, заплатени от осигурителната система или налага директното им заплащане на по горните нива. Изхождайки от презумпцията за солидарност на системата за социално осигуряване, правата на определен кръг индивиди са засегнати.

НЗОК осъществява задължителното здравно осигуряване в страната и заплаща услуги, но не се явява реален купувач на здравния продукт от името и в интереса на здравноосигурените граждани. Касата може да отказва сключване на договори с изпълнители само в ограничени случаи и не може да преговаря за цените на услугите, които купува. Липсата на конкуренция между доставчиците на здравни услуги и между здравноосигурителните институции на пазара на медицински услуги прави невъзможна изявата на едно от основните предимства на Бисмарк модела на здравно осигуряване - неговата ефективност, резултат от конкуренцията в сектора.⁴⁶

Както беше посочено, държавата и лекарското съсловие доминират управлението на здравната каса, която е изгубила характера си на обществена институция.

Теоретично предимствата на здравноосигурителния модел, работещ чрез един осигурител се изразяват в максималната гаранция за обезщетяването, икономията на административни и рекламни разходи и по-големите възможности за упражняване на ефикасен контрол върху разходите, отколкото при наличието на повече от една здравноосигурителна институция в задължителното здравно осигуряване. Емпиричните изследвания в потвърждение на тези теоретични тези са оскъдни, тъй като в традиционните развити европейски системи на социално здравно осигуряване няма система с един осигурител в задължителното здравно осигуряване.

Монополният осигурителен модел противоречи на пазарните принципи за потребителския избор и конкуренцията, поради което липсват условия за институционална конкуренция в сегмента на задължителното здравно осигуряване. Участието на здравноосигурителния пазар на осигурителни институции за доброволно здравно осигуряване не води до реална конкуренция и възможности за алтернативно осигуряване в системата на здравеопазване, което да тласка качеството на услугите към повишаване и намаление на разходите за предоставянето им.

Теоретично основните функции на НЗОК могат да бъдат определени като чисто финансови – събиране и съхраняване на здравни вноски, необходими за заплащането на

⁴⁶ Отразява позицията на Междуведомствената работна група за разработване на здравна стратегия.

установено количество медицински и стоматологични дейности, извършени от съответните изпълнители. На практика се наблюдава изместване от строго определените финансови функции на касата към увеличаване на нейните управленски функции и преплитането им с управленските функции на държавата в здравния сектор. НЗОК управлява до голяма степен количествените и качествените параметри в процеса на производство на извънболничните и болничните услуги, както и процеса по осигуряването с лекарства за амбулаторно лечение на пациентите, от което произтича определено разминаване на целите, които се преследват, с интересите на обществото. НЗОК като институция, отговорна пред осигурените лица, следва да се грижи предимно за качеството на предоставяните медицински услуги като краен продукт, които тя купува, а не да контролира изпълнителите в процеса на производство на услугата по начин, който ограничава тяхната независимост. Относно процеса на производство, и в този смисъл за качеството на медицинската услуга, основна грижа трябва да има държавата чрез установяването на определени регулативни стандарти.

Монополният осигурителен фонд е затруднен ефективно да управлява здравния риск и особено високите рискове и да формира конкретен рисков профил. Поради липса на конкуренция в задължителното здравно осигуряване здравната каса не е стимулирана да оптимизира дейността и разходите си и да диверсифицира и подобрява качеството на услугите. Слабата финансова дисциплина и неефективният административен контрол върху разходите са естествена среда за увеличаване на генерираните от системата на договаряне дефицити. Налице е дисбаланс в системата потребител – осигурител - доставчик, позволяващо на осигурителя до голяма степен да насочва и управлява развитието ѝ.

Липсата на прозрачност и отчетност в дейността на здравната каса, слабата информираност на обществото за резултатите от нейната дейност предизвикват недоверието и недоволството на здравноосигурените, които не разбират, че НЗОК е институцията, която трябва за защита техните интереси като потребители на здравни услуги.

2.2. НЗОК, съсловните организации и договарянето

Отношенията между здравната каса, Българския лекарски съюз и Съюза на стоматолозите в България се характеризират с класическите противоречия, съществуващи на всеки пазар между платеща на услугите и институциите на изпълнителите на услугите.

Участието на съсловните организации в управлението на здравеопазването се регулира от Закона за съсловните организации на лекарите и стоматолозите /1998 г./, който урежда устройството, организацията и дейността на съсловните организации на лекарите и стоматолозите, условията за упражняване на лекарската и стоматологичната професия и отговорността за нарушаване на професионалната етика. БЛС и ССБ имат водещата роля при организирането, координирането, регистрирането и провеждането на продължителната квалификация на изпълнителите на медицинска дейност. Те изготвят и следят за спазването на Кодекс за професионална етика на лекарите, съответно на стоматолозите. Участват активно при договарянето на НРД съвместно с доставчиците на медицински услуги, като целта им е да защитят интересите на изпълнителите на медицинска помощ. Болничните заведения не участват пряко от свое име като страна в договарянето, което прави процеса индиферентен по отношение на техните реални изисквания към осигурителния фонд.

Съсловните организации изпълняват комплекс от големи по обхват и значимост функции, които, за да бъдат ефективно реализирани, е необходимо ясно да бъдат разграничени

синдикалните функции на съсловните организации от функциите им като договаряща страна и тези, осъществявани при регулацията на медицинската професия.

За да бъдат постигнати посочените цели, трябва да бъдат обсъдени мерки за усъвършенстване на механизмите на договарянето по НРД чрез постепенно стесняване на доминиращите функции на лекарското съсловие в договарянето. Това може да стане чрез разширяване на състава на участниците в договарянето, както и чрез промяна на обхвата и структурата на Националния рамков договор /НРД/. От съществена важност тук е необходимостта от осигуряване на равнопоставеното участие на всички заинтересовани от здравната политика страни, като се премахне възможността за налагане интересите на част от участниците в ущърб на останалите участници, основно преките доставчици и потребители на здравните услуги .

Участието на потребителите на здравни услуги в определянето на здравната политика е най-съществената цел за подобряване управлението на здравната система. За реалното включване на пациентите в управлението на здравната система, е необходимо да се конституира съюз на потребителите на здравни услуги, чрез който здравноосигурените лица да бъдат представлявани и да участват при взимането на решения на всички нива на здравната системата, както при договарянето, така и при контрола върху дейността на институциите, заети в организацията, осъществяването и заплащането на здравните дейности.

С цел повишаване ефективността на договарянето е необходимо доставчиците на медицински услуги /ДМУ/ /болничните заведения/ да участват пряко при вземането на решения за параметрите на договора, като те представляват интересите на собствениците, а лекарският съюз продължава да представлява интересите на ИМП като физически лица. Така ще се създадат условия за обвързване изпълнението на параметрите на НРД в болничната помощ.

Има се предвид, че Националният рамков договор представлява недържавен източник на осигурителното право с нормативен характер и поради тази причина се преподписва от министъра на здравеопазването, като по този начин се осъществява санкциониране на този договор в смисъл на признаване на същия от страна на държавата. От друга страна следва да се отбележи, че актът на министъра на здравеопазването сам по себе е административен акт, който съгласно разпоредбата на чл. 120, ал. 2 от Конституцията на Република България може да се обжалва и съгласно чл. 3 от Закон за Върховния административен съд подлежи на съдебен контрол - за законосъобразност - следователно спорните въпроси и казусите при неподписване на НРД се разглеждат и решават от МС.⁴⁷

С цел по-добро управление и организация на дейностите по задължителното здравно осигуряване е необходимо да се обмисли как да се измени структурата на НРД, така че договарянето да стане по-гъвкаво и леко за администриране. Може да се въведе постоянна и променлива част на НРД. **Постоянната част** следва да съдържа предмета на НРД, права и задължения на страните по договора и ЗЗОЛ и условията и реда за сключване на договори за оказване на медицинската и стоматологична помощ.

От гледна точка на съдържанието на НРД, договарянето трябва да е по-ясно обвързано с акредитацията, т.е. качеството следва да се изведе от обхвата на НРД, предвид спецификата на проблематиката и наличието в перспектива на международни и национално утвърдени стандарти, спазването на които е обект на контрол от други институции, различни от НЗОК.

Не е целесъобразно материята за контрола и санкциите при констатирани нарушения на

⁴⁷ Отразява позицията на Междуведомствената работна група за разработване на здравна стратегия

изпълнителите на медицинска помощ да бъде обект на НРД. Правомощията за извършване на тези функции следва да се регламентират законово като се делегират на органите на НЗОК, където има частично изграден капацитет и се предвиждат ресурси за това. От гледна точка на значителния капацитет, който е необходим за осъществяване на контрол и налагане на евентуални санкции върху всички участници на пазара на здравни услуги, тази дейност може да бъде възложена на независим специализиран орган.

Постоянната част на НРД може да се променя веднъж на 3 години, като се дава възможност за подписване на анекси след решение на МС, но не повече от 1 път годишно.

Променливата част на НРД следва да съдържа финансовата рамка и параметрите на предлаганите здравни услуги (обем и цени), които ще се обсъждат и приемат всяка година. Параметрите се уточняват преди започване на бюджетната процедура за определяне на бюджета на НЗОК за следващи периоди.

При договаряне на отделните части следва да участват представители от различните заинтересовани институции (НЗОК, МЗ, БЛС, ССБ, фармацевти и доставчици на медицински услуги, в това число представители на асоциациите на медицинските специалности) и да се спазва принципа на балансираност между интересите на потребителите и изпълнителите. Особено важен момент за качеството на договорния процес е разработката и одобряването на обективни критерии на договаряне, основани на медицинска и икономическа целесъобразност.

С цел осигуряване ефикасност на договорните процедури в системата на здравеопазването и защитата на интересите на пациентите и изпълнителите на медицински услуги може да се предвиди да бъде въведен арбитраж, в лицето на МС, за решаването на споровете при подписването на НРД.

2.3. Качеството в действащия здравноосигурителен модел

Здравната реформа поставя като основен приоритет предоставянето на качествена медицинска помощ на населението. Усилията на всички участници в процеса – здравната администрация в широкия контекст на това понятие, предоставящите медицинска помощ, финансиращите организации и потребителите /пациентите/ - следва да са насочени към въвеждане на нови изисквания за осигуряване на качествени медицински грижи.

Основна характеристика, отнасяща се до качеството на медицинските услуги, е високата степен на гъвкавост на процеса по отношение на вземане на специфични решения. Естеството на взаимодействие между лекар/производител и пациент/потребител на медицинската услуга играе важна роля и гравитира около поставената цел – желана и възможна промяна в равнището на определено/диагностицирано състояние. Ключовото умение на предлагащия услугата е да решава индивидуални сложни проблеми съобразно компетентностите си, съобразявайки се с достиженията на медицинската и стоматологичната наука и практика и осигурявайки най-добри резултати в съответствие с наличните ресурси.

Друга съществена характеристика при медицинските и стоматологични услуги е тяхната едновременност (производството и потреблението съвпадат в определена степен). Основното е, че при този вид услуги пациентите не са в състояние да изпълнят сами процедурите и операциите, поради това че нямат нужните познания и възможности относно изпълнението или вземането на експертно решение относно проблема. Пациентите поставят своите искания, дават първичната информация, следват част от процедурите и операциите, ако е необходимо отново взаимодействие с консултантите и

изпълнение на останалата част от операциите.

В допълнение, при оценка на качеството на извънболничните и болничните услуги основен елемент е както времето за контакт с пациента, така и внесена от него неопределеност. В някои случаи равнището на неопределеността, която възниква от потребителските изисквания, е по-важна от самия контакт с пациента. Поради присъщата си едновременност медицинските услуги носят по-голям риск да бъдат различно зависещи от обстоятелства като конкретния пациент, неговото семейство и др. Състоянието на потребителя на услугата силно влияе на неговото поведение и това как ще възприеме услугата. Освен това потребителят е източник на разнородност в процеса на извършване на услугата, а това прави резултатът от процеса на осигуряване на услугите по-податлив към вариации и съответно може да доведе до загуба на потенциална ефективност, както и до неточна преценка относно качеството на потребената услуга.

Доколкото пациентите не могат да оценят услугата преди да я консумират, е важно да се осигурят указания както преди, така и по време на процеса на доставяне на медицинската помощ, така че потребителите да могат да правят предварителна оценка на услугите преди консумирането им. По-конкретно качеството на извънболничната и болничната услуга трябва да е съвкупност от изисквания и критерии, характеризиращи предоставените здравни услуги във вид и начин, насочени към достигане на най-високо ниво на здравето на индивида, семейството и общността.

От съществена важност е как високата разменна стойност на услугата кореспондира с оценката на потребителя доколко медицинската услуга може да допринесе за успешното решаване на проблема му. Особеностите на изискванията към качеството в областта на здравеопазването се отличават от изискванията в другите области на социалния живот поради:

- Специфичността на медицинските дейности. Здравните услуги следва да имат необходимото качество, тъй като в тази област голяма част от "грешките" при предоставяне на медицинските услуги са непоправими.
- Изискването на здравната реформа за фокусиране върху потребителя поставя пациента в центъра на всички здравни дейности (услуги), от което следва, че тяхното заплащане (финансиране) трябва да отговаря на предложеното качество. Тук основният /обективен/ проблем остава липсата на връзка между здравната вноска и качеството на здравната услуга.

Гарантирането на качеството в областта на здравеопазването трябва да се осигурява в няколко насоки чрез:

- ⊕ Общата нормативна уредба.
- ⊕ Разработването и прилагането в практиката на специфично нормиране - медицински стандарти, клинични пътеки, терапевтични алгоритми, протоколи и технически фишове, други инструкции, указания и пр.
- ⊕ Контрол върху оказването на медицинската услуга и нейното качество посредством комплексна постоянно действаща система, обхващаща всичките ѝ нива.
- ⊕ Ефективно прилагане на метода на акредитация на лечебните заведения.
- ⊕ Системните вътрешни и външни проверки на качеството.

- ✦ Постоянното изучаване на мнението на потребителите и изпълнителите – нивото на удовлетвореност на пациентите от оказаните им здравни услуги и в частност удовлетвореността на лекаря от качеството на здравната помощ, което предоставя.
- ✦ Спазването на правата на пациентите.

На първо място качеството в здравеопазването се гарантира от приетите медицински стандарти по реда, установен в Закона за лечебните заведения. При липса на определен медицински стандарт в конкретна област се ползва установената към момента добра медицинска практика. Второ, това са установените процедури за контрол във всички фази на медицинската дейност от профилактиката до хирургичната интервенция.

Въпросите на качеството на медицинската помощ се разглеждат в почти всички законови нормативни актове в сектора, като са издадени и значителен брой подзаконови нормативни актове, специално третиращи различните аспекти на процеса за осигуряване на качеството, като Наредба № 1/2000 г. и Наредба № 13/2003 г. на Министерството на здравеопазването “за критериите, показателите и методиката акредитация на лечебните заведения и наредбите на Министерството на здравеопазването за утвърждаване на медицински стандарти.

Стандартите определят всички видове правила за професионално поведение, условия и режим на работа (известни като стандарти, протоколи, алгоритми, правила, клинични пътеки и т.н.), задължителни с оглед на качеството на медицинския продукт. С приетата Национална програма "Медицински стандарти в Република България (2001-2007 г.)" (Решение на Министерския съвет № 602 от 20.08.2001 г.) е постигнат напредък в решаване проблемите на качеството. За този период са разработени и внедрени 15 медицински стандарта.

Разработването на стандартите продължава и това може определено да се счита за успех в процеса на осигуряване на качеството, още повече, че тези стандарти са приети с консенсус от съответните научни медицински дружества, отговарят на всички изисквания в областта на правното нормиране и представляват ръководство за осъществяване на дейността в определената област.

Клиничните пътеки са основен елемент за определяне на качеството в болничната медицинска помощ. Те описват обичайния начин за осигуряване на мултидисциплинарни болнични грижи за определен тип пациенти с възможност да се коментират отклоненията от нормата с цел непрекъснато оценяване и подобряване на работата. Като цяло клиничните пътеки осигуряват определено ниво на качеството на здравните грижи при хоспитализирани пациенти, техният брой непрекъснато се увеличава и това се отразява в НРД за съответната година.

Методът на клиничните пътеки е възприет от НЗОК като най-подходящ за договаряне на качествени болнични услуги и се оценява и като преходна стъпка към кейс-микс подхода и диагностично свързаните групи. Разработените и създаваните нови клинични пътеки се усъвършенстват непрекъснато в областта на прецизните индикации за хоспитализация, необходимо оборудване, ниво на квалификация на персонала, осигуряване на качеството при спазване на описания алгоритъм на лечение, правилно водене на документация и финансирането.

Клиничните пътеки се оценяват като важен инструмент за подобряване на качеството на болничното лечение, но следва да се отбележи, че това се отнася само за диагнозите, за които има разработени такива, тъй като съществуващите в момента клинични пътеки не обхващат всички диагнози.

Определен успех в областта на качеството е разработването на т.нар. “местни“

станданти - терапевтични алгоритми, протоколи, технически фишове, стимулирани в значителна степен от изискванията, заложи в акредитационните програми /Наредба № 1 и Наредба № 13/.

Успехите в областта на специфичното стандартизиране на здравните услуги са безспорни, но следва да се отбележат и някои негативни моменти:

- Заложените в медицинските стандарти изисквания са високи, тъй като не са апробирани в практиката. Поради тази причина се налага периодичното им преразглеждане и преработване преди да бъдат публикувани. Това на практика засега не е осъществено поради краткия срок на действието на стандартите.
- Клиничните пътеки в повечето случаи са разработени твърде сложно и не отразяват в достатъчна степен изискванията за качество на диагностично-лечебната и рехабилитационна дейност. Не са добре предвидени възможностите за вариации при прилагането им и също се нуждаят от преразглеждане и постоянно усъвършенстване.
- Използването на терапевтични алгоритми и технически фишове в повечето случаи е оставено на инициативата на отделните лечебни заведения, а те не винаги имат достатъчната компетентност, за да ги разработят в необходимия вид или ползват готови от други лечебни заведения, без да ги нагодят към спецификата на собственото си лечебно заведение.

Въпреки изобилието на нормативни документи, в които в една или друга степен се регламентират въпросите на качеството на здравните услуги, следва да се отбележи липсата на системна политика по качеството в национален мащаб.

Усилията за реално осигуряване на качеството трябва да продължат чрез допълнително институционализиране на дейностите и отговорностите в системата.

Идеята е да се постигне обвързване на качеството на медицинските дейности с финансирането им с цел повишаване удовлетвореността на пациентите. Затова трябва да се утвърдят правила за добра медицинска практика и европейските правила за клиничен мениджмънт при определените заболявания. Особено важно значение има установяването на критерии за оценка на качеството и резултатите от работата на медицинския персонал с цел обвързване със заплащането.

За подобряване на организацията и координацията между различните институции по цялостното осигуряване на качеството е целесъобразно да се създаде институт по качеството, какъвто действа в много от европейските страни. Институтът ще управлява всички дейности във връзка с медицинските и фармако-икономическите стандарти, анализите и мониторинга на дейностите за осигуряване на качеството, въвеждане на модели за осигуряване на качеството и оценка на медицинските технологии и др.

С цел институционално осигуряване на качеството на медицинската професия се препоръчва създаването на професионални камари, които извършват регулиране и контрол върху упражняването на медицинската професия.

Една от най-разпространените процедури за оценка на качеството е акредитацията - процес, при който всяко лечебно заведение представя възможностите си за качествено извършване на определени процедури. В България въведената с изискванията на ЗЛЗ акредитация е задължителна. Конкретното ѝ приложение за болниците и ДКЦ се провежда на базата на приложението на Наредба № 1/ 2000 г. Съгласно изискванията на Наредба №1 са акредитирани всички подлежащи на задължителна акредитация болници

и ДКЦ, оценявани по следните основни направления :

- ✘ Формулиране на целите и задачите;
- ✘ Организация и управление на дейността;
- ✘ Човешки и материални ресурси;
- ✘ Спазване правата на пациента;
- ✘ Грижи за пациента;
- ✘ Осигуряване на качеството;
- ✘ Бизнес планиране;
- ✘ Резултати от дейността.

В резултат на проведеня анализ и оценка на резултатите от акредитацията и във връзка с разширяването на видовете лечебни заведения, подлежащи на задължителна акредитация (освен лечебните заведения за болнична помощ и ДКЦ на задължителна акредитация подлежат медицинските центрове, медико-стоматологичните центрове, стоматологични центрове, диспансери с или без стационар, самостоятелни медико-технически, самостоятелни медико-диагностични лаборатории, диализни центрове, домове за медико-социални грижи) е разработена и утвърдена нова Наредба №13/ 2003 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения. В нея много ясно е определен обхвата на оценката, включваща:

- ✘ качество на структурите, т.е. на условията, в които се предоставят здравните услуги;
- ✘ качество на дейностите, чрез които се осъществяват здравните услуги;
- ✘ качество на резултатите от оказаната медицинска помощ.

В България са акредитирани 325 лечебни заведения, които подлежат на задължителна оценка. Резултатите от извършената акредитация са представени в таблицата по-долу. От данните се вижда, че 165 лечебни заведения или 51 % от всички получават оценка отлична и много добра. С други думи качеството на предоставяните медицински услуги е на високо ниво и отговаря на поставените критерии. Почти половината от лечебните заведения (49 %) имат пропуски в процеса по обслужване на своите пациенти и са необходими мерки за подобряване на организацията на дейността, на материалната база и стриктно спазване на стандартите за качество на здравните услуги.

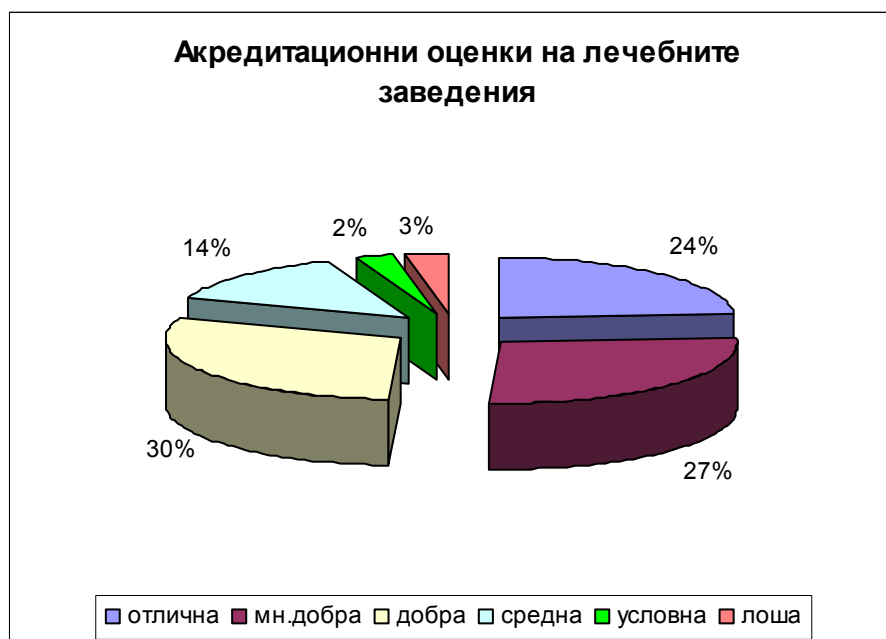
оценки	лечебни заведения (брой)
отлична	78
мн. добра	87
добра	97
средна	45
условна	8
лоша	10

Източник: www.mh.government.bg

Графика № 3 показва процентното разпределение на лечебните заведения, класирани по критерия акредитационна оценка. Прави впечатление относително малкия дял на получените незадоволителни оценки както следва: средна (14 %), условна (2 %), лоша (3 %) от анализирани здравни заведения, което представлява 1/5 от общия им брой. Поставените критерии при провеждането на акредитацията съгласно Наредба № 1 / 2000 г. са формулирани общо и дават в голяма степен възможност за субективно формиране

на оценката. Те не отразяват адекватно реалното състояние на отделните структурни звена и на лечебните заведения като цяло.

Графика № 3



В тази връзка представените в графиката резултати изглеждат завишени.

Положителен момент е приемането на новата Наредба № 13/ 2003г. за методиката за акредитация. В нея са определени по-ясно критериите и показателите за оценка. Негативният елемент тук се проявява във възможността при следващата акредитация да се установи по-ниско качество на предоставяните услуги от вече декларираното.

Негативните моменти при провеждането на първата фаза на акредитацията са свързани и с обсъждането дали акредитационният съвет към Министерство на здравеопазването е достатъчно независим орган.

Във връзка с повишаване ефективността на процедурите по акредитацията е целесъобразно лицензирането на медицинските специалисти за извършване на високо-специализираните дейности да става от независимите професионални камари.

Независима от МЗ агенция следва да извършва лицензирането на апаратурата, физическите активи и организацията на дейността, а нормативните документи за оценка на качеството следва да се приемат от Министерския съвет.

Вътрешни и външни проверки на качеството

Особено съществена част от дейността на ръководителите на лечебните заведения е свързана с гарантиране на качество на здравните услуги. Един от основните методи за подобряване на качеството е провеждането на вътрешните проверки, чрез които се осигурява системен преглед на отделните случаи. Всички лечебни заведения (липсват сведения за индивидуалните практики и общопрактикуващите лекари) извършват такива проверки и това е част от рутинната дейност – седящи визитации в болниците, колегиуми с преглед на диагностични и терапевтични подходи, клинично-лабораторни, клиничко-рентгенологични и клиничко-патологични срещи, проверки на нивото и качеството на сестринските грижи във всичките им аспекти с цел натрупване на опит от трудните случаи. Особен напредък в тази област има в областта на клиничната лаборатория, където вътрешният контрол на качеството е задължителен елемент от дейността им.

Наличието на функциониращ механизъм на вътрешните проверки показва, че качеството е грижа на лекарите и администраторите, което би трябвало да повиши доверието на потребителите в системата.

Въведени системи за външен контрол на качеството от съответните финансиращи организации – НЗОК и МЗ, други организации (ХЕИ, РЦЗ, Националната система за външна оценка на качеството в областта на лабораторната дейност и пр.) са също важен механизъм за осигуряване и подобряване на качеството.

Повишаването на качеството и ефективността на договорената медицинска и стоматологична помощ се осигурява от НЗОК на базата на финансов и медицински одит на договорните партньори. Разработена е система за контролиране на качеството чрез одитиране на договорните партньори - медицински, финансов и административен одит. Посочените в таблицата данни показват, че тази дейност е рутинна за НЗОК и обемът на извършените проверки непрекъснато се увеличава.

Период	Медицински проверки	Финансови проверки	Общо
2002	4 560	5 061	9 621
2003	6 370	7 183	13 553

Източник: Доклад за здравето на нацията

Няма данни за ефекта, който са оказали проверките за подобряване качеството на предлаганите медицински услуги.

В условията на пълен професионален модел в здравеопазването възниква и въпросът доколко вътрешният контрол е резултатен и независими ли са финансовите и медицински контрольори на касата от ръководството на НЗОК.

Налице е плаха практика за последваща оценка на качеството от страна на доставчиците на здравни услуги чрез изучаване мнението на потребителите и нивото на удовлетвореност на пациентите от оказаните им здравни услуги.

Ефективен метод за оценка и подобряване на качеството е на базата на поддържането на постоянна обратна връзка. Това е разпространен метод в лечебните заведения, особено сред тези, които са обект на първата фаза на акредитацията по Наредба № 1. Удовлетвореността се изучава на базата на анализ на постъпили жалби, чрез провеждане на социологически анкети и прилагане на други методи за изучаване на мнението на пациентите.

Анализирането на жалбите е залегнало в правилниците на почти всички лечебни заведения, а провеждането на социологически анкети трябва да се превърне в регулярна дейност.

От друга страна НЗОК организира и провежда и национални изследвания за мнението на здравноосигурените лица за оказаните здравни услуги, финансирани от НЗОК. Използват се същите подходи – анализ на жалби и социологически анкети.

Практиката показва, че действащата система за контрол не е ефективна. Този резултат е предопределен от това, че регламентите и механизмите за осъществяване на контрола се договарят в НРД от изпълнителите на медицинска помощ и НЗОК, а осъществяването на контрола се извършва от същите субекти. В същото време държавата не упражнява ефикасен контрол върху лечебните заведения - държавна собственост и не на последно място поради това, че пълният професионален модел налага тотална обвързаност на всички субекти в здравната система.

В болничните заведения липсва ефективен професионален мениджмънт, в резултат на

което не се натоварва максимално легловия капацитет, планирането на обема и стойността на дейността е слабо, индуцират се медицински дейности и се осъществяват фиктивни дейности.

Промени в регламентите на контролната дейност са наложителни в следните направления:

- Контролната дейност трябва да бъде независима от изпълнителите на медицински услуги и от съсловните организации в здравеопазването.
- Потребителите на здравни услуги трябва да получат силно представителство във формите и механизмите на контрол върху качеството на здравните услуги, в това число и в органите на управление на НЗОК.
- Необходимо е публично обсъждане на въпросите за въвеждане на антикорупционни мерки за съществено ограничаване на нерегламентираните плащания, нерегламентираните комисионни на фармацевтичния пазар, фиктивните дейности и пр.

Информационна осигуреност на системата

Този извънредно важен въпрос не е обект на подробно разглеждане и ще бъдат отбелязани само няколко основни момента, дискутирани в Работната група за разработване на стратегия за развитие на здравеопазването.

Ниската информационна осигуреност на здравната система е една от основните причини за слабата позиция на потребителите на здравни услуги и невъзможността им ефективно да въздействат върху протичащите в здравната система процеси. Това естествено има като резултат намаляването на ефективността на използваните ресурси в сектора и поражда остро социално недоволство от системата на здравеопазване в нашата страна. Без адекватно информационно осигуряване на здравната система всички мерки за подобряване на система ще дават слаби резултати и няма да доведат до решаването на основните проблеми в здравеопазването. В тази връзка е необходимо реализирането на комплекс от мерки, насочени към:

- Развитие на нормативната уредба, с оглед въвеждане на задължително електронно отчитане на изпълнителите на медицински услуги;
- Завършване на интегрирана информационна система в здравния сектор, която да позволява обмен на информация на всички нива в системата;
- Въвеждане на електронни карти и медицински досиета за всички здравноосигурени лица;
- Създаване на концепция за развитието на електронното здравеопазване, с цел облекчен и скоростен достъп на пациентите до здравни услуги и информация в България и обединена Европа;
- Създаване на база данни относно здравното състояние на населението и система за проучване на рисковите фактори на заболяемостта, които в значителен период от време не са проучвани и наблюдавани;
- Създаване на единен регистър на информацията /национални здравни сметки/, което позволява събиране, обмен и анализ на съвместима информация между основните участници в здравния сектор-МЗ, НЗОК, НАП, независими агенции в тази сфера.

III. Финансиране на здравеопазването в България

Средствата, акумулирани чрез здравните вноски, имат публичен характер и едно от най-популярните твърдения в България е, че те са недостатъчни. Следва да се има предвид, че държавният бюджет плаща здравните осигуровки на някои групи граждани (пенсионери, учащи, безработни и др.), които възлизат на около 40% от приходите от осигуровки на здравната каса. Другият източник на публични разходи за здравеопазването е прякото участие на държавния бюджет във финансирането на някои лекарства и покриването на ежегодните дефицити на болничните заведения. Българските граждани отделят допълнителни средства за здравеопазване, които по някои оценки са равностойни по размер на общите публични разходи. В резултат на това общите разходи за здравеопазване (публични и частни) в България са съпоставим процент към БВП с тези в европейските страни.

Обществото се концентрира върху публичните разходи за здравеопазване, без да бъде официално информирано и да държи сметка нито за огромните частни разходи, нито колко средства влизат в здравната система и доколко ефективно се изразходват.

Предложението за увеличение на здравната вноски се възприема негативно от преобладаващата част от населението по различни причини, като обща за всички социални групи е, че разходите не са обвързани пряко с качеството на здравната помощ. Липсва доверие от страна на гражданите в НЗОК като институция, която трябва да защитава правата на пациентите и да осигурява добро качество на здравните услуги и контрол върху дейността на медицинските специалисти.

1. Здравноосигурителни вноски

Основен приходоизточник в здравноосигурителните системи са здравноосигурителните вноски, плащани от здравноосигурените лица.

В България вноската в здравно осигурителната каса е задължителна и възлиза на 6 % от дохода на лицето, като се внася от работодателя или ведомството и от осигурения в съотношение:

- ⊕ 2000 - 2001 г. - 80:20;
- ⊕ 2002 - 2004 г. - 75:25;
- ⊕ 2005 г. - 70:30;
- ⊕ 2006 г. - 65:35;
- ⊕ 2007 г. - 60:40;
- ⊕ 2008 г. - 55:45;
- ⊕ 2009 г. и следващите години - 50:50.

Задължителните здравноосигурителни вноски, набрани от осигурените граждани, се управляват и разходват съгласно определени критерии, утвърдени в НРД (съобразно със Закона за бюджета на НЗОК) от здравно-осигурителната институция НЗОК и съответните РЗОК. Основна предпоставка за разходване на средствата е възникването на осигурително събитие (заболяване) – заплащане на изпълнителя за извършени медицински услуги спрямо осигурения пациент. Задълженията на осигурителя се изразяват, чрез пълно или частично компенсиране на разходите, свързани с лечението на осигурения пациент.

Размерът на задължителната здравноосигурителна вноски е определен със Закона за бюджета на НЗОК и съгласно разпоредбите на ЗЗО се изчислява на база доход, в размер на 6% от дохода на работещ, поделена между работника и работодателя според установените съотношения. За определена категория лица (лицата до 18 години, редовно обучаващи се студенти, социално слаби и пр.) е предвидено да бъдат осигурявани от

републиканския бюджет.

Неработещите лица, които получават обезщетение за безработица, се осигуряват здравно за сметка на фонд "Безработица". Лицата със свободни професии и неработещите, които не получават обезщетение за безработица, следва да се самоосигуряват здравно, като внасят в НОИ по 6.60 лв. месечно (6% върху $\frac{1}{2}$ минималния месечен размер на осигурителния доход за самоосигуряващите се лица, който за 2005 г. е 220 лв.).

Принципите, върху които се базира модела на задължителното здравно осигуряване, са задължително участие при набирането на вноските, солидарност, относително повишена отговорност на осигурените, равнопоставеност.

По своята същност солидарното участие предполага преразпределение на разходите между всички осигурени – богатите подпомагат бедните (чрез по високи здравни вноски); здравите подпомагат болните; младите подпомагат възрастните.

Доброволното здравно осигуряване е предвидено като допълнителна форма на здравно осигуряване и се осъществява от лицензирани акционерни дружества, регистрирани по ТЗ, срещу заплащане на здравноосигурителни премии, въз основа на индивидуално сключвани здравноосигурителни договори. Дейността на осигурителните дружества, свързана с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, е регламентирана правно в ЗЗО. Дружествата за доброволно здравно осигуряване предлагат предимно заплащане на здравни стоки и услуги по обособени пакети в областите: *подобряване на здравето и предпазване от заболяване, извънболнична медицинска помощ, болнична медицинска помощ и възстановяване на разходи* както извън обхвата, така и в обхвата на задължителното здравно осигуряване. Комисията за финансов надзор дава разрешение на дружествата относно предлаганите здравноосигурителни пакети от гледна точка на тяхната изпълнимост и съответствие с медицинските стандарти.

Доброволното здравно осигуряване се извършва чрез възстановяване на разходи или чрез абонаментно обслужване. Самоосигуряващото се лице и/или работодателите, членовете на семейства и други осигуряващи, които осигуряват физически лица, внасят здравноосигурителната премия за своя сметка или съвместно.

Компаниите за доброволно здравно осигуряване са финансови институции, които предоставят здравни услуги посредством изпълнителите на медицинска помощ. Обхватът, видът, цените, условията и редът за извършване на здравните услуги се определят в договори между изпълнителите на медицинска помощ и здравноосигурителните дружества.

Ниските доходи на населението и липсата на традиции в областта на здравното осигуряване водят до ограничаване присъствието на дружествата за доброволно осигуряване на пазара (виж Приложение № 2). Основен проблем при дейността на доброволните дружества за здравно осигуряване е липсата на ясно дефиниран пакет от здравни услуги, които дружествата да покриват и – съответно – пазар за тяхното развитие. Съществуващата регламентация на основния пакет здравни услуги, заплащани от НЗОК, не оставя пазарно пространство за дружествата за доброволно осигуряване. Това е и една от основните причини към момента в страната да няма интерес към доброволното допълнително здравно осигуряване.

Само през 2004 г. пет дружества получиха лиценз, с което общият им брой достигна единадесет. Данните за деветмесечието пък показват сериозен ръст от 67.77% на премиения приход в сектора спрямо шестте месеца на тази година. През 2003 г. концентрацията на пазара беше твърде висока. Обемите бяха реализирани най-вече от двете действащи от по-дълго време дружества ОЗОФ Доверие и БЗОК Закрила, докато лицензираните през 2003 г. дружества тепърва започваха дейност по разгръщане на дистрибуторска мрежа за привличане на клиенти. Реализираният премиен приход за 2003 г. беше 6.405 млн. лв., чийто ръст спрямо 2002 г. беше над 93%. От тях 5.649 млн. лв. се падаха на БЗОК Закрила, което съответства на пазарен дял от 88.2%, а 425 хил. лв. на ОЗОФ Доверие с дял от 6.63%. (в. ПАРИ)

2. Бюджетно финансиране

Вторият основен източник на финансиране на системата са приходите в държавния бюджет.

Разходите за здравеопазване, които се покриват от набраните приходи в държавния бюджет, могат да се обобщят в следните няколко групи:

- плащане на здравните осигуровки на определени социални групи – учащи, пенсионери, безработни;
- плащане на субсидии на болничните заведения чрез Министерството на здравеопазването;
- плащане на разходите за определени групи лекарства чрез Министерството на здравеопазването;
- плащане на издръжката на Министерството на здравеопазването.

Бюджетното финансиране се извършва въз основа едногодишни на договори между Министерство на здравеопазването и изпълнителя на медицинската услуга за извършена цялостна дейност по ред, методика и цени, определени от министъра на здравеопазването. Републиканският бюджет е основен източник на финансиране на лечебните заведения от болничната помощ като определени областни структури (диспансери за онкологични, психични, пневмофтизиатрични и кожно-венерически заболявания) са отговорност на общинските бюджети.

Централизираните доставки за лечебните заведения на лекарства, медицинска апаратура и техника, инструментариум и консумативи се финансират от бюджета на МЗ. Заедно с това републиканският бюджет осигурява необходимите средства за националните здравни програми, профилактиката, част от медицинското образование и пр.

Бюджетното финансиране подчертава принципните изисквания за солидарност и равнопоставеност при възприетия модел на социално здравно осигуряване, тъй като обхваща всички граждани данъкоплатци, които опосредствено финансират медицинските услуги чрез данъци, акцизи, мита и др. По правило на тази основа се финансират предоставяните публични услуги с неделим ефект като промоция и профилактика на заболяванията и пр.

Държавното финансиране има редица негативи, които е необходимо да се отбележат. На първо място затруднен контрол и липса на достатъчно ясна обратна връзка за количеството и качеството на предоставяните медицински услуги. Заедно с това липсват достатъчно ефективни механизми (нормативи, стандарти и пр.) за разпределяне на средствата от бюджета на Министерството на здравеопазването, необходими за конкретните медицински услуги. Следва да се прецизират критериите за разходване на бюджетните средства, доколкото са обективни и отговарят на потребностите от медицински услуги, имайки предвид създадалата се диспропорция във финансирането между отделните подсистеми на здравната система.

Отчитайки стимулите, съществено влияещи върху поведението на потребителите, моделът провокира свръхпотребление на медицински услуги и занижена персонална отговорност за здравето.

Таблица № 22

Консолидиран държавен бюджет	2000	2001	2002	2003	2004	2005
в млн.лв.	Отчет	отчет	отчет	отчет	отчет	прогр.
Общо разходи за здравеопазване	977.7	1196.0	1437.3	1697,7	1769.1	1777.7
в т.ч.:						
Министерство на здравеопазването	291.9	462.0	540.0	599.6	644.6	576.4
НЗОК	126.8	428.2	585.0	775.1	881.6	982.9
Общини	413.8	183.2	209.5	218.8	109.2	138.8
Други	145.2	122.6	102.8	104.2	133.7	79.6

Източник: МФ

3. Преки плащания

Освен от здравноосигурителните вноски и данъчните приходи, здравната система се финансира и от трети източник – преките плащания на здравноосигурените лица за конкретни медицински услуги. Прякото заплащане на конкретна медицинска услуга се извършва без посредници от потребителите към изпълнителите, оказващи медицинска или стоматологична помощ. Този модел на финансиране се използва основно при частните медицински услуги, извън обхвата на договорите, сключвани от НЗОК и като допълнителен източник на финансиране в сектора на публичните услуги. Потребителят заплаща единна за дадена дейност цена, определена от компетентна институция (в случая НЗОК), която по подразбиране не е пазарно определена цена, а договорена от осигурителната институция и професионалните съсловни организации на лекари и стоматолози.

Съгласно Закона за здравното осигуряване здравноосигурените лица при всяко посещение при личния си лекар, лекаря специалист в извънболничната помощ и стоматолога заплащат потребителска такса в размер на 1 % от минималната работна заплата за страната, което в момента представлява 1.50 лв.

За всеки ден болнично лечение здравноосигурените заплащат потребителска такса в размер на 2 % от минималната работна заплата (3 лв.). Ако болният се лекува в болница повече от 10 дни в рамките на една година, той не заплаща потребителска такса за престоя след десетия ден. Останалата част от лечението на болния, надхвърляща платената от него потребителска такса, се заплаща от НЗОК по клинична пътека, заедно с лекарствата и консумативите.

Пациентът заплаща посочените потребителски такси в случай, че е получил талон-направление съответно от личния си лекар за консултация при лекар-специалист и от личния лекар или лекаря-специалист при необходимост от лечение в болница.

Когато се правят изследвания, назначени от личния лекар, лекарят-специалист или стоматолога, в лабораторията се заплащат:

- Цена за вземане на биологичен материал (сумата на може да бъде по-висока от 2 лв. за едно посещение в лабораторията, независимо от броя на изследванията)
- Потребителска такса.

От заплащане на такса за вземане на биологичен материал са освободени лицата без доходи, настанени в домове за деца и юноши, домове за деца от предучилищна възраст и домове за социални грижи.

Най-големи по размер са регламентиранията доплащания от пациентите при закупуване на лекарства за лечение и в подсистемата на стоматологичната помощ. В първия случай само една малка част от медикаментите се заплащат частично или изцяло от НЗОК на базата на одобрен от МЗ реимбурсен списък. За останалите пациентът заплаща напълно стойността им. Ограничен е и списъкът със стоматологичните дейности, които са изцяло или частично заплатени от здравната каса. Всеки стоматолог има официално обявени цени за услугите, които оказва, и ако тези, от които се нуждае пациента, не се отнасят към изцяло заплатените от НЗОК, пациентът доплаща необходимата сума.

Така, като цяло потребителска такса се заплаща за следните видове оказана медицинска и стоматологична помощ:

- ✗ Преглед
- ✗ Поставяне на диагноза
- ✗ Издаване на направление за консултация или за изследвания - след преглед
- ✗ Назначаване на медикаментозно лечение (изписване на рецепта) - след преглед
- ✗ Възстановителни процедури
- ✗ Изследвания
- ✗ Лечение
- ✗ Профилактични дейности.

Същевременно обаче големи социални групи са освободени от заплащането на въпросните потребителски такси. Тук се включват:

- ✗ Деца до 18-годишна възраст
- ✗ Бременни и родилки до 45 дни след раждането
- ✗ Безработни, регистрирани в бюрото по труда
- ✗ Военнослужещи на наборна военна служба
- ✗ Пострадали при/или по време на отбраната на страната
- ✗ Ветерани от войните, военноинвалиди
- ✗ Задържани под стража или лишени от свобода
- ✗ Социално слаби, получаващи помощи според Правилника за социално подпомагане
- ✗ Граждани без доходи, настанени в домове за социални грижи
- ✗ Пациенти със злокачествени новообразувания
- ✗ Инвалиди първа група, с право на чужда помощ

✘ Медицински специалисти (завършили медицински училища).

Както се вижда, системата на споделяне на разходите в България използва като основен инструмент потребителските такси, чиято основна цел е ограничаването на прекомерното потребление на медицински услуги. С изключение на системата на стоматологичната помощ и лекарствоснабдяването, където разходите се споделят на базата на система на балансиращо доплащане и взаимоотношенията са поставени на пазарни основи, в останалите подсистеми на здравеопазването системата на споделяне на разходите не изпълнява своята цел. Причината е, че niskият размер на потребителските такси не се явява ограничител на свръхпотреблението.

Нерегламентирани плащания в здравеопазването

Този вид плащания се разглеждат тук поради това, че това са преки плащания от страна на потребителите на здравни услуги. В същото време тяхното систематично място не е в раздела за източниците за финансиране на здравеопазването, защото приходите от тези плащания не постъпват в здравната система.

Поради изтъкнатите по-горе причини, характерни за страните от Източна Европа: екстензивно развита здравна система, ниско заплащане на висококвалифициран персонал, слаб контрол и отчетност и мащабна корупция, в България е налице действаща система на нерегламентирани плащания, акумулираща огромен частен финансов ресурс. Тази система съществено ограничава достъпа на големи групи от населението до качествени здравни услуги и не позволява вливането на допълнителен ресурс в недофинансирания сектор на здравеопазването. В резултат общите реални разходи за здравеопазване в България като дял от БВП са високи, но ефективността на сектора е изключително ниска.

Има тенденция не малък брой професионалисти от системата на здравеопазване да подценяват въпросната тенденция и да твърдят, че размерът на тези нерегламентирани плащания е незначителен и той е само форма на благодарност за добре свършената работа от страна на изпълнителите на медицински услуги. Реално се оказва обаче, че оборотът на тези плащания е напълно съпоставим с отделяните публични ресурси в сектора, което превръща разходите за здравеопазване в едно от най-големите пера в домакинските бюджети. Всичко това подкопава устоите на здравната реформа в България и в населението се създава нагласа за пълно отхвърляне на модела на социално здравно осигуряване и желание за връщане на стария модел на бюджетно финансиране на здравеопазването.

Значимостта на проблема може да се оцени, ако се знае, че подобен обем нерегламентирани плащания се наблюдава в азиатските страни, бивши съветски републики и в по-малки размери в Чехия, Полша и Унгария.

Противодействието на тази негативна тенденция следва да се търси в създаването на ефективно действаща, обществено приемлива регламентирана система за споделяне на разходите. Необходимо условие за реализацията на тази мярка е управляващите сектора да са добре запознати чрез наличието на детайлна аналитична информация с обема и структурата на нерегламентираните плащания, за да бъде изработен механизъм за формиране на реални цени на оказваните услуги. Въпреки трудностите, свързани с измерването на разходите на домакинствата за медицински услуги, не е невъзможно тяхното сравнително точно установяване.

През 2002 г. е проведено изследване на 1005 домакинства, целящо установяване на личните им разходи за здравеопазване.⁴⁸ Това са плащания с лични средства,

⁴⁸ Съвместно изследване на БАН и ААМР

извършвани от гражданите към изпълнители на здравни услуги, за здравни продукти и лекарствени средства, заплатени в брой или в натура от членовете на домакинствата, които не се възстановяват от осигурителя, както и плащанията за здравни осигуровки, които също не подлежат на възстановяване. Изследването е извадково, представително и е осъществено за Български здравен проект на USAID. Набирането на информацията за разходите на домакинствата за лекарства, прегледи, лечение и др. се регистрира в специален дневник чрез метода на самопопълването.

Средният годишен разход на едно домакинство по данните от изследването възлиза на 704.52 лв., което при средно 3 лица в домакинство означава, че всяко лице изразходва за здравеопазване средно по 234.84 лв. или 14.1 % от средния общ доход, който за 2001 г. възлиза на 1672 лв. Такъв разход за здравеопазване на едно средно статистическо лице означава, че през 2002 г. населението на България ще плати пряко към платените здравноосигурителни вноски, още 1 862 159 787 лв. За същата година публичните разходи за здравеопазване възлизат на 1 850 100 000 лв., т.е. размерът на плащанията за здравеопазване, реализирани от джоба на населението, е равен на общия размер на разходите за здравеопазване на държавата и на НЗОК взети заедно. Така общите разходи за здравеопазване, които се правят в национален мащаб, са между 8 и 9 % от БВП, което нарежда страната ни сред тези държави, имащи високо равнище на разходите за здравеопазване. Проблемът е, че дори при това високо равнище на разходите за здравеопазване, качеството на услугите е неудовлетворително и здравната инфраструктура е в тежко състояние.

Структурата на разходите в разглежданото изследване показва, че най-висок е относителният дял на разходите за медицински продукти за извънболнични пациенти – 57.0 % от общия разход на домакинствата за здравеопазване. На второ място с 38.1 % се нареждат разходите за лечебни услуги. Всички останали разходи заемат общо 4.9 % - т.е. твърде малък дял от общите разходи за здравеопазване (Таблица № 23). Интерес представлява вътрешната структура на разходите за лечебни услуги. На първо място тук са разходите за извънболнична медицинска помощ, които съставляват 85.6 % от общия разход за лечебни услуги, докато болничната медицинска помощ заема само 13.5 % от тези разходи. Сборът на разходите за извънболнична медицинска помощ и на разходите за медицински продукти за извънболничните пациенти общо съставлява 89.7 % от разходите на домакинствата за здравеопазване, т.е. около 90 % от разходите на домакинствата са за услуги в сферата на доболничната помощ.

Таблица № 23 Средни разходи на домакинствата по групи стоки и услуги за 2002 г. (в лв.)

Наименование на стоката или услугата	Среден разход на едно наблюдавано домакинство	Относителен дял	Среден разход на едно лице
Лечебни услуги	268.92	38.1	89.64
Болнична медицинска помощ	36.12	-	12.04
Извънболнична медицинска помощ	230.28	-	76.76
Медицински услуги при домашно лечение	2.52	-	0.84
Рехабилитационни медицински услуги	7.44	1.1	2.48
Дългосрочни сестрински услуги	0.84	0.1	0.28
Допълнителни мед. услуги	25.92	3.7	8.64
Медицински продукти за извънболнични пациенти	401.4	57.0	33.45
Профилактика и обществени здравни услуги	1.2	-	-
Общо разход	704.52	100.0	234.84

Друг важен резултат от въпросното изследване е влиянието на размера на паричните доходи на домакинството върху структурата и величината на разходите за здравеопазване. Независимо че много често разходите за здравеопазване имат императивен характер, в крайна сметка възможностите на семейния бюджет са тези, които налагат или не ограничения върху разходите за медицински стоки и услуги.

Разходите за медицински стоки и услуги в различните подоходни групи показват твърде съществени различия (Таблица № 24).

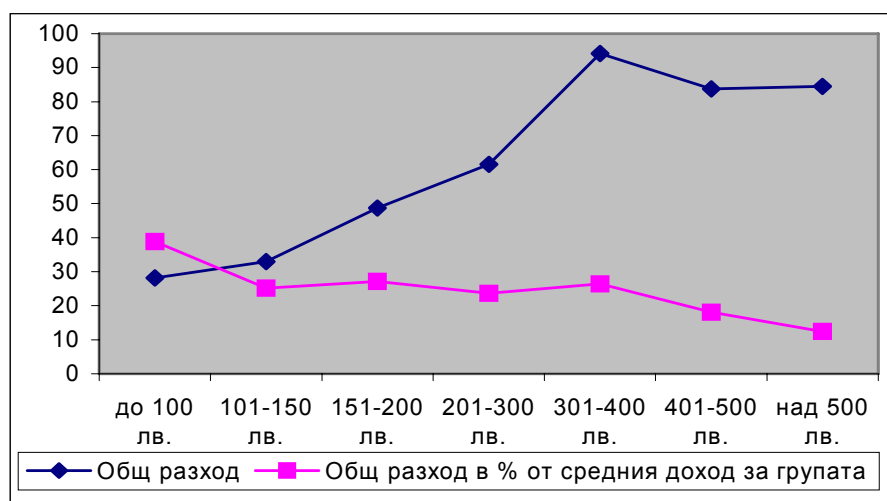
Таблица № 24. Разходи за здравеопазване в различните доходни групи

Видове стоки и услуги	Доход до 100 лв.	Доход 101-150 лв.	Доход 151-200 лв.	Доход 201-300 лв.	Доход 301-400 лв.	Доход 401-500 лв.	Доход 500 и повече
Разходи за здравеопазване							
Лечебни услуги	6.50	6.89	16.25	25.43	44.48	37.24	31.74
Болнична мед. помощ	1.05	1.13	3.60	4.09	3.94	3.24	4.49
Извънболнична медицинска помощ	5.27	5.39	12.33	21.22	40.48	33.44	27.25
Мед. услуги при дом. лечение	0.18	0.37	0.32	0.13	0.06	0.56	0.0
Рехабилитационни мед. услуги	0.0	0.52	0.17	0.33	0.51	4.01	0.08
Дългосрочни сестрински услуги	0.0	0.0	0.0	0.0	0.52	0.05	0.0
Допълнителни мед. услуги	0.97	1.62	1.91	1.89	3.83	2.27	3.37
Мед. продукти за извънболнична помощ	20.73	23.99	30.35	33.88	44.85	40.16	49.31
Профилактика и обществени здравни услуги	0.0	0.1	0.0	0.03	0.0	0.0	0.0
Общо	28.19	33.04	48.68	61.55	94.19	83.73	84.50

Данните показват силна тенденция на нарастване на общия разход за здравеопазване с увеличение на доходите във всяка група като разликата в абсолютния размер на изразходваните средства между най-нискодоходната група (до 100 лв.) и най-високодоходните групи (над 300 лв.) е 3 и повече пъти. Следователно между величината на разходите за здравеопазване и дохода на домакинствата съществува правопрпорционална зависимост, т.е. колкото по-високо е материалното благополучие на едно домакинство, толкова повече разходи за медицински стоки и услуги то прави. И причината тук е не по-голямата нужда на представителите на по-високодоходните групи от здравни услуги, а невъзможността на хората с ниски доходи да удовлетворят своите потребности от здравни услуги.

Като се отчете фактът, че регламентиранияте плащания в системата на здравеопазването са незначителни, може да се направи извода, че плащанията „под масата“ не само утежняват бюджетите на домакинствата, но и в голяма степен ограничават достъпа им до необходимите здравни услуги. Това личи и от Графика № 4, която илюстрира тежестта на разходите за здравеопазване в бюджетите на домакинствата.

Графика № 4. Разходи за здравеопазване в зависимост от средния доход



Резултатите от изследването също показват, че домакинствата поемат в много висока степен разходите за медицински стоки и услуги, докато делът на безплатното и частично платени такива заема минимална част от техните разходи (Таблица № 25). Средно в 87 % от случаите домакинствата поемат пълния размер на разходите.

Таблица № 25. Разпределение на домакинствата от различните доходни групи в зависимост от нивото на заплащане в брой на стоката (услугата) в %

Ниво на заплащане	на	Общо	до 100 лв.	101-150	151-200	201-300	301-400	401-500	над 500 лв.
Безплатно		5.0	7.5	4.3	4.7	4.1	5.3	6.5	3.7
частично платено		7.6	6.9	5.0	8.9	8.8	8.3	6.6	6.9
изцяло платено		87.2	85.1	90.6	85.8	87.0	86.2	86.8	89.3
трудно е да прецени		0.2	0.5	0.1	0.6	0.1	0.2	0.0	0.0

В тази насока естествено излиза на преден план още един много съществен въпрос, свързан с разходите на домакинствата за здравеопазване – въпросът за нерегламентираните плащания при реализиране на здравните потребности. С други думи, това е въпросът за корупцията и разпространението на сивата икономика в системата на здравеопазването. Само за изследвания период от 1 месец 12.2 % от изследваните домакинства са били принудени да плащат нерегламентирани суми в общинските и държавните здравни заведения, като тези суми са се движили между 20 и 210 лв. в болничните заведения и до 40 лв. в доболничничната помощ. Същевременно за 13.0 % от домакинствата причина да не се обърнат към личния си лекар, независимо от съществуващата необходимост, е бил фактът, че те не са имали възможност да заплатят за прегледа. Поради същата причина и 28.8% от нуждаещите се от консултация със специалист и получили талон от личния си лекар не са направили това. Посочените данни красноречиво говорят за съществуваща корупция и сенчеста икономика в здравеопазването, които компрометират усилията за осъществяване на здравната реформа, повишават неправомерно разходите за здравеопазване на населението и

препятстват достъпа до здравни ресурси.

Представената информация показва, че в сега съществуващата система на здравно осигуряване пациентите поемат голяма част от разходите за оказаните им услуги чрез директни плащания към доставчиците. Липсата на система, регламентираща тези плащания обаче, води до хаос в здравеопазването, който има като резултат неудовлетвореността на населението от реформата в областта на здравеопазването. При тези условия е необходимо да се изгради ефективна система за регламентирани плащания, която, при равни други условия, ще ограничи размера на плащанията „под масата“, ще осигури възможност за достъп до системата и на нискодоходните групи и ще подобри общото състояние на здравната система.

4. Здравните застраховки

Здравните застраховки са друг източник на средства за системата, въпреки че на този етап може да се разглеждат като скъпа алтернатива за потребителите на медицински услуги, което допринася за ограниченото му представяне спрямо останалите финансови източници. Поради очевидни причини те също се разглеждат като допълнително покритие на разходите за лечение на гражданите. Застраховките могат да покриват различни здравни рискове според определени условия от застрахователната институция и могат да бъдат индивидуални, семейни и групови, сключвани по тарифи на застрахователя. Този вид застраховане, за разлика от задължителното здравно осигуряване се характеризира с голямата си гъвкавост и адаптивност. Осигурителите предлагат както комплексни, така и диференцирани условия и срокове, с оглед потенциалния здравен риск, който носи осигурения.

Сходствата при обезщетенията, изплащани от застрахователните и здравноосигурителните дружества, са, че се покриват разходи по реално извършена медицинска услуга - преглед, лечение с престой в болница, необходимост от спешна помощ и редица манипулации или медицинска интервенция. В същото време при застрахователите лимитът, до който се покриват тези разходи, е по-нисък от покривания от здравноосигурителните дружества, но в допълнение към този тип обезщетение се изплаща обезщетение на наследниците на застрахованото лице при настъпване на събития от рода на злополуките.

В опит за създаване на по-благоприятни условия за развитие на здравното застраховане в регулативната уредба са залегнали някои облекчения. Съгласно правната регламентация в Закона за корпоративно подоходно облагане, чл. 34, ал.4 режимът на облагане на вноските на работодателя по груповите застраховки в полза на работниците и служителите във фирмата е облекчен в определени граници. Вноските на работодателя по груповите здравни застраховки, при условие, че общата вноска не надхвърля 40 лв. месечно за всеки застрахован работник или служител, се признават за разход на работодателя и се приспадат от неговия облагаем доход при плащането на данъците по ЗКПО.

Не подлежат на облагане и застрахователните суми и застрахователните обезщетения, получавани от работниците и служителите по тези застраховки, по силата на ЗОДФЛ, чл. 12, ал.1, т.4.

Тези законодателни промени в определена степен са насочени да подкрепят с някои административни и икономически механизми доброволния избор за персонална грижа за здравето на индивида и са позитивен сигнал за сближаване на практиката в този сегмент в България с тази в развитите европейски страни.

IV. Организация, управление и финансиране на подсистемите на здравеопазването в България

НЗОК регулира обема на предлагане на медицински услуги чрез определянето на цените на клиничните пътеки. В зависимост от това колко адекватно определените цени отразяват действителните средни разходи за лечението на една диагноза се стимулира или подтиска предлагането на определени видове медицински услуги.

Държавата регулира предлагането на медицински услуги чрез регламентите, уреждащи организацията и финансирането на подсистемите на здравеопазването:

- ✘ първична извънболнична медицинска помощ;
- ✘ специализирана извънболнична медицинска помощ;
- ✘ медикодиагностични дейности;
- ✘ болнична медицинска помощ;
- ✘ стоматологична помощ;
- ✘ осигуряване на лекарства при амбулаторно лечение;
- ✘ други дейности свързани със здравеопазването.

1. Организация и финансиране на извънболничната и на спешната медицинска помощ в България

1.1. Организация на първична извънболнична медицинска помощ (ПМП)

Целта на първична медицинска помощ е да осигури на населението пълна грижа за здравето от началото на живота до неговия край, да дава съвети във всяка насока, касаеща здравето на гражданите чрез подпомагане и насочване на пациента. Ролята на ПМП е да координира действията между отделните подсистеми в системата на здравеопазването, проследявайки пътя на пациента от превенцията през специализираната извънболничната, болничната помощ и областта на рехабилитацията. Този процес съчетава пациентските нужди с разумното потребление, осигурявайки ефективно използване на здравните ресурси и защити пациентите от възможни неблагоприятни ефекти при потреблението на неподходящи медицински услуги.

Първичната извънболнична помощ е изцяло частна и се осъществява от индивидуални и групови практики. Индивидуалната практика за първична медицинска помощ се организира и осъществява от физически лица – общопрактикуващ лекар, съответно стоматолог и неговите сътрудници – медицинска сестра, акушерка и др., които могат да бъдат наемани съобразно нуждите и обема на лечебната дейност. Индивидуалните практики за първична, респективно специализирана помощ, представляват изключение от принципа на чл. 3, ал.1 от ЗЛЗ, изискващ регистрация по ТЗ или по Закона за кооперациите. Тяхната регистрация се осъществява по реда на чл. 40 от същия закон, без изричното изискване да притежават търговско качество. Груповата практика за първична медицинска помощ се осъществява от търговско дружество или кооперация, учредени от лекари и стоматолози, с призната специалност по обща медицина, съответно обща стоматология. Индивидуалната и груповата практика се регистрират

на база териториален принцип в регионалните центрове по здравеопазване.

Националната здравноосигурителна каса задължително сключва ежегодни договори с изпълнителите по смисъла на Закона за здравното осигуряване. За да се обвърже с качеството на предлаганата услуга, при изработването и актуализацията на здравната карта се вземат предвид и акредитационните оценки на съответните лечебни заведения.

От гледна точка на покритието с първична медицинска помощ, Националната здравна карта планира и разпределя на териториален принцип дислокацията на необходимите ресурси за извънболнична помощ и съответните финансови ресурси. Като правило при планирането и териториалното разпределение на лекарите и стоматолозите в първична извънболнична медицинска помощ са взети предвид потребностите на населението от достъпна и своевременна медицинска помощ.

Достъп

Задължително здравно осигурените лица имат право на гарантиран свободен достъп до първичната извънболнична медицинска помощ. Наред с това, имат нормативни основания за свободен, териториално неограничен избор на личен лекар. Основната роля, вменена на изпълнителите на ПИМП, е да регулират достъпа на здравноосигурените лица до медицински услуги (специализирани, диагностични и болнични) на входа на здравната система. Това ограничение, наложено от избрания здравноосигурителен модел, е въведено, изхождайки от предположението за недостатъчната осведоменост на пациентите относно спецификата на техния медицински проблем за вземането на обективно решение.

Ограничения в свободния достъп до медицински услуги и реалния избор на изпълнител възникват при индивидуалните практики в отдалечените и слабо населени райони, където в повечето случаи един общопрактикуващ лекар обслужва по график населението в определен териториален ареал и прилежащите му населени места. Това поставя задължително здравно осигуреният пациент в сложната ситуация да избере и получи качествена услуга, изхождайки от презумпцията, че свободният избор на здравна алтернатива предполага повишаване качеството на предлаганата услуга. От друга страна, качеството на медицинска услуга в тези райони е занижено поради факта, че голяма част от помещенията, в които се извършват прегледите и манипулациите са недобре оборудвани и изискват основни ремонти. Трябва да се отчита и факта, че в определени случаи в слабо населените и трудно достъпни райони е нерентабилно да се поддържа повече от един ОПЛ (общопрактикуващ лекар).

Основно влияние върху достъпа до първична медицинска услуга оказва натовареността на изпълнителите в ПИМП при т.нар. големи практики, ограничаваща своевременната медицинска помощ. Заедно с това, липсата на адекватна информационна система и помощен персонал при обработката на значителния по обем документооборот води до сериозни отклонения от установените разбирания за качество на медицинската услуга. Налагането на горна граница за включване в пациентските списъци на лекарите от първичната помощ би довело до повишаване на ефективността и качеството на оказваната услуга. Тази мярка трябва допълнително да бъде анализирана и оценена като се вземат предвид особеностите на населените места с ограничен брой практики, тъй като има голяма вероятност това да доведе до някои неблагоприятни ефекти за пациентите.

1.2. Финансиране на първичната извънболнична медицинска помощ

Механизмът на финансиране на системата за първична извънболнична помощ се основава на разпоредбите в Националния рамков договор – 2005 г. Осигурителят в лицето на НЗОК заплаща договорената и извършената дейност на изпълнителите на ПИМП. Изпълнителите на ПИМП получават ежемесечно определена сума за всеки записан, задължително здравноосигурен пациент – капитация и за извършена дейност по съответните елементи, подробно разписани в НРД - профилактични прегледи, имунизации, диспансерна дейност, дейности по приоритетни програми и пр. Плащането се извършва след проверка на съответните документи, удостоверяващи броя на записаните ЗЗОЛ и извършените дейности през съответния месец.

В извънболничната медицинска помощ се финансират дейностите по диагностика, лечение, рехабилитация и наблюдение на болни, консултации и профилактика и др. Финансират се също така и дейностите, свързани с програмите за борба със социално значими заболявания, промоция на здравето, имунизации и профилактични прегледи. Лекарите от първичната медицинска помощ предписват лабораторни и други видове изследвания, насочват пациенти за консултативна, болнична помощ и пр.

НЗОК финансира изцяло основния пакет здравни дейности (регламентиран с Наредба №40/24.11.2004 г.) в първичната извънболнична медицинска помощ, който в най-общ план включва:

- **Здравноинформационни дейности** – запознаване на пациента с неговите права и задължения, организацията и дейностите извършвани съгласно медицинския пакет.
- **Промоция на здравето** – оценка на здравните проблеми, прекоцепционна консултация, семейно планиране и пр.
- **Профилактика (превенция) на здравето** – контрол по изпълнението на различни програми, оценка на рискови фактори, оценка на вредни навици, профилактични дейности съобразно националните здравни програми, профилактични прегледи на деца до 18 г. и бременни съобразно наредба на МЗ и пр.
- **Диспансеризация** – съгласно Наредбата за профилактичните дейности и диспансеризацията, активно медицинско наблюдение на бременността и пр.
- **Контрол на инфекциозни заболявания** – съгласно установените изисквания в нормативната уредба, извършване на имунизации и др.
- **Диагностично-лечебна дейност** – първичен основен преглед, вторични прегледи (в рамките на един и същ проблем), медицинска помощ при спешни състояния до пристигане на екип от ЦСМП или хоспитализация, медицинска помощ в дома на пациента, медицински манипулации и лечение, координация и насочване към лабораторно-диагностично звено; инструментални диагностични дейности и др.
- **Други дейности, свързани с диагностиката и лечението на болния** – насочване за планова консултация, телефонна консултация, насочване за

планова хоспитализация и пр.

- **Експертизна дейност** – предбрачна медицинска експертиза, експертиза преди постъпване на работа, в т. ч. и за професии на специален режим, експертиза на временната неработоспособност поради болест, насочване за медицинска експертиза към Лекарска консултативна комисия (ЛКК), подготвяне на документи за представяне на ТЕЛК.

Възприетият у нас модел за финансиране на изпълнителите на първична извънболнична медицинска помощ е структуриран, както беше споменато по-горе смесено на база капитация и заплащане за извършена дейност, в съотношение 60:40 в полза на капитацията. Капитацията осигурява гарантирано финансиране на ОПЛ за предоставянето на медицински услуги на записаните в пациентската листа, но същевременно намалява частта, определена от бюджета на НЗОК за заплащане за реално извършена дейност.

Моделът на смесено финансиране включва следните финансови компоненти:

1. **Капитация** – ежемесечно финансиране на база записан пациент. Пациентите имат възможност да избират и да се регистрират при определен ОПЛ като в този смисъл им поверяват грижата за координацията между подсистемите в здравната система. Този подход на записване в пациентски листи избягва еднократните регистрационни процедури и необходимото време за извършването им за всеки прегледан пациент. Капитационният компонент при модела на смесеното финансиране е диференциран на база възрастов признак. В определена степен този компонент се използва като допълнително стимулиране за извънредните дежурства и спешните повиквания.

Заплащането при капитацията (медицинско обслужване на записани в пациентската листа ЗЗОЛ по основен пакет за ПИМП) е диференцирано, както беше споменато по-горе единствено според възрастта на задължително здравноосигурените лица - до 18 години – 0.93 лв., от 18 до 65 години – 0.70 лв., над 65 години – 1.02 лв. В сравнителен план нарастването спрямо определените в НРД - 2003 г. цени е както следва – 24% за лицата до 18 години, 7.7% за основната група от 18 до 65 години и 7.4% за лицата над 65 години. Според основните институции в сектора на здравеопазването финансирането на общопрактикуващите лекари на принципа брой здравноосигурени лица намалява като дял от общото финансиране за сметка на извършена дейност.⁴⁹ Независимо от това според посочените по-горе стойности се забелязва увеличение на финансирането в абсолютна стойност.

2. **Финансиране за извършена услуга** - този компонент на компенсация отчита специфичните нужди и проблеми на записаните в практиката пациенти. Въвеждането на този вид финансиране стимулира ОПЛ да предоставят услуги, свързани с профилактиката и наблюдението на записаните пациенти. Отчита се извънредния прием на пациенти от други райони, които са записани в пациентски листи на други практики, предоставяйки възможност да бъде заплатена извършената услуга. ОПЛ получават ежемесечно заплащане за извършена дейност по различните направления, включени в минималния пакет и изпълнението по приоритетни програми:

⁴⁹ Доклад за здравето на нацията, стр. 75

- ✘ профилактична дейност по приоритетна програма "Детско здравеопазване" – диференцирано според възрастта от 3.50 до 6.25 лв., както и за имунизация 1.60 лв. (60%). Забелязва се нарастване спрямо предходния период във всички четири възрастови групи до 18 години, като в групата на лицата от 0 до 1 година нарастването е почти два пъти;
- ✘ диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ, включени в програмата "Майчино здравеопазване" – 1.20 лв. (20%);
- ✘ диспансерно наблюдение за едно или повече заболявания – 1.25 лв. (25%);
- ✘ профилактични прегледи на недиспансеризирани лица над 18 години – 3.8 лв. (за един профилактичен преглед годишно); нарастване спрямо предходния период с 26.7 %;
- ✘ при инцидентни посещения на ЗЗОЛ от друг здравен район – 4.15 лв.; (3.8%)..

3. **Допълнителна компенсация** – компонент, който отчита трудностите свързани с предоставянето на медицинска услуга на пациенти, живеещи в райони, определени като неблагоприятни за обслужване. При този вид финансиране е необходимо да се разгледа възможността за въвеждането на индекси, които отчитат специфичните условия свързани с предоставянето на услуги на бедни и малцинствени групи от населението. Освен това, тук могат да се причислят допълнителните заплащания на ОПЛ, определени по методика, в случай на неусвояване на годишния бюджет за ПИМП.

Спорни са ефектите, които носи последният елемент от механизма за финансиране на изпълнителите на ПИМП, а също и по какъв начин е обвързан с качеството на предоставяната медицинска услуга. Принципите и методите за финансиране на общопрактикуващите лекари трябва задължително да са обвързани с количеството и качеството на предоставяната здравна услуга, за да действат като стимул за повишаване на мотивацията им за оказване на достатъчна и качествена услуга. Заедно с това трябва да се стимулира извършването на дейностите по промоцията и превенцията на здравето

4. **Потребителска такса** – компонент, допълващ финансирането на ОПЛ като се счита, че този вид доплащане има известен възпиращ ефект върху потребяването на излишни услуги. Съгласно ЗЗО, чл.37 задължително здравноосигурените лица заплащат фиксирана потребителска такса – 1% от минималната работна заплата за всеки преглед за възможността да използват медицинската услуга, освен освободените от такава такса. Трябва да се има предвид обаче, че при ограничаване на потреблението може да се стигне до закъсняло търсене или изобщо до отказ от използване на медицински услуги, което в редица случаи може да предизвика усложнения в състоянието на пациента. Възпиращият ефект не е основната цел на този компонент, а преди всичко се цели стимулиране на индивидуалната отговорност и създаване у пациентите на представа за полезната стойност на медицинската услугата, макар заплащането да е относително малка част от реалната ѝ стойност.

В много от случаите промените, целящи подобряване на пропускливостта и гъвкавостта на първичната доболнична система, се свързват с промени във финансирането. Финансовите

“реформи” обаче не са задължителна предпоставка за подобряването на достъпа до първичната извънболнична услуга, както и за повишаването на нейното качество. Трябва да се има предвид, че в основата на всеки модел на финансиране са заложили вътрешноприсъщи преимущества и недостатъци. Особеностите на смесеното финансиране налагат да бъдат разглеждани самостоятелно двата основни компонента.

Принципни предимства и недостатъци на финансирането чрез такси за извършени услуги

Ползата от модела на финансиране на база извършена услуга се основава на прозрачност и лесна приложимост, прилагайки принципа - “парите следват пациента”. При него се формират непосредствени стимули, които определят поведението на изпълнителите при предлагането на медицинската услуга. Счита се, че компонентът *такса за извършена услуга* повишава производителността на изпълнителите, тъй като ги компенсира напълно за голямото разнообразие на услуги, които предоставят на пациентите.

Трябва да се има предвид, че стимулите при финансирането за извършена дейност насърчават лекарите да обслужват колкото е възможно повече пациенти. Следователно всичко, което забавя процеса на обслужване на пациента, намалява приходите на общопрактикуващите лекари. При тези условия ОПЛ се стремят да ограничат дейностите, които им носят ниски приходи и водят до съществена загуба на ресурси като например домашните посещения, телефонните консултации след работно време, грижата за по-възрастни пациенти, както и наблюденията на бременни и пациенти с комплексни заболявания. Счита се, че финансирането на база извършена услуга подтиква лекарите да предлагат на пациентите частични услуги и ограничават достъпа до основни услуги за сметка на скъпоструващи и неефективни процедури.

Основният недостатък на компонента *такса за извършена услуга* е провокиран както от стимулите, които поражда относно предлагането на повече и скъпо струващи услуги, така и от вероятността да е придружен от риска за снижаване на качеството. В допълнение, като проблем се явява способността за адекватно компенсиране на общопрактикуващите лекари за грижата за пациенти с по-комплексни и сложни проблеми, която е зависима от установения размер на таксата.

Въпросът не бива да се разглежда едностранчиво и да се твърди, че изпълнителите преследват единствено финансовата изгода и пренебрегват пациентските нужди. Много ОПЛ, особено работещите с малцинствата и в отдалечените селски райони, са принудени да предоставят най-добрата възможна услуга за техните пациенти при изключително трудни условия и в много от случаите безвъзмездно. Голяма част от лекарите, работещи при подобни условия, са обезсърчени, тъй като техни колеги работят при сравнително по-облекчен режим.

Не на последно място, при заплащането на база извършена дейност, ограниченото време за преглед може да доведе до прибързани решения и препращане към централите за неотложна помощ или за консултация със специалист на сложните и заплетени случаи, без да е налице реална необходимост от предприетите мерки.

Принципни предимства и недостатъци на финансирането чрез капитационна такса

Методът на *капитация* фундаментално се различава от *такса за извършена услуга*, предлагайки на доставчиците на медицински услуги фиксирана сума за всеки записан в листата потенциален пациент, която не е обвързана с резултата. Изпълнителите получават постоянно

месечно възнаграждение независимо дали записаните пациенти са се лекували през конкретния месец и за тях са извършени определен набор от услуги.

Капитацията отхвърля риска, който носи непостоянната използваемост на услугите на ОПЛ, тъй като заплащането е обвързано със споменатите пациентски листи. Трябва да се има предвид, че този риск на статистическа променливост е по-голям, когато броят на обслужваната пациентската група е с тенденция към намаляване. Поради тази причина, за да бъде рискът приемлив е необходим голям размер на лекарската практика. Още тук се проявява противоречието между ограниченият достъп при големи практики и ниските доходи на общопрактикуващите лекари при малки практики. Ниската използваемост при големите практики предопределя разхищението на финансовите ресурси.

Преимствата на капитацията като метод за финансиране на изпълнителите на първична извънболнична помощ се градят върху неговата предсказуемост. За общопрактикуващия лекар е сравнително лесно да определи възникването на по-голямата част от разходите за фиксирания, в рамките на пациентската листа, брой пациенти и съответното заплащане на база капитация. Изпълнителите на медицинската услуга използват тази сигурна ежемесечна сума, за да покрият разходите си, включително възнагражденията за наетите лекари и медицински сестри, оперативни и административни разходи, както и всички други разходи свързани с предлагането на медицински услуги за включените в регистъра на ОПЛ пациенти.

Теоретично, капитацията позволява на общопрактикуващите лекари да прекарват повече време с пациентите, тъй както нямат стимул да предоставят по-голям брой услуги. Заедно с това, ОПЛ имат възможност точно да идентифицират нуждите на пациентите, за които са отговорни: например специфичните високорискови групи, изискващи постоянно наблюдение - пациенти с астма, диабет или сърдечно-съдови заболявания.

Основен недостатък на модела е, че поставя общопрактикуващите лекари в потенциален конфликт на интереси, тъй като предоставянето на каквато и да е услуга е свързана с извършването на известни разходи и поемането на определен финансов риск. От тук произтичат негативи, които провокират ОПЛ да не предоставят достатъчен обем услуги, доколкото при предоставянето на допълнителни услуги няма да получат допълнителни капитационни средства. Възникването на тези отрицателни ефекти са предизвикани и от факта, че ОПЛ получават средствата независимо от извършените медицински услуги въз основа на записаните в пациентската листа, което им дава възможност за ограничаване на предоставяните услуги.

Въпреки че методът на капитация изглежда ясен и лесно приложим, в основата си той е сложен механизъм и изисква значителна фина настройка от гледна точка определянето му на база справедливост. В НРД е заложен изключително слаба диференциация на този важен елемент от заплащането на доставчиците на медицинската услуга и не предлага големи възможности за минимизиране на отрицателните ефекти от прилагането му. Без определянето на точни правила при употребата му има голяма опасност от ефекта “обиране на каймака” (cream skimming) – привилегировано записване на здрави и млади пациенти, които изискват по-малко грижи.

Прехвърлянето на финансовия риск върху ОПЛ стимулира склонността им за осъществяване на неблагоприятна селекция, свързана със здравния статус на пациента – записване на нискорискови и млади пациенти и отхвърляне на възрастни пациенти както и пациенти с висок риск от заболявания, за които се налага значителен разход на ресурси.

Същността на социалния здравноосигурителен модел и въведеното капитационно финансиране предполагат задължението нито един индивид да не бъде отхвърлен при избора си на общопрактикуващ лекар на база здравен статус. Въпреки това при регистрирането на пациентите могат да се забележат елементи на селекция, тъй като ОПЛ си позволяват да правят избор като заобикалят регулациите, пречещи им да селектират пациентите в листите си.

Ограничаването на неблагоприятната селекция посредством осигуряването на финансова стабилност на изпълнителите чрез капитационни коефициенти трябва адекватно да отговаря на здравните нужди на записаните в пациентските листи. Възрастта като единствен критерий непълно регулира тези нужди, въпреки че въвеждането и формулирането на нови критерии също може да не елиминира риска от неблагоприятната селекция, както и да не защити изпълнителите от възникването на непредвидени разходи.

Капитацията, за разлика от заплащането за услуга, не изисква заплащане за всеки отделен случай и поради тази причина изисква допълнителни административни дейности, свързани с регистрирането, заличаването на регистрацията и постоянното следене на пациента вътре в практиката. Тези административни процедури и вътрешна отчетност на практиките са свързани със загубата на времеви ресурси както и допълнителни разходи за ОПЛ.

За преодоляването на някои негативи, когато капитацията е значителен компонент от финансиращия механизъм, като предпазна мярка се въвеждат и поддържат някои от елементите на заплащане за извършена услуга, за да бъдат гарантирани такива дейности като превенция, профилактика, имунизации и пр. Въпреки това отчетите на НЗОК и анализите на здравните експерти не предоставят достатъчно доказателства, които да бъдат приведени в полза на капитацията при предлагането на промоция на здраве и профилактика на болестите.

Трябва да се има предвид факта, че при повишаване на съотношението между компонентите в полза на капитацията, се променят финансовите стимули за предоставяне на достатъчна медицинска услуга в сравнение с това, ако се повиши в полза на заплащането за извършена услуга. Както вече беше споменато, при капитацията финансирането се осъществява независимо от това дали се извършват услуги или не и следователно са съпроводени с ограничаване на инициативата за по-пълно и комплексно обслужване на регистрираните пациенти. В този аспект непрозрачността на тази схема за финансиране може да бъде възприет като недостатъчно гъвкав инструмент за осигуряване на достатъчност на услугите и високо качество.

Необходимо е да бъде отчетен факта, че присъщите на капитацията негативни характеристики – стимули за ограничаване на предлаганите услуги и неблагоприятната селекция не се ограничават от модела на смесено финансиране на практиките и организацията на дейността им като дружества, работещи на печалба.

Някои негативни ефекти на капитацията могат да бъдат избегнати посредством допълнително изискване за намаление на основата ѝ, което да стане част от механизма на заплащане. Намалението трябва да е свързано с приспадането или анулирането на цялото или на част от евентуалното плащане за записан пациент, който търси първична медицинска помощ извън покритата от листата практика.

Необходимостта от намаление произтича от значителния брой пациенти, регистрирани или нерегистрирани към определена практика, които не желаят да се ограничава техния достъп до здравната система само в рамките на определена практика и често търсят медицински услуги извън нея. Голяма част от пациентите демонстрират негативизъм към съществуващите

ограничения за избор и достъп до специализирана медицинска услуга. В подкрепа на това трябва да се има предвид, въпреки липсата на по-конкретни данни, непрекъснатата мобилност на пациентите от практика в практика, която е административно ограничена в рамките на шест месеца. (В края на 2004 г. общо 210 564 души в страната са сменили личния си лекар. За София техният брой е 27 430, за Пловдив - 18 350, за Варна - 12 981. Пациентите, пожелали да се лекуват при друг общопрактикуващ лекар, са най-малко в Смолян –2172, и във Видин - 2208 души (<http://www.nhif.bg>).

Въвеждането на намаления, коригиращи капитационните суми, ще гарантира на финансиращите агенти (пациентите, правителството, касата/фондовете), че няма да заплащат повече от веднъж за предоставена услуга. Имайки предвид, че капитацията е предназначена да покрива целия гарантиран обем медицински услуги, се очаква, че услугата ще бъде предоставена в рамките на практиката, получаваща плащането на капитацията. Каквото и да е друго плащане за медицинска услуга извън практиката, в която фигурира пациента, представлява дублиране на плащане. Като покриват пълните разходи на услугите извършени извън практиката, пациентите са поставени в неблагоприятната позиция да заплащат и за неизползвани услуги.

Намалението може да бъде приложено в две основни насоки:

- възстановяване на цялата или част от месечната капитация получена за записаните в практиката индивиди, които търсят медицински услуги извън практиката; или
- възстановяване на цялата или част от действителната стойност на услугите, получени извън практиката (при развит пазар на медицински услуги между здравноосигурителните фондове).

При въвеждане на подобни намаления трябва да се има предвид, че коригирацията им механизъм няма да бъде достатъчно справедлив и за двете страни – финансираща страна или доставчик на медицинската услуга. Като правило моделът на капитацията е изчислен като средно годишна стойност на индивид, базирана на средния брой между тези, които ползват медицински услуги през месеца и тези, които не ползват. По принцип, медицинска услуга, която не е потребена през месеца, условно представлява увеличение – повечето индивиди търсят епизодично медицинска помощ, обикновено през сравнително редки периоди на интензивно лечение. В допълнение, ако намалението се равнява само на месечната капитация, а в същото време заплатената такса за извършена услуга извън практиката се равнява на пълната стойност на услугата, полученият резултат ще бъде дублиране на заплащането в значителен размер като в повечето случаи действителните разходи (пазарните цени) за услугата далеч ще превишават месечните плащания.

Този подход би предложил необходимите стимули на пациентите да изберат и останат в пациентската листа като ползват първична медицинска услуга единствено в практиката. В голяма степен това ще допринесе за постигането на установените цели на капитацията да отговаря и координира медицинските услуги на входа на системата.

Друг тип намаление, което беше обсъждано, но не беше въведено с новия НРД – 2005, е т.нар. падаща капитация. Финансиращата институция намалява заплащането на общопрактикуващия лекар с увеличаването на броя регистрирани пациенти над определен таван. Въвеждането на този коригиращ механизъм цели ограничаване на финансовия стимул за записване на много пациенти над допустимата граница, което от своя страна кореспондира с качеството на

предоставяната услуга.

При смесения модел на финансиране, заплащането за извършена дейност и допълнителните компоненти са насочени към проблемите свързани с ограничаването на предлаганите услуги, особено в районите с проблемно покритие. Моделът балансира неудобствата от финансирането само по една схема и осигурява допълнителни финансови средства за развитие на клиничната дейност. Комплексното съчетаване на компонентите при финансирането на оперативните разходи подобрява обсега на медицинските услуги и допринася за предоставянето им в трудно достъпни райони и работата с високорискови групи.

Ключов проблем, присъщ на първичната извънболнична помощ, е прехвърлянето на риска. Залагането на подходящи лостове може да допринесе за ограничаването на тази неблагоприятна тенденция. На първо място са споменатите финансови стимули при смесеното финансиране, в което присъстват специфични и допълнителни възнаграждения (капитация), особено за обезпечаването на ОПЛ за извършени разходи, свързани с някои по-скъпи медицински услуги. Необходимостта от такъв компонент се подкрепя от факта, че без него ОПЛ ще бъдат поставени в позиция да прехвърлят грижата, за да минимизират разходите си, към специализираната извънболнична или болнична помощ. Тоест липсата на подобни финансови стимули би могла да доведе до увеличаване на потоците от пациенти с ориентация от по-евтината амбулаторна услуга към по-скъпата стационарна услуга.

Други методи, ограничаващи избягването на риска, включват допълнително заплащане за диагностициране, лечение и диспансеризация на хронично болни, които изразходват оскъдните финансови и времеви ресурси на ОПЛ, особено при практиките с малък размер на записани пациенти, които предлагат ограничени приходи за изпълнителите. Не на последно място, пациентският избор би могъл да се счита за сигурен инструмент, възпиращ и намаляващ склонността за икономии.

Рискът може никога да не бъде елиминиран напълно. Счита се, че методите, които могат да ограничат този проблем (в случая смесеното финансиране), в определена степен намаляват ефективността.⁵⁰

Съвкупността от фактори, влияещи косвено или пряко върху параметрите на дейността на ОПЛ, трябва да бъдат идентифицирани и задължително да бъдат наблюдавани и анализирани в дългосрочна перспектива от отговорните и финансиращите институции.

Пациентските листи са основен елемент на механизма за финансиране на база капитация, освен това служат преди всичко като инструмент за предвиждане в определена степен размера на разходите⁵¹. Всеки пациент сключва договор с общопрактикуващия лекар и се съгласява да получава първични медицински услуги само от индивидуалната или груповата практика, към която принадлежи избраният лекар. За всеки регистриран пациент, финансиращата институция, в случая НЗОК, отпуска периодично фиксиран размер средства (капитация). Конкретният размер зависи от броя на записаните пациенти и определен капитационен коефициент, диференциран на база възраст.

До голяма степен е спорно доколко разграничение въз основа на един критерий може да обезпечи финансовия риск на ОПЛ, предвид специфичните (здравните) особености на регистрираните в листата пациенти. Други възможни критерии са: разпръснатост на практиката;

⁵⁰ Hutchison B, Hurley J, Reid R, Dorland J, Birch S, Giacomini M, et al. Capitation formulae for integrated health systems: a policy synthesis. Ottawa, Ont: Canadian Health Services Research Foundation; 1999.

⁵¹ Mulligan, P. Capitation: the wrong direction for primary care reform.

слабо населени райони; лоша инфраструктура, рисков социален контингент и пр.

Пациентските листи създават известни административни и финансови трудности на общопрактикуващите лекари. Организацията, управлението и контрола на сроковете и процедурите на сключените споразумения между страните (изпълнители, потребители, финансиращ орган) усвояват времеви ресурси, необходими за предоставяне на медицински услуги.

Въвеждането на пациентски листи в извънболничната медицинска помощ е свързано с някои техни предимства и недостатъци

Силни страни на пациентските листи:

- ✘ *Изясняване на отговорностите в отношенията между пациент и лекар.*
- ✘ *Възможности за повишаване на пациентските отговорности.*
- ✘ *Възможност за комплексно наблюдение на пациента.*
- ✘ *Ограничаване на дублиращи се медицински услуги.*

Счита се, че този регулативен механизъм е свързан с по-справедливо и ефективно разпределение на средствата между общопрактикуващите лекари, като заедно с това чрез него се постига нарастване на удовлетворението на пациентите от предоставяните услуги, по-добра превенция, навременен достъп до услуги, намаляване на дискомфорта при хронично болните и инвалидите.

Слаби страни на пациентските листи:

- **Ограничаване на избора на осигурените.** Голяма част от пациентите оценяват достъпа до медицинска услуга чрез свобода си на директен избор на лекар с определена специалност като това схващане противостои на задължителното им включване в ограничаващ списък.
- **Отказ от ползване на услугите** на ОПЛ поради затруднения достъп.
- **Географски ограничения.** Листата налага пациента да избира общопрактикуващ лекар в близост до дома си или местоработата си, но не и двете. Проблемът се засилва при миграционни процеси, свързани с осигуряването на трудовата заетост.
- **Необходимост от осигуряване на непрекъснатост на лекарските задължения.** Недостигът на общопрактикуващи лекари в слабо населените и трудно достъпни райони, както и трудностите свързани със заместването им, в случаите, когато не могат да изпълняват лично задълженията си, ограничават възможностите на лекарите да обслужват пациенти 24 часа в денонощието, както и да повишават квалификацията си..
- **Повишаване на доверието, което формира усещането за “делегиране на права” у пациента.** Близкият контакт между пациента и семейния лекар води до нарастване на пациентските очаквания.
- **Нарастване на административните разходи.** Развитието и поддържането на пациентски списъци увеличават разходите на изпълнителите на първична извънболнична помощ.

Проблеми пред първичната помощ в България

Основни проблеми, пред които е изправена подсистемата на ПИМП:

- Ограничен достъп на пациентите до първична извънболнична медицинска помощ и особено неговата своевременност при големите практики (наемане на медицински персонал в големите практики - втори лекар, медицинска сестра и т.н.), както и в отдалечени и слаборазселени места.
- Подсистемата се управлява, финансира и контролира единствено от НЗОК, което ограничава значително условията за достъп на трети страни до актуална и своевременна информация за здравния статус на населението.
- Ниският капацитет на НЗОК, липсата на стимули за контрол върху дейността на ОПЛ и ограничената възможност за санкции при регистриране на нарушения правят контрола върху дейността неефективен.
- Липсва регламентация на изискванията за медицинските специалисти да инвестират в развитие на практиката и материалната база, в условията на която осъществяват дейността си.
- Дисбаланс между размера на капитацията и таксите за извършени услуги от страна на ОПЛ.
- Липса на възможност за реален избор на общопрактикуващ лекар в провинциалните и слаборазселените райони.
- Голям документооборот, отнемащ времеви ресурси.
- Трудности с осигуряването на постоянен денонощен достъп (7/24) до медицински услуги, във връзка с широкия пациентския списък.
- Липса на интегрирана информационна система, съдържаща история на заболяването на пациентите.
- Неограничен брой пациенти на един общопрактикуващ лекар.
- Недостатъчна квалификация и продължаващо обучение на специалистите.
- Нарушени връзки между първичната и специализираната извънболнична помощ.

1.3. Организация и финансиране на медицинска помощ при спешни и неотложни случаи

Изключително важната роля на спешната и неотложната помощ в цялостния процес за предоставяне на медицински услуги на населението налага тя да бъде разгледана в отделна точка на настоящата разработка.

Освен това е необходимо да се направи разграничение в понятията "неотложна" и "спешна" медицинска помощ, чието смислово съдържание е в зависимост от възможностите за осигуряване на своевременна медицинска помощ и степента на тежест на състоянието на нуждаещия се. *Неотложната медицинска помощ*, съгласно Наредба №10 от 31.05.1994 г. е медицинска дейност за оказване на срочна медицинска помощ на болни и пострадали лица, чийто живот не е пряко застрашен, но се нуждаят от медицинска помощ в кратък срок.

Спешната медицинска помощ, съгласно Наредба №25 от 04.11.1999 г. е основно дейност за оказване на спешна медицинска помощ на болни и пострадали лица, намиращи се в състояние, пряко застрашаващо живота им.

Неясното разграничение на двете специализирани медицински дейности основно произтича от незавършилата реформа в първичната медицинска помощ и установените традиции в българското здравеопазване, от една страна и затруднения достъп до ЦСМП, от друга.

Организация на неотложната медицинска помощ

Правната регламентация на организацията и управлението на неотложната помощ е изключително подценена и неясна, поради това, че не е предвидена нейната самостоятелна обособеност в системата на здравеопазването. Неотложната медицинска помощ е част от първичната извънболнична медицинска помощ и осигуряването ѝ при необходимост е вменено изцяло като задължение на общопрактикуващия лекар.

Необходимо е да се преразгледа визията за неотложната помощ в правната уредба предвид спецификата на тази дейност, различаваща се коренно по смисъл от първичната извънболнична помощ. Осъществяването на неотложната медицинска помощ изисква и специален режим на отзоваване (30 мин.) съгласно чл. 12 от Наредба № 10, какъвто лечебните заведения за първична извънболнична медицинска помощ не са в състояние да подсигурят.

Сложната нормативна база допълнително натоварва организацията и взаимовръзките между системите на здравеопазването, за които е жизненоважно да имат точно определени граници, тъй като в обратния случай се губи смисълът им да функционират като отделни подсистеми и тяхното самостоятелно финансиране и управление. Преодоляването на проблема с недотам ясният статут на тази подсистема следва да се преразгледа и в правната уредба на ЗЛЗ, като се разграничи или обедини режимът на организираниите от държавата заведения за спешна и неотложна помощ (чл. 5 ЗЛЗ), кореспондиращ с уредбата на лечебните заведения за първична помощ в останалите подзаконовни актове.

Наредба № 40 от 24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, Приложение № 1, член единствен, уреждащ основния пакет първична извънболнична медицинска помощ съдържа "...т.VI.4. Оказване на медицинска помощ при спешни състояния и поддържане на жизнени функции при застрашаващи живота състояния до пристигане на екип от ЦСМП". От цитираната наредба произтича и задължението на НЗОК да заплаща този вид дейност на изпълнителите ѝ, въпреки че не съвсем конкретно е указана като неотложна помощ. Този текст кореспондира с чл. 45, ал. 1, т. 5 от ЗЗО, на чието основание НЗОК финансира неотложната медицинска помощ, осъществявана от специални звена.

Основните дейности, извършвани от звената за неотложна помощ съгласно Наредба № 10, които следва да бъдат финансирани, обхващат: осигуряване на неотложна медицинска помощ; осъществяване на диагностична дейност; оказване на лечебна помощ на болните; оказване на спешна медицинска помощ при стихийни бедствия, аварии и катастрофи, като при необходимост търсят съдействието на центъра за спешна медицинска помощ; осъществяване на трудово-лекарска експертиза на временната нетрудоспособност. Заедно с това, звената осигуряват неспешен санитарен транспорт на болни, както и други транспортни дейности, ако им бъдат възложени от здравното заведение, в което са разкрити.

Организация на спешната медицинска помощ

Реформата в спешната медицинска помощ започва през 1994 г. със създаването на т.нар. центрове за спешна медицинска помощ, които през 1996 г. са преобразувани в лечебни заведения съгласно изискванията на Закона за лечебните заведения. Съгласно нормативната уредба Центърът за спешна медицинска помощ е лечебно заведение, в което медицински специалисти с помощта на друг персонал оказват спешна медицинска помощ на заболели и пострадали лица в дома, на местопроизшествието и по време на транспортирането до евентуалната им хоспитализация. Заедно с това, в чл. 3 от Наредба №25 е указано, че всички лечебни заведения оказват необходимия обем от спешна медицинска помощ на всяко лице, нуждаещо се от такава.

Основният принцип, според който функционира системата на спешната медицинска помощ, е своевременността на обслужването. В обхвата на доболничната спешна помощ попадат⁵²:

- ✘ всички болни и пострадали, намиращи се в състояние, пряко застрашаващо живота им;
- ✘ болни и пострадали, потърсили сами помощ в спешните отделения или сектори на центрoвете за спешна медицинска помощ (ЦСМП);
- ✘ лица с данни за психично разстройство, които представляват опасност за себе си или околните;
- ✘ жени със започващо раждане или аборт;
- ✘ деца до една година, за които е потърсена медицинска помощ;
- ✘ болни и пострадали, при които не може да се прецени характерът и тежестта на заболяването.

На този етап оказването на спешната медицинска услуга се предоставя от изградените 28 областни центъра за спешна медицинска помощ и 188 филиала с обособени в съществуващите лечебни заведения спешни приемни отделения. Към края на 2002 г. в центрoвете работят 6 705 души – лекари 1 496 (22%), полувисш медицински персонал 2 291 (34%), шофьори 1 912 (29%) санитарни и друг немедицински персонал 1 015 (15%).⁵³ Центърът е юридическо лице със седалище административния център на съответната област като осъществява дейността си на нейната територия чрез съответните му структурни поделения – филиали за спешна медицинска помощ (ФСМП), спешно отделение (СО), спешен сектор (СС), имайки предвид, че структурата на спешната помощ не е единна. Контролът върху цялостната дейност на центрoвете за спешна медицинска помощ се осъществява от съответните РЦЗ.

Основните дейности, организирани и осигурявани от Центровете за спешна медицинска помощ, са регламентирани в правната уредба в следния ред⁵⁴:

- ✘ оказване на квалифицирана спешна медицинска помощ на местопроизшествието;
- ✘ оказване на необходимия обем от спешни диагностични изследвания съобразно възможностите и наличната апаратура;

⁵³ Сп. Спешна медицина, Териториално разположение на ЦСМП в България, Й.Трайков, М.Гайдев, Р.Колева

⁵⁴ Наредба №25 от 04.11.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ

- ✘ клинично и инструментално наблюдение на пациента до неговата хоспитализация;
- ✘ провеждането на необходимите лечебни и специфични реанимационни дейности до настаняването на пациента в болница;
- ✘ оказване на спешна медицинска помощ при бедствия, аварии и катастрофи, осъществявайки взаимодействие с органите на полицията, пожарната и гражданската защита;
- ✘ спешна консултативна помощ между лечебните заведения, предоставяйки спешен санитарен транспорт на републиканските и районните консултанти;
- ✘ координация и дейността по транспорта на донори и органи до лечебните заведения, в които се извършват трансплантации;
- ✘ приемане, регистриране, обработка и предаване с помощта на автоматизирана информационно-комуникационна система на постъпилите повиквания за помощ и подадената информация от екипите; данните се съхраняват върху магнитен носител за срок 3 години;
- ✘ осигуряване на специализиран транспорт;
- ✘ вземане на кръвни проби за алкохол и други упойващи вещества от водачи на моторни превозни средства;
- ✘ експертиза за временна неработоспособност.

Престоят в обособените спешни отделения е ограничен и не трябва да надвишава 12 часа, като при състояние на пациента, налагащо болнично лечение, спешният екип предлага своевременно хоспитализация в специализирано лечебно заведение. В нормативния документ, уреждащ реда и условията за оказване на спешна медицинска помощ, липсват императивни разпоредби, гарантиращи продължаване на лечението в болнична обстановка на болни и пострадали, намиращи се в състояние, което пряко застрашава живота им.

Съгласно ЗНЗ финансирането на спешната медицинска помощ се извършва от републиканския и от общинските бюджети⁵⁵, поради което НЗОК не финансира този вид дейност. Това се установява и от Наредба № 40 на министъра на здравеопазването за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Организацията, управлението и контрола е под юрисдикцията на държавата в лицето на МЗ.

Проблеми и перспективи

Основни проблеми на подсистемата на спешната медицинска помощ:

- Спешните отделения обикновено са в рамките на болничните структури, а специалистите, работещи в тях са на двойно подчинение. От една страна са подчинени административно на спешната медицинска помощ, от друга, функционално подчинени на болницата. Правното регулиране на тази част от здравната система не търпи отлагане, тъй като липсата на яснота оказва съществено влияние върху на качеството на услугите.

⁵⁵ С влизането в сила от 01.01.2005 г. на Закона за здравето, финансирането на спешната медицинска помощ остава грижа на държавата.

- Болниците не получават финансиране за спешните отделения, въпреки че спешната помощ ползва ресурси на болницата.
- Достъпност до спешната помощ в отдалечените и слабо населени райони в страната.
- Осигуряването на по-високо качество на медицинското обслужване при спешните състояния, обвързано с липсата на достатъчно финансовите средства
- Навременността на оказването на помощта.
- Регулиране на отношенията и взаимодействието между двете подсистеми ЦСМП и болниците.
- Специализираните структури за спешна медицинска помощ поемат голяма част от ангажиментите на общопрактикуващите лекари, тъй като при невъзможност да намерят личния си лекар, хората си обръщат директно към спешната помощ.
- Увеличаване на амбулаторната дейност в спешните отделения в болниците и увеличаване на амбулаторните прегледи, отговорност на общопрактикуващите лекари. Освен това слабо развитата система за социално обслужване също спомага за насочването към ЦСМП на случаи, които не са спешни.

В краткосрочен план е възможно да се търси решение на проблемите в подсистемата на спешната медицинска помощ на основата на проучване на следните възможности:

- финансирането на спешната медицинска помощ да премине изцяло на заплащане за дейност, какъвто е въведеният в болниците механизъм на финансиране, имайки предвид спецификата на непрекъснат режим на работа на екипите;
- навлизане на частни структури в системата за СМП;
- изграждане на интегрирана национална система за спешна медицинска помощ;
- създаване на квалифициран среден медицински и парамедицински персонал, който постепенно да изнася основната тежест на доболничната част от спешната медицинска помощ – посещенията на адрес.

В дългосрочна перспектива следва да се анализира и оцени оправдано ли е диференцирането на формите за оказване на бърза медицинска помощ, тъй като наличието на две системи с трудно разграничими функции затруднява населението при избор на система за обслужване. Поради подчертано социалната роля на този вид услуга, при оценката е необходимо да се вземат предвид комплексните потребности на населението, опосредствани от психосоциалните аспекти, които оказват въздействие върху личността на нуждаещия се и околните. Заедно с това трябва да се има предвид еволюционното развитие формирало структурата на дейността и фазата, в която постепенно бяха заличени границите между спешна и неотложна медицинска помощ, с цел да се избегне определен регресионен ефект от тяхното пълно разделяне.

Предоставянето на спешни медицински услуги, обусловено от социалното значение на здравните проблеми на личността, измества икономическите акценти и поставя сериозни проблеми пред способността да се достави максимална стойност за пациента с минимален разход на ресурси. В основата на едно адекватно решение лежи необходимостта да се

преценят факторите, които може да осигурят оптималното функциониране на подсистемата на доболничната спешна помощ и съответния икономически и медицински ефект от него.

1.4. Организация и финансиране на специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП)

В основните дейности на специализираната извънболнична медицинска помощ се включват специализираните и високоспециализираните медицински дейности, медико-диагностичните изследвания и високоспециализираните медико-диагностични изследвания. Те се извършват от специалисти в различните области на медицината в създадените за целта лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ, съгласно ЗЛЗ.

Необходимо условие за създаването на медицински център (МЦ), стоматологичен център (СЦ) или медико-стоматологичен център (МСЦ) е в тях да работят не по-малко от трима лекари и/или трима стоматолози с различни признати специалности. В диагностично-консултативния център (ДКЦ) съответно трябва да осъществяват дейност не по-малко от 10 лекари с различни признати специалности, като центърът трябва да бъде оборудван с необходимата медицинска апаратура, да разполага поне с една медико-диагностична лаборатория и уредба за образна диагностика. Тези лечебни заведения по закон трябва да имат открити 10 легла за наблюдение и лечение на пациентите до 48 часа.

В закона са уредени и условията, касаещи самостоятелните лаборатории, като в медико-диагностичните е задължително да работи поне един лекар с призната специалност по профила на лабораторията, извършващ с помощта на други специалисти предписаните от друг лекар или стоматолог специализирани медицински изследвания.

Индивидуалните специализирани практики се осъществяват в създадени за целта амбулатории от лекар, съответно стоматолог, с призната специалност, като съответно се регистрират в регионалния център по здравеопазване. При груповите практики за специализирана медицинска помощ регистрацията е идентична, като дейността се организира и осъществява от търговско дружество или кооперация, учредени от лекари, съответно стоматолози, с една и съща призната специалност.

Според Доклада за здравето на нацията, през 2003 г. съществуват 360 медицински центъра, 101 диагностично-консултативни центъра с общ брой работещи в тях специалисти 7 161. Трябва да се има предвид факта, че лекари, работещи в болничната помощ, се включват в съответни структури за предоставяне на специализирана медицинска помощ, което в определена степен размива границите между системите на болничната и доболничната помощ.

В по-голямата си част специализираната извънболнична медицинска помощ се извършва от лекари, наети в търговски дружества с преобладаващо или изцяло общинско участие. Счита се, че делът на частните практики и лечебни заведения за осъществяване на специализирана извънболнична помощ непрекъснато нараства, но все още е относително малък.

Обхват

Основният пакет здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (регламентиран с Наредба №40 /2005 г.) в специализираната извънболнична медицинска помощ, включва:

Общомедицински дейности - медицински преглед, промоция, превенция и профилактика, експертиза на временната и трайната неработоспособност и пр. и съответните видове

манипулации;

Специализирани и високоспециализирани медицински дейности:

- ✘ акушерство и гинекология;
- ✘ анестезиология и интензивно лечение;
- ✘ болести на нервната система:
- ✘ вътрешни болести;
- ✘ гастроентерология;
- ✘ гръдна хирургия;
- ✘ детски болести;
- ✘ ендокринология и болести на обмяната, детска ендокринология и болести на обмяната;
- ✘ инфекциозни болести;
- ✘ кардиология, детска кардиология;
- ✘ клинична алергология, детска клинична алергология;
- ✘ клинична токсикология;
- ✘ клинична хематология;
- ✘ кожни и венерически болести;
- ✘ медицинска паразитология;
- ✘ неврохирургия;
- ✘ нефрология;
- ✘ онкология;
- ✘ ортопедия и травматология;
- ✘ очни болести;
- ✘ пневмология и фтизиатрия, детска пневмология и фтизиатрия;
- ✘ психиатрия, детска психиатрия;
- ✘ ревматология, детска ревматология;
- ✘ рентгенология;
- ✘ съдова хирургия;
- ✘ ушно-носно-гърлени болести;
- ✘ урология;
- ✘ физиотерапия и рехабилитация;
- ✘ хирургия;
- ✘ медицинска паразитология;
- ✘ вирусология;
- ✘ имунология;
- ✘ имунохематология;
- ✘ клинична лаборатория;
- ✘ клинична микробиология;
- ✘ медицинска паразитология;
- ✘ обща и клинична патология;
- ✘ рентгенология (специализирани изследвания).

Покритие и достъп

Отношенията между извънболничните първична, специализирана помощ и медико-диагностични медицински дейности, както и високо специализираните дейности са регулирани на база разработени регулативни стандарти, които дават възможност за разпределение на

обемите в зависимост от лицата в пациентските листи (остри случаи или брой диспансеризирани лица) чрез издаване на направления за специалист и/или изследвания. Достъпът до специализираната извънболнична помощ се осъществява след консултация с личен лекар и издадено направление.

Финансиране

В системата на специализираната извънболнична помощ се прилага комбинация от следните основни компоненти на финансиране:

Такса за услуга – видовете специализирани услуги се заплащат по ред, разписан в НРД, съгласно Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Необходимо е да се отбележи, че в нормативната уредба това понятие не е изрично дефинирано като такса за услуга, но механизмът на функциониране и стимулите, които се наблюдават, са идентични с тези, които стоят зад това понятие в другите страни.

Дейностите в системата на СИМП са със значително широк обхват и съответно различни цени. При този модел на финансиране комбинацията от предоставяни услуги в известна степен е детерминирана от нивото и структурата на установените плащания. Трябва да се има предвид факта, че някои от специализираните услуги са дефинирани доста широко и включват ограничен брой процедури, докато други са строго дефинирани и обхващат значителен брой процедури. Ясното определяне на структурата на специализираните услуги и съобразения с нея финансиращ механизъм ще допринесе в най-голяма степен за постигането на желаните здравни резултати.

Стойността на таксата е фиксирана според спецификата на услугата и се установява посредством преговори между професионалните съюзи на лекари и стоматолози и представителите на НЗОК. Основните цени, договорени за извършените общомедицински и специализирани дейности в рамките на бюджета на НЗОК за съответната бюджетна 2005 г. са: първично посещение – 11.50 лв., вторично посещение – 5.50 лв. Общият размер на приходите на изпълнителите зависи от броя предоставени услуги, т.е. при по-голям обем предоставени услуги, получават повече приходи.

Фиксираните такси за услуги от своя страна създават стимули за доставчиците за изкуствено нарастване на обема на услугите. Поради това, за да бъде контролиран размера на разходите, фиксираните услуги трябва да бъдат комбинирани с общи разходни тавани.

Трябва да се има предвид, че достъпът до специализираната извънболнична помощ е ограничен в по-висока степен, отколкото предполагат рационалните цели за съдържане на здравните разходи поради лимитирания обем здравни услуги, финансирани от НЗОК. Това поражда стимули за предлагане на частни медицински услуги, позволяващи генерирането на допълнителни доходи.

Допълнително финансиране в системата на специализираната помощ, въпреки ниската си относителна стойност в приходите на изпълнителите, е потребителската такса, която също се основава на база такса за услуга, тъй като потребителят е задължен да я заплаща при всяко посещение - първично или вторично.

Методът такса за услуга в комбинация с липсата на регулации и контрол по действителното предоставяне на услугите води до: високи цени на специфичните услуги, висок обем на предоставяне на ненужни услуги и нарастване на разходите в системата. Това е следствие от

стимулите, предизвикващи ескалация на разходите, които подтикват доставчиците да предоставят услуги в излишък и трудностите за обхващане на този проблем чрез други ограничения поради широкия обхват и спецификата на медицинската услуга. В много случаи този метод е базиран на споразумение между доставчици и осигурители/финансиращи институции в комбинация с определени разходни нива и тавани, в резултат на което цените на специализираните медицински услуги се установяват на по-ниски нива, обемите на предлаганите услуги се ограничават в относително разумни граници, което се отразява съответно в по-бавното нарастване на общите разходи.

Административните разходи при този модел са сравнително високи. Заплащането, извършвано на тази база, изисква да бъдат пазени записите на броя и вида на предоставените услуги за всеки пациент. По обясними причини няма задоволителни систематични изследвания за размера административните разходи. Документацията трябва да бъде изпращана на финансиращата институция и пазена от изпълнителите и финансиращата институция. Това изисква развитие на информационната инфраструктура, чието разширяване изисква нарастване на административната ефективност.

Такса за диспансерен случай – на изпълнителите се заплаща за определен случай, където плащането покрива целия набор от необходими процедури (напр. за бременните и децата, които подлежат на профилактични прегледи и изследвания, осъществявани на диспансерен принцип и определени по вид и честота в Наредба № 39 от 2004 г. профилактичните прегледи и диспансеризацията). Договорените цени за извършени първични и вторични дейности са идентични както при такса за услуга като има допълнителен регламент, уреждащ заплащането на профилактичните прегледи – 5.50 лв.

В сравнение с подхода такса за услуга, подходът на такса за диспансерен случай предоставя на доставчиците на специализирана медицинска услуга определени стимули за задържане на обемите и разходите за извършената услуга. Общият размер на приходите на изпълнителите зависи от броя случаи, т.е. по-многоброен контингент от обслужвани случаи повишава приходите на изпълнителите на СИМП.

Тук трябва да се имат предвид и останалите регулации, уреждащи заплащането на извършените дейности в доболничната помощ – за високо специализирани дейности (съгласно Наредба № 40), за специализирани и/или високоспециализирани медико-диагностични дейности по определени пакети, както и високоспециализираните и скъпоструващите медико-диагностични изследвания, свързани с процеса на медицинската експертиза на работоспособността, по искане на ТЕЛК и НЕЛК.

Финансиране на база трудови договори (заплата) – изпълнителите на специализирани медицински услуги получават месечните си възнаграждения под формата на заплата, тъй като известна част от специалистите са наемни служители в общински търговски дружества – диагностично-консултативни и медицински центрове или работят към разкрити специализирани центрове към общинските и държавни болници.

Общите приходи зависят от работно време на изпълнителя и само в известна степен от предоставените услуги. Поради тази причина този вид трудово възнаграждение като самостоятелен подход за финансиране на изпълнителите не отразява промените в обемите и качеството на медицинската услуга.

При този модел финансовите стимули много често са в рамките на определен бюджет, което може да доведе до ограничаване нивото на предоставяни услуги и установяването му на по-

ниско от необходимото за поддържане и подобряване на здравето на населението. Поради тази причина е необходимо да бъдат установени обемите на услугите, които се очаква да бъдат предоставени.

В системата за специализирана медицинска помощ, за разлика от първичната извънболнична помощ, липсва информация относно получаването на някакви допълнителни средства за работа при неблагоприятни условия. Това може да се счита като основен недостатък на механизма за финансиране на системата за СИМП, тъй като за осигуряването на качествена и достатъчна специализирана услуга в отдалечените и трудно достъпни райони, както и работата с високо рискови контингенти, изисква допълнителни стимули.

Имайки предвид положителните или отрицателни стимули, които поражда всяка форма на заплащане, е необходимо да се обмислят и въведат определени лостове за ограничаване на плащанията, в смисъл на възпиращи механизми от рода на целеви нива на разходите или разходни тавани, свързани с таксите за услуга или диспансерен случай, които да редуцират предоставянето на излишни количества специализирани услуги (над очакваните).

В приложената таблица са разгледани накратко някои теоретични аспекти на финансирането на доставчиците на специализирани медицински услуги, като сравнението е ограничено до два модела, тъй като таксата за услуга и диспансерен случай са близки в много отношения.

	Такса за услуга	Заплата
Стимули за ефективност	<p>Приходите се основават на количеството предоставени услуги – доставчик предоставящ по-голям брой услуги получава по-големи приходи – това може да насърчи свръхпредлагането на медицински услуги като пациентите се насърчават да потребяват повече услуги отколкото е необходимо (индуцирано търсене).</p> <p>Стимулите да бъдат предлагани твърде много услуги могат да бъдат намалени чрез използването на разходни цели нива или тавани.</p> <p>Условията за повишаване на здравните ползи се основават на обхвата на услугите и нивото и структурата на таксите - например ниските такси за ефикасни услуги могат да ограничат тяхното предлагане; високите такси за неефективните услуги могат да насърчи тяхното предлагане от доставчиците.</p>	<p>Приходите базирани на месечни бюджети стимулират ограничено предоставяне на услуги, т.е. относително ограничено количество услуги или с по-ниско качество от желаното. Тези отрицателни ефекти са повлияни от липсата на допълнителни плащания (в случаите, при които изпълнителите предоставят повече услуги).</p> <p>Насърчава използването на услуги от по-евтини (и вероятно по-ефективни) доставчици (мед. сестри).</p>
Въздействие върху пациента	<p>Може да насърчи доставчиците да запълнят дежурствата си с колкото е възможно повече визити и услуги, от което могат да последват много кратки приеми и визити.</p> <p>Доставчиците могат да предпочетат да не предлагат високо разходни или свързани със загуба на времеви ресурси услуги, ако считат, че таксите на тези услуги за твърде ниски – това води и до неблагоприятно въздействие върху качеството на услугите.</p>	<p>Може да насърчи доставчиците да предоставят по-нискокачествени услуги, тъй като не получават повече приходи за по-високо качествени услуги.</p> <p>Може да насърчи доставчиците да пренасочват пациентите към други доставчици, особено при по-тесен обхват на услугите, включени в рамките на бюджета.</p> <p>Може да възпре доставчиците да пренасочват пациентите към други доставчици, когато е необходимо, особено при по-широк обхват на услугите, включени в рамките на бюджета.</p>
Разходи	<p>Общите разходи зависят от търсенето, т.е. зависят от броя на услугите, което затруднява финансиращата институция да задържи финансирането в рамките на определен бюджет. Доставчиците получават повече приходи, колкото повече услуги предоставят.</p> <p>Таксата за услуга може да насърчи доставчика да предоставя колкото е възможно по-скъпо струващи или по-комплексни услуги, независимо от реалната нужда на пациента.</p>	<p>Общите разходи зависят от бюджета.</p> <p>Специалистите/организациите, които забелязват, че разходите спадат могат да похарчат бюджета, за да защитят бюджетите си през следващите периоди.</p>
Справедливост	<p>Може да насърчи доставчиците да установят практиките си в райони с голяма концентрация на население.</p> <p>Доставчиците могат да предпочетат да не предоставят услуги с висока консумация на разходи и време, ако преценят, че таксата на такива услуги е твърде ниска – това може да предизвика неблагоприятен ефект върху предлаганите здравни услуги на определени групи от населението.</p> <p>Таксата за диспансерен случай носи подобни ефекти – в допълнение може да насърчи доставчиците да запазят количеството услуги, предоставяни за всеки отделен случай – това може да осигури подходящо ниво на услуги за определени индивиди или недостатъчно ниво и по-нискокачествени услуги от желаното за други.</p>	<p>Пациенти, изискващи многократни медицински грижи или високо разходни услуги могат да бъдат обезсърчени от потребяването на необходима за тях услуга, тъй като доставчика получава установен бюджет. Този факт може да въздейства негативно на доставчика, ограничавайки предоставяните услуги за специфични групи от индивиди.</p> <p>Преразпределението на риска може да намали инициативите.</p>

Посочените теоретични ефекти в голяма степен зависят от избрания подход на финансиране или комбинацията от тях и са обусловени от обхвата на услугите и влиянието на някои специфични за различните медицински области фактори.

Действителните ефекти от всеки подход за финансиране на специализираните услуги са опосредствани от начина, по който са балансиран и дефинирани таксата за услуга и/или заплата на база бюджет в конкретното заведение за специализирана помощ. По-ниските такси и заплати, в зависимост от ограничените бюджети, е твърде вероятно да доведат до предоставянето на по-малко услуги или услуги с по-ниско качество. Трябва да се отбележи, че няма оптимален метод за заплащане на специализираните медицински услуги. Всички методи имат своите предимства и недостатъци и привлекателността на определен подход зависи от икономическия, социалния и институционалния контекст на специфичните условия. При повечето методи за финансиране главните недостатъци могат да бъдат дефинирани в определена степен чрез различни методи за оценка.

Балансът трябва да се търси в алтернативните подходи, които въздействат върху качеството и достатъчното количество на услугите, предоставяни реално от доставчиците. Основните трудности при определянето на това доколко един метод на финансиране е по-ефективен от друг е в разбирането на парадигмата, която доминира при реалното предоставяне на услугите чрез ефективно използване на ресурсите. При условие, че доставчиците търсят максимизиране печалбите или доходите си, тогава на теория таксата за услуга ще насърчи доставчиците да предоставят повече услуги, отколкото необходимо. Модел, установен върху тази постановка, изпитва значителни трудности при определянето с точност на необходимия и достатъчен обем на услуги, поради това също така е трудно да се определи степента в която доставчици, заплатени на база такса на услуга предлагат повече услуги отколкото е необходимо.

В специализираната извънболнична помощ се отчита нарастваща тенденция за предоставяне на определен вид услуги, които до неотдавна са били предоставяни в болничната помощ (хирургични операции с относително малка сложност, микроинвазивни манипулации и др.). Тази тенденция се насърчава от въведеното финансиране на база такса за услуга. Няма достатъчно наблюдения доколко получените резултати (здравни ползи) от такива услуги съответстват на разходно-ефективното използване на ресурсите в сравнение с доскорашното третиране при болнични условията. Въпреки това, ако някои специализирани услуги са по-разходно-ефективни (и те могат да бъдат при определени специфични условия), тогава финансиращият механизъм, който насърчава развитието на такива услуги, може да подобри ефективността на използваните в системата като цяло ресурси.

Всякакви реформи при финансирането в специализираната помощ ще бъдат неизбежно свързани с определени загуби и ползи за страните – доставчик/пациент. Например резултат от промяната на формата на финансиране на изпълнителите може да е нарастване или намаляване на търсенето на здравни работници от определени категории (мед. сестри), което намалява приходите на доставчиците на медицински услуги, но ефектът директно ще рефлектира върху качеството на услугата.

Трябва да се има предвид, че реформите, свързани ефектите от конкуренцията между доставчиците на този вид медицински услуги, не е достатъчно изследвана, тъй като принципите и стимулите в тази област са въведени относително от скоро, както и проблемите при установяването на качеството и ефективността са трудно определими.

1.5. Първична извънболнична стоматологична помощ (ПИСП) и Специализирана извънболнична стоматологична помощ (СИСП)

Основният пакет стоматологична дейност включва: обстоен преглед със снемане на зъбен статус; лечение на неусложнен кариес; екстракция на временен или постоянен зъб с анестезия; лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (само за здравноосигурени лица до 18 години)

Обемът дейности извършвани от изпълнителите на първична извънболнична стоматологична помощ за всяко ЗЗОЛ, се диференцира в две групи: за лица до 18 години се извършва един обстоен годишен преглед със снемане на зъбния статус и до четири лечебни дейности годишно, в това число до две лечения на пулпит или периодонтит на постоянен зъб; за здравно осигурени лица над 18 години се извършва един годишен преглед със снемане на зъбния статус и до две лечебни дейности годишно.

Финансиране

Заплащането за първична стоматологична извънболнична помощ се основава на разпоредбите в Националния рамков договор – 2003 г. НЗОК заплаща изцяло или частично договорения обем дейности на изпълнителите на ПСИП по съответните договорени цени:

Таблица № 26

Дейност	Договорени цени – НРД-2003 г.	Изцяло или частично заплащане от НЗОК (до 18 години)
обстоен преглед със снемане на зъбен статус	6.30 лв.	6.30 лв;
обтурация с амалгама или химичен композит	13.50 лв.	13.50 лв.(при възрастни 9.45 лв.)
екстракция на временен зъб с анестезия	7.30 лв.	7.30 лв
екстракция на постоянен зъб с анестезия	13.50 лв.	10.80 лв .(при възрастни 9.45 лв.)
лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности без обтурацията)	18.70 лв.	15.00 лв;
лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности без обтурацията)	61.00 лв.	49.00 лв

Според НРД – 2003 г. стоматолозите имат право на пряко заплащане и/или доплащане от задължително здравно осигурените лица в случаите, когато пациентът трябва да доплати до пълните договорени стойности на извънболнична стоматологична помощ или да предпочете методики и материали и лечебно-диагностични дейности, невключени в договорния пакет по НРД. Заедно с това изпълнителите на стоматологична помощ получават допълнително заплащане от 20% върху цените на стоматологичните дейности за работа в населени места с неблагоприятни условия.

Предвидено е пълно финансиране от осигурителя за стоматологичните дейности по договорените пакети и обеми по цени указани в НРД -2003 г. за лицата, настанени в домове за медико-социални услуги, за децата, настанени в специалните училища и домовете за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителска грижа, и за лицата, задържани под стража.

НЗОК заплаща изцяло или частично договорения обем дейности на изпълнителите на специализирана извънболнична стоматологична помощ по съответните договорени цени:

- ✘ инцизия в съединителнотъканни ложи с анестезията – 10.50 лв. (за лица над 18 години – 6.50 лв.);
- ✘ екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб – 19.00 лв. (за лица над 18 години – 12.00 лв.);
- ✘ контролен преглед след някоя от горните две дейности – 2.50 лв. (за лица над 18 години – 1.50 лв.);

2. Болнична медицинска помощ (БМП)

Болничната помощ е централното звено в системата на българското здравеопазване със сложна структура и многобройни връзки с останалите сектори в здравната система. Тя се извършва в лечебни заведения за болнична помощ, в които лекарите с помощта на други специалисти и помощен персонал извършват дейности, свързани с диагностика и лечение на заболявания, когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболнична помощ. В болнични заведения се оказва родилна помощ, провеждат се процедури за рехабилитация и консултации в различни области на медицинската наука.

2.1. Организация на болничната помощ

Законът за лечебните заведения определя три големи групи лечебни заведения, съобразно извършваната от тях медицинска дейност – за извънболнична помощ, лечебни заведения за болнична помощ и една трета група лечебни заведения, регламентирана в чл.10 на ЗЛЗ. В настоящият раздел се разглеждат лечебните заведения за болнична помощ, които са структурирани в четири основни групи:

- ✘ болница за активно лечение;
- ✘ болница за долекуване и продължително лечение;
- ✘ болница за рехабилитация;
- ✘ болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация.

Изброените видове лечебни заведения, в зависимост от обхвата на дейността им, могат да бъдат многопрофилни и специализирани. С решение на Министерски съвет определени болници се обявяват за университетски. Основен критерий за този избор са съществуващите условия за обучение на студенти, лекари, стоматолози и фармацевти. В зависимост от териториалния обхват на обслужваното население лечебните заведения се определят като:

- ✘ районни – в лечебното заведение се лекуват граждани на няколко общини;
- ✘ областни – в болницата се лекуват граждани на общини от една област;
- ✘ междуобластни – в лечебното заведение се лекуват граждани от различни области;
- ✘ национални – в структурите на болниците се извършват уникални за

страната диагностично-лечебни дейности и научноизследователска работа по прилагането на съвременни медицински технологии както и задачи, свързани с провеждането на националната здравна политика.

Обхватът на здравните услуги в болничната помощ се определя от специфичните здравни проблеми на личността, които формират потребности от медицинска помощ. Част от тези потребности придават пазарна същност на търсенето и поражда пазар на здравето с неговите целеви функции и съответното предлагане на медицински услуги. В този смисъл, пазарът се обуславя от социалното значение на здравните проблеми на личността.

2.2. Финансиране на болничната помощ

Финансовият анализ на болничните здравни услуги се различава от този при другите видове услуги. Финансовите цели при традиционните услуги обикновено са свързани с постигане на положителен финансов резултат и се подчиняват на законите на пазарната среда. Реализирането на печалба при осъществяване на болничната медицинска дейност конфликтна със социалното значение на тази дейност. Успехът на системата трябва да се измерва по това колко ефективно и ефикасно се справя с нуждите на потребителите на услугите, които се предоставят в сектора на болничната помощ. Поради тази причина управлението на финансовите ресурси в лечебните заведения трябва да гарантира постигането на високите здравни резултати, съответстващи на поставените социални цели.

Анализът на проблемите и трудностите, свързани с прилаганите методи за финансиране на здравеопазването като цяло и в частност на болничната помощ, неизбежно налага преглед на източниците за финансиране на разглежданата здравна подсистема. Към настоящия момент в България се използва смесена система за финансиране, комбинация от бюджетно и фондово финансиране на лечебните заведения. Споменатите два източника не са единствените възможности, които се използват за заплащане в болниците. В систематизиран вид източниците за финансиране се обединяват в следните групи:

- ✘ бюджетно финансиране;
- ✘ фондово финансиране, организирано в две форми:
 1. социално здравно осигуряване (НОИ и НЗОК)
 2. частно здравно осигуряване от страна на частните фондове
- ✘ субсидии за капиталови разходи;
- ✘ собствени приходи на лечебните заведения;
- ✘ регламентирани кешови плащания за определени услуги;
- ✘ нерегламентирани плащания;
- ✘ дарения;
- ✘ други източници на финансиране.

С цел постигане на пълен обхват при описанието на отделните източници на финансиране, трябва да се споменат и няколко специфични източника на средства за лечебните заведения в болничната помощ като субсидиите за болници с национално значение и заплащането на надбавка по клинична пътека за спешен случай. Характерното при тези два източника е, че те имат значение само за ограничен брой лечебни заведения и в тази връзка нямат характер на универсален източник на средства.

болничната помощ.

Към втория източник на финансиране се включват и **средствата, акумулирани по линия на доброволното здравно осигуряване** от частните здравноосигурителни дружества. Тяхното участие във финансирането на болничната помощ е минимално. Фондовете от този тип (11 на брой) тепърва ще се реализират в българските условия и могат да развият своя капацитет за по-активно участие във финансирането на болничната помощ и здравеопазването като цяло. Ползата от засилване ролята на частните здравноосигурителни дружества е предмет на анализ в отделен раздел за развитието на здравния модел. Най-общо тя се състои в подобряване на механизма за разплащане в лечебните заведения от гледна точка на отчетността и контрола, както и в намаляване на финансовата тежест за здравно осигуреното лице в случай на заболяване.

Субсидиите за капиталови разходи в лечебните заведения за болнична помощ се осигуряват от Министерство на здравеопазването. Средствата се предоставят по предварително дефинирани критерии с точно определени цели:

1. закупуване на медицинско оборудване;
2. закупуване на специализирано медицинско обзавеждане;
3. строително-ремонтни работи на медицинска инфраструктура.

Ресурсите, заделени за капиталови разходи от МЗ, не отговарят на нуждите от инвестиции в болниците. В тази връзка се сключва заемно споразумение между Република България и Международната банка за възстановяване и развитие (заем 4565-BUL), съгласно което Министерство на здравеопазването получава заем за финансиране на проект „Реформа в здравния сектор“. Част от средствата са предвидени именно за реформа на болничната помощ като се поставя акцент върху реструктуриране на лечебните заведения чрез инвестиции в болничната инфраструктура и оборудване.

Собствените приходи са основно от лечението на чужди граждани, които се възползват от разликата в жизнения стандарт и добрите български специалисти в определени медицински области. Съществува потенциал за развитие на този финансов източник. Би трябвало всяко лечебно заведение да се стреми към увеличаване дела на собствените приходи, които са един от показателите за ефективността на управление на болниците и качеството на медицинското обслужване.

Регламентираните кешови плащания за определени услуги включват средствата в размер на 1% от минималната работна заплата (1.5 лв.) при всяко посещение на лекар или стоматолог в лечебното заведение. Заплащането е за оказана медицинска помощ и се удостоверява с документ. Вторият вид регламентирано плащане се отнася до престоя в болница. За всеки ден болнично лечение се заплаща по 3 лв. (2% от минималната работна заплата за страната), но за не повече от 10 дни годишно. Делът на тези приходи в лечебните заведения е минимален и не оказва съществено значение нито върху болничния бюджет, нито за регулирането на потреблението на болнични услуги.

Нерегламентираните плащания в болничната помощ са по-особен източник на средства, който реално не се изразява в пряко влияние върху бюджета на отделното лечебно заведение. Този вид финансиране формира значителна част от заплащането на медицинския персонал (работна заплата + нерегламентирани плащания). При въздействие от този тип върху доходите на лекарите е очевидно, че плащанията оказват определящо влияние върху качеството на предоставяните медицински услуги. Проблемите със средствата от нерегламентирани плащания и инициативите, които създават, са разгледани задълбочено в отделен раздел.

Даренията са специфичен източник на средства в болничната помощ. Идеята за

подпомагане на лечебните заведения под тази форма е благородна по своята същност, но може да се използва и за лична облага. Такъв е случаят с някои фондации, които набират дарения в полза на дейностите по здравеопазване. Често срещана практика у нас е мениджърите на здравни заведения да участват в управлението на фондации. Самият факт предизвиква съмнение за възникване на корупционни практики. Съмнението се потвърждава и от много сигнали на граждани, които са били принудени да даряват в точно определена фондация, свързана с лечебното заведение, за да получат официално безплатна за пациента медицинска услуга. Очевиден е пропускът в законодателната уредба относно участието на заинтересовани медицински лица в управлението на организации с идеална цел.

Под формата на **други източници на финансиране** обикновено се разбират източници на средства по национални здравни програми, международни програми за борба със социално значими заболявания, хуманитарни помощи и други.

2.3. Проблеми на финансиращите механизми в сектора на болничната помощ

Специалистите в здравния сектор открояват някои от основните проблеми при финансирането на болниците:⁵⁷

- Неточно измерване на дейността на болниците и неефективно и нерационално разпределение на финансовите ресурси.
- Принципните различия между методите на заплащане от страна на НЗОК и Министерството на здравеопазването затруднява планирането и отчетността в болниците.
- Поради диверсификация на източниците на публични ресурси в болниците се използват различни цени за заплащане на сходни болести, което затруднява финансовото управление на болниците.⁵⁸
- Използваният механизъм за финансиране от НЗОК води до възможност за разделяне на един епизод здравна грижа на няколко хоспитализации, с цел получаване на по-големи приходи.
- Цените по клиничните пътеки не са достатъчно точно съобразени с реалните разходи на болничните заведения – нерядко са подценени, а понякога са чувствително надценени. Това създава стимули за некоректни действия в болниците с цел увеличаване на приходите.
- Плащанията за болничните услуги от различните публични източници не са обвързани с качеството им.
- Заплащането на лекарския персонал.

Дефицитите в системата на болничната помощ

Явлението “некомпенсирани разходи за здравни услуги” се наблюдава в редица страни. В болничната помощ у нас некомпенсирани извършени разходи за предоставени медицински услуги са резултат както на неплащане от НЗОК на пълната стойност на отчетените направления по клиничните пътеки, така и от непълното покриване на разходите за лекуването на пациенти по договор с Министерството на здравеопазването. По високата себестойност на клиничните води до свръхпотребление на медицински

⁵⁷ Финансиране и управление на болниците в условията на промяна, доц.д-р Костадинова, Д., АББ, С.,2005.

⁵⁸ Салчев, П. MD,PhD,Зам. М-р на здравеопазването,Новите предизвикателства пред реформата на здравеопазването в България, Презентация, 11.01.2005 г.

услуги, заплащани от Касата. Лечебните заведения имат финансов интерес да приемат пациенти предимно по клинични пътеки, независимо че значителна част от заболяванията се заплащат на база преминал болен от МЗ, като се ползва Международната класификация на болестите – 9 ревизия. По този начин се компенсират част от некомпенсираните разходи в системата на болничното здравеопазване.

Трябва да се има предвид, че в обема на некомпенсираните разходи за предоставени медицински услуги, вероятно влизат и разходи за извършени дейности, необхванати от посочените по-горе механизми на финансиране.

Така формираните некомпенсирани разходи директно се трансформират в лоши дългове към различни доставчици, които към определен момент следва да бъдат изплатени от собственика на болницата.

Причините за съществуващите проблеми със значителните дефицити, формирани на ниво болница, са комплексни и се съдържат в голямата си част в съществуващата система на финансиране на болниците, която определя до голяма степен и стимулите при управлението на разходите. Болничното заведение е търговско дружество и се подчинява на разпоредбите на Търговския закон, включително и на разпоредбите за несъстоятелността по този закон. Към настоящия момент болничните заведения в страната, въпреки реализираните загуби и натрупани задължения не са застрашени от фалит, тъй като законосъобразността е заменена с целесъобразност. Не може да се оспори важността на тази целесъобразност, но проблемите остават нерешени, а дефицитите се увеличават и в най-добрия случай се покриват в края на отчетната година от Министерство на здравеопазването. Прилага се непрозрачен и неефективен метод за решаване на проблема, а резултатите са със съмнителен краен ефект.

Налице е съществен методологически и практически проблем с остойността на болничните услуги. Лечебните заведения са тези, които могат да определят относително реалната конкретна себестойност на болничните услуги във всяка отделна болница. Затова е необходимо да бъде разработена методика за определяне на стойността на медицинските услуги във всяка болница.

Диагностично-свързаните групи са по-подходящ метод на плащане на болничните услуги, но не са панацея. Въвеждането им при настоящото състояние на здравната статистика, в която се отчитат тревожни и нереални отклонения на здравните показатели може да доведе до проблеми при цялостното им прилагане.

Болничните заведения не функционират реално като търговски дружества, защото взаимоотношенията между тях и плащащите институции се администрат в противоречие с този статут. В началото на бюджетната и календарна година болничните заведения не разполагат с одобрен от МЗ проекто-бюджет и не са информирани за годишния план за финансиране (субсидиране), съответно разпределен по тримесечия и месеци, както и по източници на финансиране. Това положение изключва мениджърски компетентности и съответно – отговорности по реалното финансово управление на дружеството, което да бъде насочено към икономия на ресурсите и ефективното им използване. В резултат на това се поражда и мултиплицира неизбежна некоректност към доставчици и потребители (пациенти), за която мениджърите на здравните заведения не носят отговорност. Ситуацията се влошава и от проблемите с остойността на услугите от страна на монополния купувач – НЗОК, както и в методиката за субсидиране на дейността на болниците от МЗ, формиращи текущите дефицити, върху които мениджърите на търговските дружества не може да въздейства и съответно – не може да му се търси отговорност.

Болниците не участват в договарянето на условията по Националния рамков договор, но по закон са длъжни да го изпълняват. При договаряне на по-ниски стойности от реалните

за заплащане на медицинските дейности се залагат скрити дефицити за болниците. Затруднява се нормалното функциониране на болничната помощ. Болниците са притискани да сключват договори под себестойността на услугите като разчитат на дофинансиране в един бъдещ период. Като алгоритъм клиничната пътека е разписана в НЗОК, но не е изяснен въпросът, какво се включва в нея. Съществува изискване на Касата част от услугата по някои клинични пътеки (например за операция на жлъчка) да се поемат от пациента (разходи за инструментариум), но няма регламент, който да позволява болниците да изискват доплащане на клиничната пътека от пациента. Сериозен проблем остава липсата на оборотни средства в лечебните заведения. Решението може да се намери в съставянето на болничен бюджет с ясни източници на финансиране.

Управление на персонала в болничните заведения

Сериозна пречка пред ефективното управление на болничната дейност остава системата за управление на персонала, зает в структурите на болничната помощ. На лице са много административни регулации, които възпрепятстват реалното вземане на управленски решения от директорите на лечебните заведения.

Регламентирани са стандарти, с които се определят численостите на персонала в здравните заведения и разходите за издръжка на дейностите в тях, за които държавата предоставя бюджетни средства. По този начин централната власт упражнява непосредствен контрол върху ресурсите, предоставени за управление на мениджърския състав на здравните заведения. Централизираното определяне на числеността на персонала значително ограничава възможността за повишаване на ефективността.

Тромавото законодателство не позволява на управителите на лечебни заведения да рационализират разходите за фонд работна заплата. Определените от държавата размери на заплатите за всеки вид медицинска дейност не дава възможност да се осъществява ефективен подбор на кадри. Мениджърът на лечебно заведение не може да привлича (задържа) по-добрите специалисти чрез повишаване на трудовото възнаграждение – широко прилаган способ в частните болници. Не може да се говори и за санкциониране на лекарите, които не изпълняват задълженията си или злоупотребяват със служебното си положение. Необходимо е преосмисляне на ролята, която трябва да изпълнява ръководството на всяко лечебно заведение при организацията и контрола върху поверената му институция.

Средствата за работна заплата се образуват на тримесечна база съобразно от инструкциите на МЗ за образуване средствата за работна заплата в търговските дружества - лечебни заведения с над 50% държавно или общинско участие. Средствата, предоставени от държавния бюджет се образуват от разчетената месечна брутна работна заплата, утвърдена със Заповед на МЗ и разчетената численост, определена с договора за финансиране. В допълнение към месечните възнаграждения на персонала, в това число за социални и здравни осигуровки от работодателя, следва да се изплащат 40% от приходите по договор с НЗОК за изпълнени клинични пътеки. В случаите когато фактически изразходваните средства за работна заплата на база разчетена численост са в преразход, със същия размер се намаляват разпределяните средства от клинични пътеки в частта им, определена за работни заплати.

Практиката показва, че тази система за повишаване доходите на медицинския персонал в болничните заведения допуска съществен субективен елемент при разпределението на средствата, поради което ефектът от прилагането ѝ е противоречив и не допринася за смекчаване на диспропорциите в нивото на заплащане на болничните специалисти и общопрактикуващите лекари. Особено негативен ефект от това е, че не се отчита качеството и интензивността на медицинските грижи в болничната помощ, което води до

засилване на корупционните стимули.

Ефективността на разходите в българските лечебни заведения и всички опити за микроикономически анализ са обречени на неуспех поради липса на достъп до детайлизирана, дългосрочна информация за действителните разходи на болниците, която по презумпция би трябвало да е достъпна за обществено ползване, тъй като повечето лечебни заведения са държавна собственост.

В заключение може да се каже, че управлението и финансирането на болничния сектор в България значително изостава от тенденциите в европейските страни, които се характеризират с разширяване на управленската и финансова автономия на болниците и засилване на конкуренцията между тях.

3. Финансиране на лекарствата

Връзката между фармацевтичната промишленост и държавната регламентация в контекста на единна лекарствена политика са от съществена важност за определяне развитието на лекарствения сектор. Управлението на индустрията с лекарства и постигнатите резултати следва да се определят от ясни правила, процедури за действие и контролни механизми. Ролята на посочените механизми се състои в решаването на редица въпроси, свързани с производството, ценообразуването и реимбурсирането на лекарства от гледна точка на принципите за справедливост и солидарност в системата на здравеопазване. Постоянното повишаване на разходите за медикаменти е една от причините за сериозните загуби на лечебните заведения и дефицитите на НЗОК през годините.

Нарастването на разходите за лекарства е следствие от комплексното влияние на различни по сила и времева продължителност фактори. Основните причини за повишаващите се нива на разходите за лекарствени средства могат да се систематизират в няколко групи:

- Демографска структура – гражданите на възраст над 60 г. са повече от 30% от населението (БАН) и техният дял нараства устойчиво като не се очаква пречупване на тенденцията в дългосрочен план. В същото време тази част от населението консумира повече от половината от предписваните в страната лекарствени средства. Като резултат се очаква значително натоварване на системата за реимбурсиране в България през следващите години.
- Използването на нови лекарства едновременно с генеричните еквиваленти в една и съща терапевтична категория. При сравнение на основния списък с лекарствени средства за страни в преход, препоръчван от Световната здравна организация, с българския му вариант се установява, че реимбурсният списък у нас включва скъпи лекарства, които не се реимбурсират в останалите страни или се поемат от доброволното здравно осигуряване. Трябва да се направи уточнение, че става въпрос за лекарства за лечими заболявания, а не за всички медикаменти.
- Нови скъпоструващи лекарствени средства за нелечими заболявания като множествена склероза, глаукома и пр., които са били изключени от реимбурсния списък на НЗОК при предходните договаряния, но вече са част от него.
- Въвеждането на данък добавена стойност в размер на 20% върху стойността на лекарствените средства (2002 г.). Акумулираните от данъка

средства влизат в държавния бюджет, но не могат да се използват целево за финансиране на разходите за здравеопазване.

- Пропуски в организацията на системата за контрол на разходите за лекарствени средства, както и при провеждането на проверки.
- Нарушения и злоупотреби.

3.1. Законово регулиране на лекарствения сектор

Общият контрол върху лекарствата и политиката за снабдяване с медикаменти и консумативи в България се осъществява от отговорния държавен орган - министъра на здравеопазването. Министерство на здравеопазването от своя страна подпомага министъра в дейностите по реализиране на държавната лекарствена политика и заложените приоритети.

През 1999 г. е създадена Изпълнителна агенция по лекарствата като специализиран държавен орган за надзор върху качеството, ефективността и безопасността на лекарствените средства. Всички дейности от производството и вноса до крайната реализация на лекарствата са обект на строг контрол от компетентните органи, в съответствие с изискванията на законовите и подзаконовите нормативни актове. Основните разпоредби, които засягат регулираната материя се съдържат в:

- ✘ Закон за лекарствата и аптеките в хуманната медицина (ЗЛАХМ);
- ✘ Наредба № 17 за изискванията към данните, които съдържа документацията за употреба на лекарствени продукти;
- ✘ Наредба № 7 за задължителните данни върху опаковките и листовките на лекарствените продукти и към указанията за употреба на медицинските изделия;
- ✘ Наредба № 15 за условията и реда за разрешаване за употреба на лекарствени продукти по чл.3 ал.3 и 5 от ЗЛАХМ;
- ✘ Наредба № 29 за условията и реда за издаване на разрешения за продажба на лекарствени продукти;
- ✘ Наредба за организацията и сроковете на доставка на лекарствени продукти при търговията на едро;
- ✘ Други подзаконовите нормативни актове.

Успешните мерки за управление и контрол в областта фармацията изискват точна и ясна дефиниция на регулирания обект – лекарствата. Съгласно Закона за лекарствата и аптеките в хуманната медицина понятието лекарство се разбира като краен продукт, който представлява вещество или комбинация от вещества, предназначени за лечение или профилактика на заболявания при хора и се предлага в окончателна опаковка. Всеки производител на лекарства и лекарствени продукти, който иска да осъществява дейност на територията на страната, трябва да получи разрешение за производство от Изпълнителната агенция по лекарствата, съгласно утвърден образец. Всяко разрешение за производство на лекарства се издава въз основа на проверка на обстоятелствата от предоставения пълен набор от документи, след което се завежда в специален регистър в Агенцията. Разрешението за производство не дава право на производителя или на негов представител да разпространяват лекарствени средства. Необходимо е първо да се получи разрешение за употреба по реда на закона от директора на Изпълнителната агенция по лекарствата. Специфичните изисквания, на които трябва да отговарят лекарствата, са определени съгласно приложенията на Наредба № 17. Разрешението за

употреба се издава за срок от 5 г.

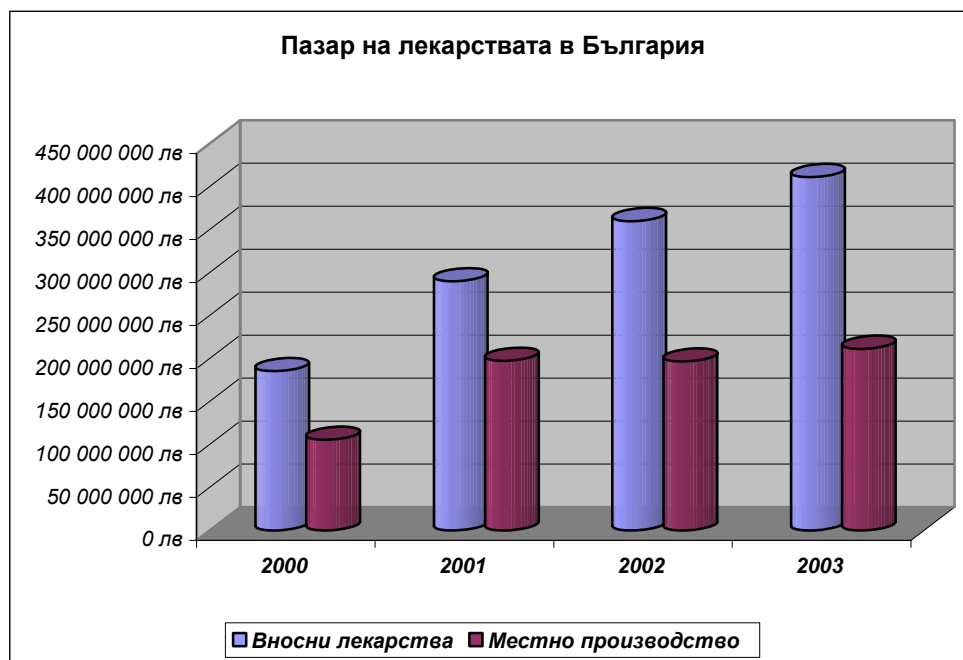
Лекарствените продукти - българско производство могат да се продават в страната, само ако са разрешени за употреба, притежават партиден сертификат за качество и разрешение за продажба за всяка отделна партида, издадени от производителя. В този случай не се изисква и не се издава разрешение за продажба от Изпълнителната агенция. Изключение от това правило се прави единствено за ваксини и серуми родно производство, за първите три партиди от новоразрешените български лекарства, както и при несъответствие на лекарствените средства със стандартите за качество (Наредба № 29).

3.2. Внос и износ на лекарствени средства

Външнотърговският оборот (внос и износ) на лекарства се извършва в съответствие с външнотърговския режим на страната с писменото съгласие на Изпълнителната агенция по лекарствата. В България могат да се внасят само разрешени за употреба в страната лекарствени продукти. Разрешение за внос се издава на производители или търговци, които имат разрешение за производство или търговия на едро с лекарствени продукти.

При внос на лекарства продажба може да се осъществи, ако лекарствените продукти притежават партиден сертификат за качество от производителя и разрешение за продажба на всяка отделна партида, издадено на всеки вносител от Агенция по лекарствата.

Графика № 5



Данните за периода 2000 - 2003 г. дават информация за наблюдаваната устойчива тенденция в ръста на вносните лекарства. Вносът за 4 години се е увеличил 2.2 пъти. Най-голям е ръстът на вносните лекарствени средства през 2000/01 г. – 57 %. Увеличаването в дела на вносните медикаменти се наблюдава с по-умерени темпове и през 2001/02 – 24 %, и през 2002/03 съответно 14 %. От графиката и наличните данни се оформя мнението, че колебанията в продажбите на медикаменти българско производство са незначителни в периода 2001-2003 г. Прави впечатление съотношението между вносни и местни лекарства, което е 2:1 в полза на внасяните лекарствени средства и остава непроменено през годините. Това разпределение на пазарните дялове е неизгодно за

българските производители. Очаква се допълнителна загуба на пазарни позиции, с оглед на новите европейски изисквания и засилването на конкуренцията от страна на чуждите компании при отваряне на пазара.

Налице са предложения за провеждане на държавна политика в подкрепа на фармацевтичната индустрия чрез увеличаване дела на българските лекарства при договарянето между НЗОК като купувач и производителите на лекарства. Идеята може да се реализира чрез включването на повече български лекарства в реимбурсния списък на НЗОК. При тези условия Касата ще закупува вносни лекарства само в случай, че на българския пазар не съществува еквивалентен продукт. Оказва се обаче, че тази мярка е неприложима, защото влиза в противоречие с европейските изисквания за прозрачност при изготвяне на реимбурсния списък, както и с правилата на Световната търговска организация, по които описаното поведение се класифицира като непряка бариера срещу вноса на лекарства.

3.3. Търговия на едро

Подготовката на българския фармацевтичен пазар за включване в общия европейски пазар на лекарствени средства налага приемането на редица законодателни промени от 2003 г, които имат за цел да се хармонизира законодателството в тази област. Очаква се новите регулации да оказват значително влияние върху системата на реимбурсиране и свободния пазар на лекарства като цяло. Основен проблем, пред който са изправени българските фармацевтични компании е задължението да се инвестират значителни ресурси, за да се покрият стандартите за „Добра производствена практика”, определени от Европейския съюз и Световната здравна организация. Проблемът е в защитата на информацията за състава на медицинските продукти, предназначени за употреба от хора съгласно директива 2001/83/ЕС. Директивата се отнася за правата върху информацията от предварителните и клиничните изследвания на определено лекарствено средство, които не могат да се използват от друга фармацевтична компания без изричното съгласие на компанията, притежаваща патента. Тази информация става достъпна 6 години след регистрацията на лекарството. Изискването в директивата представлява второ ниво на защита на интелектуалната собственост във фармацевтичния бизнес след патентите. Българската фармацевтична индустрия произвежда предимно генерични лекарства. За българските фармацевтични компании остава възможността да регистрират за производство генерични лекарствени средства с няколко години забавяне, за да се спазят изискванията на директивата, като резултатът ще е отслабване на конкурентноспособността на фирмите и загуба на част от техния пазарен дял.

Търговията на едро с лекарства в България се регламентира със Закона за лекарствата и аптеките в хуманната медицина и се извършва само от физически и юридически лица, които притежават разрешение, издадено от министъра на здравеопазването по предложение на Изпълнителната агенция по лекарствата. Разрешение за търговия на едро с лекарства се издава в тримесечен срок от получаване на необходимите документи в Агенцията, ако са спазени законовите изисквания за складова база, правоспособност и цени на предлаганите медикаменти. Този вид разрешения са безсрочни. За производителите съществува изискване да снабдяват само с произведени от тях лекарства тесен кръг от контрагенти: търговци на едро с лекарства; други производители; Министерство на здравеопазването и някои други ведомства с ваксини и серуми. В общ план търговците на едро с лекарства могат да снабдяват с лекарствени средства:

- ✘ други търговци на едро с лекарства;
- ✘ аптеки и дрогерии;
- ✘ лечебни заведения за собствени нужди.

За регистрацията на лекарствено средство у нас са необходими около 3 години. Предвижда се въвеждането на новите европейски регулации да съкрати срока за регистрация на нови генерични лекарства на 2 години. Този процес е твърде дълъг, а времето е от първостепенно значение за стартиране производството на генеричен медикамент като се вземе предвид факта, че жизненият цикъл на генеричния продукт продължава 2-3 години след изтичане на патента. Производителите могат да бъдат облекчени при възприемане на клаузата „Volar”. Това правило дава възможност на производителите да започнат процедурата за регистриране на новото генерично лекарствено средство преди изтичането на издадения патент, с цел производството на медикамента да започне веднага след отпадане на патентната защита. Прилагането на клаузата намира широко приложение в редица страни, сред които са САЩ, Франция, Япония, Унгария, Хърватска и Канада.

Наблюдава се тенденция при фармацевтичните компании да предлагат за регистрация на българския пазар лекарства с по-висока цена от тази в другите страни независимо от факта, че няма конкретна причина за това. Данните от изследването на Световната здравна организация за „Тенденции в потребителските цени” (WHO, 2001) в страните от Централна и Източна Европа показва, че цените на лекарствата не са по-ниски от тези в Европейския съюз. В анализирания извадка от 25 медикамента се обобщава, че потребителските цени на 9 от тях са най-високи в България.

Таблица № 28

Пазар на лекарствата в България				
<i>Година</i>	<i>Вносни лекарства</i>	<i>Местно производство</i>	<i>Общо продажби лекарства</i>	<i>Бюджет на НЗОК за медикаменти</i>
2000	185 224 658	105 313 472	290 538 130	34 137 192
2001	289 861 697	197 221 137	487 082 834	182 280 007
2002	359 661 386	196 415 953	556 077 339	239 017 824
2003	410 920 392	211 213 684	622 134 076	270 832 394
2004	-	-	-	245 723 234
2005	-	-	-	245 000 000

Източник: Изпълнителна агенция по лекарствата; МФ

По експертни оценки за 2004 г. търговията на едро се извършва от 10 основни дистрибутора на лекарства, които заедно контролират между 90-92.5% от доставките на медикаменти. Сред тези фармацевтични компании се нареждат: „Биомеда”, „Глобал медикъл”, „Калиман РТ”, „Консумфарм”, „Либра АД”, „Санита”, „Стинг”, „Трейджконсулт”, „Търговска лига” и „Хигия”. Дистрибуторите имат подписани договори за конфиденциалност, според които пазарният им дял е търговска тайна. Това е причината за липсата на подробна информация за разпределението на пазарните дялове между най-големите дистрибутори на лекарствени средства. Наличните данни в левове за пазара на лекарствата са систематизирани в таблицата. Те имат информативен характер и дават съотношението на вносните и българските продукти, което остава непроменено през годините (2:1). Оборотовете на лекарствения пазар в действителност са по-големи като причината се състои в числата, които са получени на база CIP⁵⁹ цена за вноса и производствената цена за българските производители. С други думи – не са отчетени търговските надценки на едро и дребно.

От друга страна публичните разходи за лекарства включват и надценките, което осуетява

⁵⁹ CIP цена – цена на вносните лекарства, в която са включени и разходите по доставка и застраховка на медикаментите – „Инкотермс 2000”

възможността за директно сравнение и изчисляване на съотношението на държавните разходи за медикаменти към частните средства. Съществува и още една пречка за определяне дела на публичните разходи за медикаменти в здравеопазването. Средствата за лекарства в бюджета на НЗОК включват само разходите за домашно лечение на заболявания, а средствата за скъпоструващите лекарства (95 млн.лв. за 2005 г.) се отпускат чрез търговете, организирани от Министерство на здравеопазването. В описаните източници за финансиране на лекарствени продукти не се включват и публичните средства, които държавата отделя за финансиране на лекарствата в болничната помощ чрез механизмите на клиничните пътеки и разходите за преминал болен.

3.4. Търговия на дребно

Търговията на дребно с лекарствени продукти е пряко свързана с регламентацията на аптекната дейност. Причината за описаната зависимост се състои в нормативното изискване търговията на дребно с лекарства да се извършва само от аптеки. По закон аптеката е здравно заведение, в което се извършват следните дейности: съхранение, приготвяне, опаковане, контролиране, даване на консултации, отпускане по лекарско предписание и без лекарско предписание на разрешени за употреба в страната лекарствени продукти, както и козметични и санитарно-хигиенни средства по списък, определен от министъра на здравеопазването. В отделна наредба се определя устройството, редът и организацията на работата на аптеките и номенклатурата на лекарствени продукти. За задоволяване на собствените нужди лечебните заведения за болнична помощ и някои диспансери (за онкологични и психиатрични заболявания) също могат да откриват аптеки. Изчерпателно са описани 7 типа лечебни заведения, които не могат да притежават аптека, а именно: център за спешна медицинска помощ, център за трансфузионна хематология, хоспис и т.н. Провежданата лекарствена политика в България забранява вертикалната интеграция в сектора. Производителите на лекарства и търговците на едро с лекарства не могат да откриват собствени аптеки, както и да участват в търговски дружества, които притежават аптеки. Хоризонталната интеграция в сектора е разрешена, т.е. позволено е създаването на вериги от аптеки.

Съществуват два механизма за определяне на цените на лекарствени продукти на дребно в зависимост от нуждата от лекарско предписание за изписване на конкретния медикамент. Пределната цена на лекарствен продукт, отпускан по лекарско предписание, се утвърждава от министъра на здравеопазването. Тази цена е максимално допустимата за разрешено за употреба лекарство при продажбата му на дребно. Търговецът на дребно е длъжен да продава лекарствата на цени не по-високи от утвърдените в публичния регистър към МЗ пределни цени. Стъпките, въз основа на които се определя пределната цена на лекарствени продукти, отпускани по лекарско предписание, са:

- Като основа в процеса на ценообразуване се взема цената на производител и/или притежател на разрешението за употреба в съответната и левова равностойност, която да не е по-висока от референтната цена. За референтна се определя най-ниската цена на лекарството съгласно справката относно цената на производителя на лекарствения продукт в съответната валута в страната на производство, както и СІР цената на производителя на лекарствения продукт в съответната валута (евро) в Румъния, Русия, Чехия, Словакия, Унгария, Полша, Португалия, Испания и Австрия.
- Вторият етап при образуване на цената се състои в определяне и изчисляване на надценката за търговец на едро. В зависимост от ценовия диапазон, в който попада обявената цена, се определя и процентът на

надценката. – 10, 9 или 7 %. При цена в границите от 0.01 лв. до 7 лв. регламентираната надценка е 10% (ценова група А). В диапазона от 7.01 лв. до 30 лв. (ценова група Б) процентът на надценка е 9 %. За стойност на лекарствения продукт над 30 лв.(ценова група В) търговецът на едро калкулира 7 % надценка, но не повече от 15 лв. за всяко лекарство, което отговаря на поставените изисквания.

- Третият етап засяга формирането на крайната цена при търговеца на дребно. Ценовите диапазони са аналогични на определените за търговците на едро като разликата се състои в приетия процент за всяка ценова група. В ценова група А (от 0.01 лв. до 7.00 лв.) надценката е в размер на 28% от вече определената най-ниска цена на производител, докато в група Б (от 7.01 до 30 лв.) се начислява 25 % надценка за търговеца на дребно. За лекарства на стойност над 30 лв., които попадат във В група, тя е 20 на сто за медикамента, но не може да е повече от 30 лв.
- Определянето на надценките при търговеца на едро и търговеца на дребно става без натрупване, т.е. като основа се взема винаги цената на производител или притежател на разрешение за употреба, отговаряща на законите изисквания.
- Остойността на пределната цена включва и още един елемент – данък върху добавената стойност (20%) за всички лекарствени средства.⁶⁰

Комисията по цените на лекарствата към Министерство на здравеопазването разглежда представените заявления за образуване на пределна цена и предлага на министъра на здравеопазването да утвърди или да откаже пределната цена лекарствения продукт, отпускан по лекарско предписание. Пределната цена може да се повиши еднократно в рамките на една календарна година. Увеличението на цената с процент по-висок от изчислената инфлация трябва да се аргументира пред Комисията. Не се предвижда ограничаване на пределната цена във времето при нейното намаляване. Към МЗ се поддържа публичен регистър на пределните цени на лекарствените продукти, отпускани по лекарско предписание.

Продажбата на лекарства, отпускани по лекарско предписание, се реализира на цена не по-висока от регламентираната пределна цена при продажба на дребно. Търговците на едро продават лекарствени продукти като приспадат от пределната цена отстъпката за търговците на дребно. Тази стойност е максималната (пределната) цена на медикамента, която могат да получат от неговата продажба. Изискването за търговците на едро се прилага и за аптеките на лечебните заведения със стационар, ако лекарствата се включват в стойността на оказаната медицинска помощ в съответната болница.

Вторият механизъм за определяне цените на лекарствените продукти на дребно се отнася за продажбата на лекарства без лекарско предписание. При този вариант режимът на ценообразуване е по-либерален. Изисква се регистриране на цената на медикамента в публичния регистър на Министерство на здравеопазването. Това става чрез заявление за регистрация до Комисията по цените на лекарствата, което съдържа цената на производител и крайната продажна цена на лекарствения продукт с включен данък добавена стойност. Справка за цената на производител на конкретния медикамент в другите 9 страни не се изисква.

⁶⁰ Въвеждането на ДДС върху лекарствата е обичайна практика за Европейските страни. В някои от тях данъчните ставки са по-ниски от тази в България. Пример: Италия-10%; Словения-9% (при стандартна ставка 19%); Финландия -8% (стандартна ставка 22%); Португалия-17%.

Нарушенията, свързани с финансирането на разходите за лекарства, са многобройни и в общия случай засягат различни етапи от ценообразуването или отпускането на медикаментите. В редица случаи при изпълнението на рецепта се изписват допълнителни скъпи лекарства, които се реимбурсират, но не са необходими в конкретното лечение. Често това става без знанието на пациента. Обикновено това допълнително лекарство не се дава на пациента, но се отчита за реимбурсиране пред РЗОК. Злоупотреби с много скъпи медикаменти се осъществяват по същия механизъм. Понякога се прави опит разходите за един и същи медикамент да се възстановят от две Регионални здравноосигурителни каси. Липсата на интегрирана информационна система е една от причините за допускането на описаните нарушения.

Списъкът на нарушенията е дълъг и може да се продължи с още няколко значителни злоупотреби като изписването на лекарства на починали граждани; надписване; издаване на рецепта от общопрактикуващ лекар, а не от специалист каквито са изискванията за определени случаи; допълване съдържанието на рецептата; изписване на неподходящи лекарства (хапчета против бременност се изписват на мъже и др.).

Част от констатираните нарушения обхващат случаи, при които аптеките продават лекарства на по-висока цена от договорената с НЗОК, с което се оцетяват пациентите. Среща се и повторна продажба на един и същи медикамент със съответстващо двойно заплащане от страна на РЗОК. Поведението на някои общопрактикуващи лекари и търговци на дребно причинява значителни финансови щети на Касата.

От тежестта на нарушението зависи и размера на наложената глоба от контролните органи на НЗОК, които следят за спазването на сключените договори от контрагентите (аптеки, общопрактикуващи лекари, специалисти и болници).

Въведен е стикер за лекарствата, които се реимбурсират от НЗОК, като мярка срещу неправомерната препродажба на медикаменти и тяхното изписване на несъществуващи пациенти. Режимът обхваща търговците на едро и аптеките. Стикери се поставят от търговците на едро върху опаковките на поръчаните от аптеките лекарства. При продажба на дребно част от стикера се отстранява и се залепва на рецептата. В РЗОК се приемат за реимбурсиране само рецепти със стикер.

Всяка година НЗОК извършва редовни проверки на договорните партньори в областта на изписване на лекарствени средства. В резултат на извършената контролна дейност през 2004 г. и установени сериозни нарушения от страна на аптеките са прекратени 11 от сключените общо 2 125 договора с търговци на дребно. Извършени са 2 886 финансови проверки, при които са констатирани 1 793 нарушения. Наложените парични санкции за различни по вид злоупотреби за годината възлизат общо на 299 431 лв. Установените суми за възстановяване са 26 540 лв. Най-често срещаните нарушения при извършване на финансови проверки на аптеки по данни на НЗОК са:

- ✘ не се спазват указанията за работа с първичните медицински документи;
- ✘ изпълнение на рецептурни бланки в нарушение на изискванията на чл. 20 от ИД;
- ✘ рецептурните бланки не се обработват в момента на отпускане на лекарствата.

Проверява се и дейността по изписване на лекарствени продукти от изпълнителите на извънболнична медицинска помощ. От извършените 3 900 проверки 49 % са завършили с констатирани нарушения. Наложени са санкции в размер на 303 580 лв. Най-честите срещани злоупотреби са: изписване на повече от едно лекарство за един МКБ-код от една и съща химико-терапевтична група, изписване на медикаменти от III група без

консултация със специалист, както и нарушения при работа с протокол.

3.5. Механизми за регулиране цените на лекарствените средства от страна на държавата

Отделяните средства за лекарства в здравеопазването са основно разходно перо, което е в пряка зависимост от начина на ценообразуване на лекарствата и крайните цени на лекарствените средства. У нас държавата регулира цените на лекарствата, които се отпускат по лекарско предписание, и регистрира тези, които се отпускат без лекарско предписание. Създадена е специална комисия към Министерство на здравеопазването – Комисия по цените на лекарствата, която разглежда заявените от производителите пределни цени на лекарствените продукти. Тя дава становище по отношение на методиката за образуване на цените и ги предлага на министъра на здравеопазването за регистрация или за отказ на регистрация. Пределните цени на лекарствата се обявяват от Министерството на здравеопазването най-малко веднъж годишно по подходящ начин. В края на 2004 г. Министерският съвет създава и комисия по прозрачност за одобряване, приемане и контролиране на списъците на лекарствени продукти и медицинските изделия, които могат да се заплащат изцяло или частично от държавния бюджет и НЗОК. Целта на новата структура е да се въведе ефективен контрол в регулираната материя, чрез две основни функции на Комисията:

- ✘ надзор върху начина на определяне на лекарствените листи;
- ✘ контрол върху начина на ценообразуване на пределните лекарствени цени.

Целта, с която е създадена системата за реимбурсиране в България, е социалната защита на лицата, които се нуждаят от значителни количества медикаменти, от високите цени на тези лекарствени средства. По този начин лицата с временна нужда от лечение заплащат по-голям дял от разходите за лекарства в сравнение с лицата с хронични заболявания, които се нуждаят от медикаменти за дългосрочно лечение. Въведената система е от основно значение за употребата на лекарствени средства за хронични и трудно лечими заболявания. Категорията пациент и характеристиката на заболяването са водещи при определяне нивото на възстановяване на разходите за лекарства.

Процедурата по възстановяване на разходите за лекарствени средства (реимбурсиране) се извършва единствено при наличие на рецепта, издадена от общопрактикуващ лекар или специалист, която трябва да се изпълни в аптека, сключила договор с Регионалната здравноосигурителна каса. Това са условията, по които се отпускат средствата за реимбурсиране, заложи в бюджета на НЗОК за конкретната календарна година. Първа стъпка за определяне ценовите равнища, по които Касата заплаща лекарствените продукти е съставянето на Позитивен лекарствен списък.

Позитивният лекарствен списък в България се изработва по международни непатентни наименования на лекарствата (INN) от комисия, утвърдена от Министерския съвет по предложение на министъра на здравеопазването. Списъкът се състои от две части:

1. **част А**, която включва списък на лекарствата, които задоволяват здравните потребности на населението, по международни непатентни наименования на медикаментите (INN). За всяко лекарство се посочва и кодът по анатомо-терапевтичната класификация (АТС), лекарствена форма и количество на активното вещество.
2. **част Б**, включва списък на търговските наименования на разрешени за употреба лекарствени продукти. Посочват се наименованията на лекарствата по INN и кодът им по АТС. Медикаментите са подредени в низходящ ред

съобразно резултати от извършения анализ на фармако-икономическите показатели.

В позитивния лекарствен списък се включват лекарствени продукти, които отговарят на поставените критерии и изисквания към лекарствата. Актуализира се ежегодно в съответствие с утвърдените правила за лечение, фармако-терапевтични ръководства, национални медицински стандарти или методически указания на министъра на здравеопазването. В позитивния лекарствен списък не се разрешава включването на:

- ✘ лекарствени продукти с режим на предписване „без лекарско предписание“;
- ✘ лекарства, съдържащи повече от едно лекарствено вещество, с изключение на два случая – предимство на медикамента по отношение на терапевтичния ефект и намаляване на лекарствената резистентност при инфекциозни и паразитни заболявания;
- ✘ екстемпорални лекарствени продукти.

Съществуват три основни фактора на макрониво за определяне нивата за реимбурсиране от НЗОК – бюджета на Касата за лекарства; ценовото равнище на медикаментите в страните от Европейския пазар; рязкото повишаване цените на лекарствените средства, което не може да бъде компенсирано от минималното повишаване доходите на населението.

Условията и реда за договаряне на лекарствата, стойността на които се заплаща напълно или частично от НЗОК, се определят с наредба, в която се дефинират критериите и процедурата за договаряне на конкретните лекарствени продукти за домашно лечение. Целта на разпоредбите в нормативния акт е да се повиши ефективността при използване бюджета на Националната здравноосигурителна каса. По реда на наредбата се договарят само лекарствата, които отговарят на следните четири критерия:

- ✘ лекарственият продукт е включен в част „А“ и част „Б“ на позитивния лекарствен списък;
- ✘ международното непатентно наименование, към което се причислява лекарственият продукт, е включено в лекарствена листа, покривана от обществен здравноосигурителен фонд на поне три от следните държави: Словения, Гърция, Чехия, Полша, Унгария, Латвия, Румъния и Словакия;
- ✘ съответствие между показанията за прилагане на лекарствения продукт, включени в разрешението за употреба и списъка на заболяванията, за които НЗОК заплаща напълно или частично стойността на медикаментите за домашно лечение;
- ✘ лекарствената форма и количеството на лекарственото вещество са предназначени за домашно лечение.

Процедурата за договаряне на конкретните лекарства и техните цени, включва изготвянето на лекарствена листа-спецификация от НЗОК въз основа на позитивния лекарствен списък. Вземат се в предвид принципите, залегнали в препоръките на Европейския съюз и Световната здравна организация. В листата се определя максималното ниво на заплащане на лекарствата от страна на НЗОК както и техните пределни цени. Максималното ниво на заплащане от Националната здравноосигурителна каса за съответното международно непатентно наименование на лекарствения продукт се определя в проценти в зависимост от категорията лекарства (3 на брой). За I и II категория лекарства Касата заплаща до 100% от стойността на медикамента, а за III категория – до 75% от цената на лекарствения продукт. Първата категория включва

лекарства за домашно лечение на заболявания с ниска болестност и заболяемост, но водещи до тежки нарушения на здравния статус и инвалидизация на лицата. Във втората категория са обхванати лекарствата за лечение на заболявания с висока степен на разпространение, изискващи продължително и непрекъсваемо лечение. Всички останали лекарствени средства по Наредба № 38 се включват в III-та категория. В зависимост от социалната значимост на заболяването и групата, в която попада лекарственият продукт за тази болест, НЗОК реимбурсира от 25% до 100% от стойността на медикамента.

При определяне на максималната стойност за единица лекарствено вещество по международно непатентно наименование (неговата пределна цена) се взема по-ниската от двете стойности:

1. стойността на единица лекарствено вещество от предходното договаряне;
2. средноаритметичната стойност на единица лекарствено вещество, покривана от обществените здравноосигурителни фондове в определените 8 държави.

Получената пределна цена се умножава по процента на реимбурсиране за лекарството (от 25% до 100%) в зависимост характеристиката на конкретното заболяване. По този начин се получава стойността, която подлежи на реимбурсиране от страна на Националната здравноосигурителна каса.

На базата на вече изготвената лекарствена листа–спецификация се провежда договаряне, в което участват кандидати с разрешение за употреба на лекарствени продукти. След разглеждане на предложените оферти съставената специална комисия обявява с решение резултатите от проведеното договаряне. В решението се посочват конкретните лекарствени продукти, за които НЗОК заплаща. Одобрените лекарства формират лекарствения списък на НЗОК, който се утвърждава от управителния съвет на Касата. За определяне нивото на заплащане и стойността на всеки конкретен лекарствен продукт се изчислява референтна стойност за единица лекарствено вещество по международно непатентно наименование и лекарствена форма. Референтната стойност се определя като на първия етап лекарствените продукти, за които са подадени предложения, спадащи към едно и също международно непатентно наименование, се групират по лекарствена форма. Следва изчисляване на стойността на единица лекарствено вещество за всяка лекарствена форма. На заключителния етап от всички подадени предложения се определя най-ниската стойност на единица лекарствено вещество за определена лекарствена форма. Така получена стойност е референтната цена за всички лекарствени продукти от една и съща група. Референтната стойност на всеки лекарствен продукт не може да превишава определената за него пределна цена.

Специфична характеристика на системата за реимбурсиране в България е провежданото договаряне между НЗОК от една страна и производители, вносители, търговци на едро и дребно (аптеки) от друга. По описаната по-горе процедура всяка година се сключват рамкови споразумения между НЗОК и производителите и вносителите на лекарства, които отговарят на възприетите критерии. Целта на договарянето е да се постигне ниво на цените по-ниско от публикуваните в Държавен вестник пределни цени на лекарствените средства. На следващия етап се сключват споразумения и с търговците на едро. Третата стъпка при договарянето е подписването на договори между РЗОК и аптеките, които ще продават одобрените за реимбурсиране лекарствени средства.

Внимателният анализ на законовите разпоредби ни дава основание за констатация на няколко обезпокояващи факта и несъответствия. На първо място това е съставянето на два списъка (позитивен и реимбурсен), с което се затруднява прилагането на законовите изисквания и контрола по разходване на публичните средства за медикаменти. Допълнително затруднение представлява и разминаването на определените в наредбите държави, които служат за отправна точка веднъж за включване на лекарствените

средства в Позитивния лекарствен списък, втори път за определяне на пределната цена на лекарствата и на трето място за дефиниране нивото на реимбурсиране. Уеднаквяването на използваните държави ще предотврати възможността за нарушения при определяне пределната цена на лекарствените средства и оттук често срещаното явление цената на лекарствата без рецепта в аптеката да е почти равна на цената на същия медикамент, изписан с рецепта независимо от факта, че НЗОК реимбурсира част от неговата стойност. Сливането на позитивния и реимбурсния списък в един също е положителна стъпка към облекчаване на административните процедури и провеждането на ефективен контрол.

Лекарственият списък⁶¹ за 2005 г. (реимбурсен списък), резултат от проведения конкурс за договаряне на лекарствата, за които НЗОК заплаща частично или напълно, съдържа 278 международни непатентни наименования. Производителите предлагат 885 търговски имена на лекарства, които съдържат вещество от тези 278 непатентни имена. Кандидати са 85 притежатели на разрешение за употреба. Комисията към НЗОК е допуснала 84 от тях. Един е отхвърлен, поради пропуски в изисквания набор от документи.

Лекарствата, които Националната здравноосигурителна каса заплаща напълно или частично, са първият сигурен пазар на медикаменти в страната. Това е причината за силната конкуренция между фирмите производители и дистрибутори на лекарствени средства. През 2005 г. НЗОК разполага с 245 млн.лв. за осигуряване доставките на 665 лекарства.

За 180 международни непатентни наименования цената, която заплаща Здравната каса остава непроменена. За други 126 INN цената, която пациентът доплаща, е намалена спрямо тази от предходния период. Най-големи са намаленията при лекарствените продукти от I категория. През 2004 г. болните от астма заплащат 25 % от стойността на лекарствата, а след договарянето за новия период доплащането е в минимален размер. НЗОК поема 100 % от стойността на лекарствата за децата. При медикаментите за понижаване на маститите в кръвта намалението на доплащаната сума е повече от 3 пъти. Някои от продуктите за лечение на хипертония преминават в групата на изцяло платените от Касата лекарства.

За болните от диабет инсулинът е напълно безплатен. През 2005 г. влизат нови форми на инсулин, които НЗОК заплаща на 100%. Гарантира се достъпът на всички диабетици до липидопонижаващи средства, които преди това са били предназначени само за пациенти с прекаран инсулт. Здравната каса поема между 30% и 100% от пероралните средства за диабетиците.

Предвижда се през 2005 г. по програмата ин витро да преминат лечение 1 500 жени. НЗОК поема разходите за медикаментозната част на тази програма на стойност от 1 000 до 3 000 лв. За първи път е предвидена и програма за борба с остеопорозата, която включва минимален контингент жени – 1 000. В самите програми са заложили критериите, по които се избират участниците.

Лекарствата за домашно лечение, стойността на които се заплаща напълно или частично от НЗОК при продажбата им на дребно, се регламентира от отделна наредба. В изпълнение на разпоредбите в нормативния акт са сключени 2 270 договора за 2005 г. между НЗОК и търговците на дребно, което е с 11% повече от сключените през 2004 г. 2 040 договора между контрагентите. Най-голям е броят на аптеките, влезли в договорни отношения с Касата в град София – 518. На срещуположния полюс е област Силистра, където сключените договори са само 21.

Вторият сигурен пазар на лекарства в България са животоспасяващите лекарствени

⁶¹ Източник: Съюз на фармацевтите в България

средства. Търговете за скъпоструващите медикаменти се провеждат от Министерство на здравеопазването. За да се компенсира дефицита на лекарства, в началото на 2005 г. се проведеха 2 малки търга на обща стойност 10 млн. лв. Основният търг за осигуряване на скъпите лекарства е на стойност 85 млн.лв., които се доставят от 27 дистрибутора, представляващи 50 фармацевтични компании. Общият брой на сключените договори е 58 от подадените общо 73 оферти. Сред търговците на едро като доставчици са избрани: „Търговска лига” с 8 договора, „Калиман” с 6, „Хигия” с 5, „Санита” с 4, „Елфарма” и „Екофарма” с по 3 договора, „Маймекс” с 2 и други.

Медикаментите, които доставят дистрибуторите са 165 вида и се плащат изцяло от държавния бюджет. Те са предназначени за лечението на 12 тежки заболявания като рак, бъбречна недостатъчност, вродени аномалии, СПИН и за поддържане на пациенти с направена трансплантация. Основен проблем остава ненавременното снабдяване на лечебните заведения и диспансерите с животоспасяващи лекарства, както и недостатъчното им количество. Необходими са промени в механизма на договаряне на медикаментите, с цел да се гарантира нормалното снабдяване с лекарства и да се намали риска за здравето на пациентите. Практиката показва, че процедурата за провеждане на търгове от Министерство на здравеопазването не гарантира запазването на цикличността в снабдяването на лечебните заведения с животоспасяващи лекарства, което нарушава основни права на здравноосигурените граждани.

Не по-малък е проблемът с недостатъчния финансов ресурс, заделен от бюджета, за животоспасяващи лекарства независимо от факта, че средствата за 2005 г. са с 25 % повече от тези за предходната година. Друга възможност е да се коригират механизмите за установяване на крайната цена на скъпите медикаменти, която в момента само се регистрира, за да се регулира нивото на публичните разходи за животоспасяващите медикаменти.

Фиксирани цени на лекарствата

Фармацевтичният пазар не е обикновен пазар на стоки. Тук не действат класическите пазарни механизми. Регулаторната роля на държавата е изключително силно застъпена, а конкуренцията на фармацевтичния пазар е не само ценова, но и на ниво качество на обслужването.

Задържането ръста на разходите за лекарствени продукти в разумни граници е основен проблем за европейските държави. В част от страните са въведени фиксирани цени⁶², а в други фиксирани надценки, за да се ограничат разходите и едновременно с това да се подобри обслужването на крайния потребител. Фиксирането на цените⁶³ има следните преимущества:

- ✘ създава се нормална среда за търговия на дребно с лекарствени средства и възможност за задържане ръста на публичните разходи за медикаменти;
- ✘ прекратяват се в голяма степен механизмите за нелоялна ценова конкуренция като: нелегален внос, спекулации с ДДС, използване на предимството на монополни позиции и т.н.;
- ✘ конкуренцията между аптеките се провежда не на ниво отстъпки, а на ниво качество на обслужването;

⁶² Фиксирани цени на лекарствата са въведени в: Германия, Франция, Гърция, Австрия, Финландия, Швейцария и др.

⁶³ В Германия с фиксирането на цените се пестят около 1,2 милиарда евро на година от ресурсите на здравноосигурителните фондове

- ✘ лекарствата имат едни и същи цени както при свободна продажба, така и при тяхното частично или пълно реимбурсиране от здравноосигурителния фонд.

Примерна обща характеристика и уредба на фиксираните цени в България.

Фиксирана цена на лекарствен продукт е цената, по която се отпускат лекарствените продукти по лекарско предписание в аптечната мрежа, независимо от източника на заплащане. Тя се определя със списък, публикуван от Министерство на здравеопазването, съгласно актуалната нормативна уредба, със съответния срок на валидност на цената.

Маркировката на фиксираната цена върху самия лекарствен продукт се определя с наредба, съобразена с изискванията на ЗЛАХМ и наредбите към него.

Ценообразуването е съобразено с общия законов режим на ценообразуване, включително и начисляване на ДДС. Ако търговецът на дребно получи отстъпка от търговеца на едро, тя не се включва в процеса по формиране на крайната цена. Аптеките нямат право да продават лекарствата по цена, различна от фиксираната до краен потребител, независимо на каква цена са получили стоката. Продажбата по цена различна от маркираната е незаконосъобразна и подлежи на санкциониране. Контролът се извършва по действащата нормативна уредба.

Основна цел на фиксирането на цените е създаването на нормална и стабилна среда за търговия с лекарства, която гарантира лоялната конкуренция между аптеките. Коректните търговци на дребно ще се конкурират на база предлагана качествена услуга чрез квалифициран персонал. Прекратява се възможността за дъмпинг на цените от страна на некоректни търговци, както и опасността от монополизиране на пазара. Очаква се подобряване в обслужването на клиентите.

Регулирането на цените и постигането на оптимална защита интересите на заинтересованите страни – НЗОК, МЗ, аптеките и гражданите – може да стане чрез подходящо договаряне, при което не е задължително търговците на дребно да ползват максимално допустимата надценка за всички лекарствени позиции. Въпросът може да се уреди в рамките на договарянето за реимбурсиране на лекарства от НЗОК или за отпускане на медикаменти по държавна поръчка.

Фиксирането на цените на лекарствените продукти не е единственият механизъм за контрол на разходите за медикаменти и провеждане на лекарствена политика. В Европейския съюз широка подкрепа намира виждането за употребата на генерични медикаменти като възможност за ограничаване на разходите за здравеопазване. Огромният потенциал на генеричните лекарства се състои в тяхната ценова ефективност, която осигурява достъпа до лечение за максимален брой пациенти. По брой продадени опаковки съотношението между генеричните и оригиналните лекарствени средства в ЕС е 70:30. По стойност то е точно обратното.

Описаните два метода за контрол на разходите обикновено се комбинират с други ефективни мерки като референтното и сравнителното ценообразуване, фармако-икономическата оценка, използване на позитивни и негативни списъци, генерична субституция, както и ангажирането на лекарите и фармацевтите в предписване и отпускане на ценово по-ефективни медикаменти. В този смисъл у нас е обосновано да се въведе генерично предписване на лекарства от общопрактикуващите лекари. При него те изписват медикамента по активното му вещество или по (INN), а не по търговската марка. Тези методи са традиция в почти всички страни от Европейския съюз.

V. Нефинансови ресурси и ефективност на здравната система в България

1. Ресурси на системата на здравеопазването

В най-общ план здравната система може да се представи като изградена от определен брой функционални модули, свързани чрез вътрешносистемни връзки. Основната цел на системата е да се постигне висока степен на готовност и ефективност, посредством оптимизирането на съществуващите материални и кадрови ресурси, необходими за изпълнението на определените функции. Един от критичните фактори за успех е в основата ѝ да бъде заложен механизъм, позволяващ лесна преконфигурация при запазване на нейната работоспособност. Това е условие, което гарантира увеличаването на производителността и е една от основните предпоставки за ефективност на общественото здравеопазване при добро разпределение на необходимите ресурси, кореспондиращи с наличието на ясна граница между финансово управление и контрол.

За обективната оценка на ефективността на системата могат да бъдат използвани различен набор от ключови показатели за дейността, свързана с предлагането на медицинската услуга:

- ✘ условно оптимални показатели за здравето на населението;
- ✘ адекватност на „производствената“ база на медицинските услуги, съответстваща на търсенето на медицински процедури;
- ✘ обем и структура на медицинските кадри;
- ✘ икономически критерии за устойчиво и оптимално функциониране на здравната система, като производство;
- ✘ критерии за оценка на ефективността, свързани със степента на изпълнение на стандартите, възприети в системата на здравеопазване;
- ✘ критерии за оценка на ефективността според данни на социален мониторинг.

Изборът на определен и достатъчен брой показатели в това изследване, описващи степента на оптимизация на системата (в частност на ефективността) на различните нива, което да позволява приближаването към максимално обективна оценка на функциониране на системата в конкретен времеви интервал е трудно да бъде направен поради ограничения, свързани с информацията.

Прегледът на осигуреността на системата е сведен до някои изходни параметри като здравни заведения, болнични легла, медицински персонал и др., обвързани с размера и структурата на изразходваните средства и съответно кореспондиращи с някои установени показатели за ефективност на използваните ресурси.

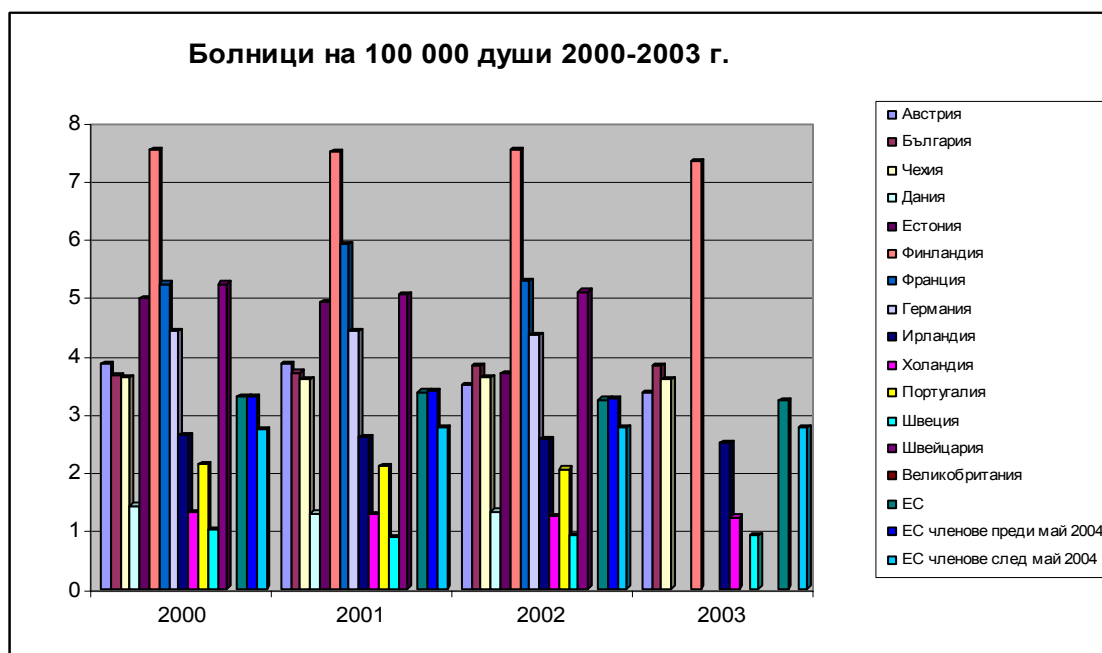
При здравните заведения падащи се на 100 000 души, разгледани на следващата графика се наблюдават устойчив ръст на съотношението за България през периода – 2000 г. – 3.66, 2001 г. – 3.7, 2002 г. – 3.81, 2003 г. – 3.81. като се отчитат сравнително високи стойности спрямо средните нива за ЕС – 3.23 (2003 г.).

Трябва да се има предвид, че данните се променят освен поради откриване и закриване, но и в зависимост от реорганизации, свързани с трансформирането или обединяването им. Освен това, данните са съобразени с промените в броя на населението през годините, в резултат на което отчетеният слаб ръст на този коефициент е опосредстван от продължаващата депопулация и в случая не зависи в такава степен от нарастването

на абсолютния брой лечебни заведения.

Въпреки изложената теза за връзката с негативните тенденции в естествения прираст на населението, които са валидни и за другите европейски страни, се наблюдават противоположни насоки на развитие. При всички разгледани по този индикатор страни се наблюдава трайно намаление като Франция и Естония бележат съществени намаления на болничните заведения, падащи се на 100 000 души от населението.

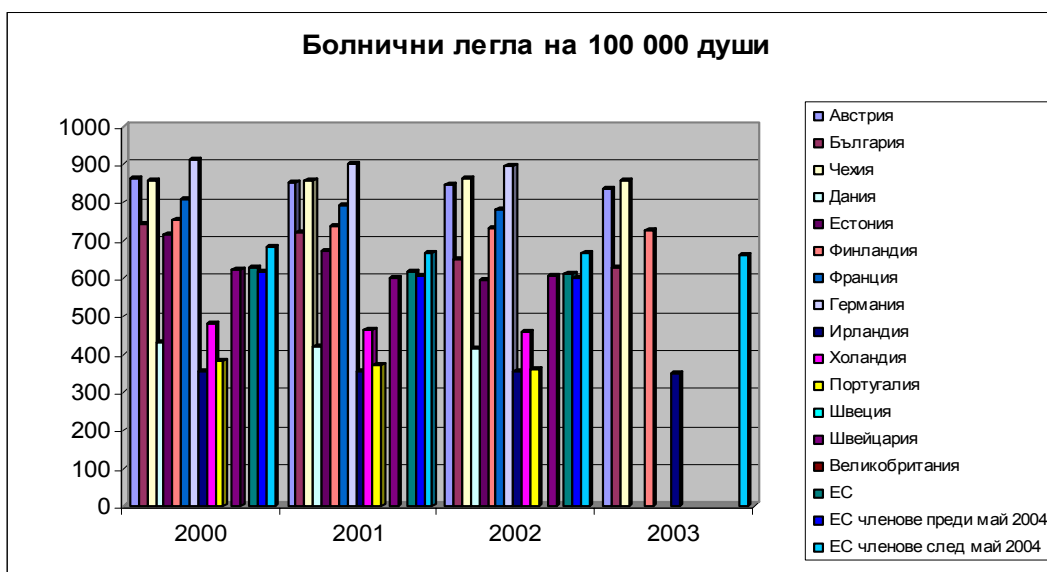
Графика № 6



По аналогичен начин може да се разглеждат и показателите за легловия фонд, където стойността на това съотношение за България – 628.5 (2003 г.) е близка до средната за ЕС – 617.62 легла на 100 000 души като бележи известен спад спрямо 2002 г. – 648.5 и 2001 г. – 720.1. Това редуциране на легловата база силно откроява България и Естония на фона на останалите страни, показани на графиката. Най-високи стойности за 2002 г. в групата регистрират Германия (892.69) и Чехия с (860.23), а най-ниски – Ирландия (355.79) и Португалия (363.69).

Трябва да се има предвид факта, че потребностите от по-голяма ресурсна осигуреност са обусловени от по-високата заболяемост в България, която значително превишава средните стойности на европейските страни. Съществува необходимост от допълнителна преценка и анализ на тази зависимост, тъй като липсата на изчерпателна информация не позволява това да бъде разгледано в рамките на този преглед.

Графика № 7



В опит да се конкретизира развитието на легловия фонд, в зависимост от очерталите се обстоятелства, са приложени данни за числото на леглата в частните болници като % от всички легла. От таблицата се забелязва, че намалението е предимно в частта на леглата в публичните болници, тъй като процента разкрити легла в частните болници расте, въпреки бавния темп.

Наблюдава се трайно нарастване на легловата база в частния сектор в почти всички страни през разглежданите в таблицата години. Забелязват се значителни различия при разглежданата група, която е ограничена поради липса на подобни данни за голяма част от другите европейските страни. Стойностите маркират граници, които варират от 34.6 % (2002 г.) - Франция до 1.18 % (2003 г.) - България като средните нива за ЕС по този показател са 20 % (2002 г.).

Таблица № 29

Число на леглата в частните болници като % от всички легла		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1	Австрия	23,2	23,3	23,6	23,9	23,8	23,6	23,5	23,9
2	България	0,16	0,18	0,42	0,65	0,51	0,7	0,93	1,18
3	Чехия	8,28	9,35	9,64	9,76	10,4	10,4	11,4	12,3
4	Естония	1,95	4,04	7,08	9,82	9,91	10,3	10,8	
5	Финландия	3,23	3,22	3,45	3,34	3,3	3,58	3,36	3,57
6	Франция	35,3	35,2	35,2	35,1	34,6	34,5	34,6	
7	Германия	21	21	22,1	22,1	22,3	22,8	22,6	
8	Португалия	21,5	21,7	21,8	23,5	23,4	23,4	23,8	
9	ЕС	18,6	19,1	19,4	19,4	19,5	19,8	20	

Един от основните ресурси, посредством който се осъществяват здравните дейности в системата, са медицинските специалисти. Това налага да бъдат планирани и предварително оценени обективните потребности относно необходимите кадри в системата, чрез което да се избегне влагането на излишни ресурси. Във връзка с това

сред международните статистически бази данни присъстват показатели за бъдещите запаси от ресурси като брой на студентите, завършили пълен курс на обучение по различните медицински направления и падащи се на глава от населението, на които тук няма да бъде отделяно специално място.

Съществен показател при анализа на медицинския персонал е съотношението лекари на 100 000 души. Това съотношение се наблюдава в международен мащаб и на негова основа се правят сравнения за ефективността на вложените в здравеопазването ресурси. България поддържа устойчива тенденция към нарастване на осигуреността на системата с висш медицински персонал като се наблюдават стойности над средните за ЕС. Имайки предвид непрекъснато увеличение на ресурсната осигуреност на системата и липсата на пропорционално нарастване на финансовите ресурси, отделяни за здравеопазване, ефективността намалява като води след себе си неудовлетворение на лекарите от заплащането и спомага за развитието на корупционни практики.

В сравнителен план общата осигуреност с лекари на 100 000 души от населението има подобна склонност към нарастване в европейските страни, което е отразено в представената таблица.

Таблица № 30

Лекари на 100 000 души					
Страни		2000	2001	2002	2003
1	Австрия	312,35	323,24	331,69	337,69
2	България	336,91	343,55	351,87	359,53
3	Чехия	336,86	344,5	350,46	352,49
4	Дания	279,61	281,95	291,17	-
5	Естония	326,9	319,18	314,14	-
6	Финландия	307,27	310,52	316,23	319,07
7	Франция	329,4	329,67	333	334,86
8	Германия	326,04	330,7	335,61	336,93
9	Ирландия	222,82	238,25	241,09	258,11
10	Холандия	319,34	327,82	314,91	-
11	Португалия	317,8	322,87	325,52	-
12	Швеция	307,34	283,53	326,3	-
13	Швейцария	349,78	349,78	361,62	-
14	Великобритания	199,67	204,54	212,61	-
15	ЕС	336,85	339,8	344,78	-
16	ЕС членове преди май 2004	350,06	352,99	357,99	-
17	ЕС членове след май 2004	270,4	273,16	277,64	278,36
<i>Източник: "Здраве за всички" - статистическа база данни на Регионалното бюро на СЗО за Европа</i>					

Оформянето на тази обща, устойчива тенденция характеризира социалните последици от обективното застаряване на населението, водещо до повишаване на здравните потребности и значително увеличение на ползването на медицински услуги. Тези обстоятелства налагат комплексно нарастване на влаганите ресурси, изискващо

набиране на допълнителни средства за медицинско обслужване от населението.

Данните за България в абсолютно изражение са представени в следната таблица:

Таблица № 31

Медицински специалисти в лечебните и здравните заведения					
	1999	2000	2001	2002	2003
Лекари	28261	27526	27186	27688	28128
Стоматолози	4655	6778	6482	6144	6475
Специалисти със средно или висше образование (степен специалист)	69778	49840	46423	45604	45731
в това число:					
Фелдшери	5351	3158	2334	1972	2334
Акушерки	5494	4131	3518	3433	3456
Медицински сестри	45252	31479	29769	28508	29650
<i>Източник: НСИ, Статистически годишник - 2004</i>					

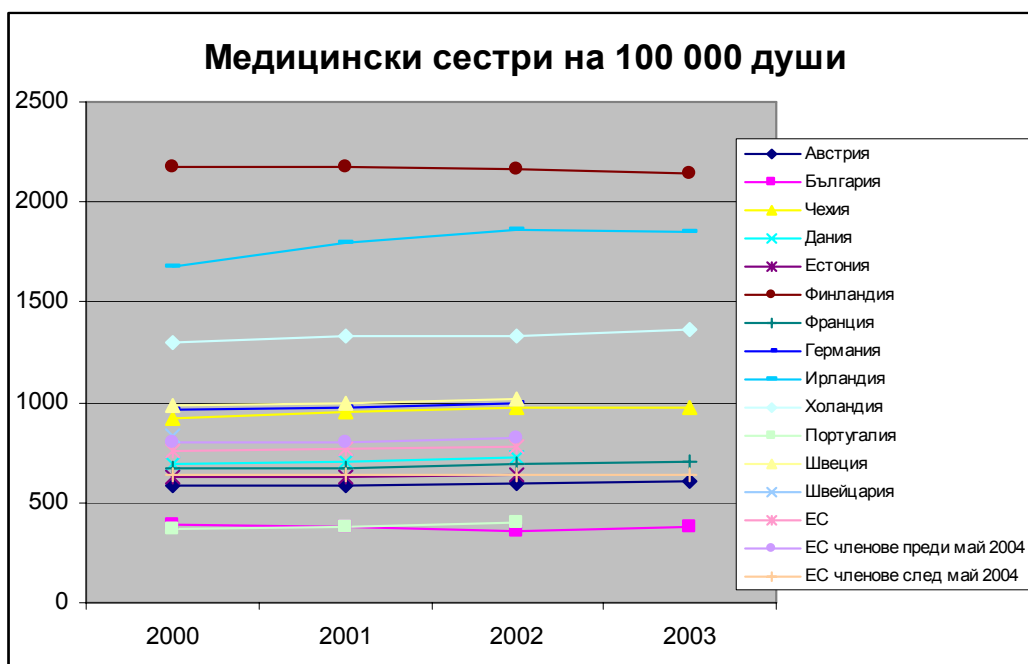
За разлика от броя на лекарите и съответно - осигуреността на населението с лекари, който остава устойчив, през последните години броя на медицинските сестри и на другия "помощен" медицински персонал в лечебните заведения (лаборанти, фелдшери, акушерки и др.) намалява значително. През 2002 г. в относително изражение медицинските сестри са намалели с 44% спрямо 1996 г., (от 51 109 на 28 508). Средната осигуреност с медицински сестри на 100 000 души население през 2000 г. е 385,29, като през 2003 г. продължава да спада и достига 378,98. През 2003 г. съотношението лекари/медицински сестри достига приблизително 1:1, което е два пъти по-ниско от установените за ЕС нива.

Последствията от подобни процеси са спадане качеството на медицинската услуга, респективно неефективност на системата, тъй като ефективността се определя от оптималната численост и структура на персонала на всички нива в здравната система и от размера на финансовите ресурси, необходими за протичането на процесите по предоставяне на качествена медицинска услуга. В резултат на което фокусът трябва да се постави върху нарастващия дефицит от този вид висококвалифицирани специалисти като дългосрочното планиране на необходимите за сектора ресурси бъде съобразено с потребностите и изискванията на обществото и в частност на пациентите.

Въпреки че отново може да се направи паралел с разгледаните по-горе обективни условия, свързани с демографските проблеми, резкият спад се дължи главно на понижаването на привлекателността на професията. Заедно с това за влошаването на състоянието на този сегмент от пазара на труда допринася и фактът, че редица от практиките в първичната извънболнична и специализирана помощ не ангажират полувисш медицински персонал и подценяват ролята му в процеса по предоставяне на качествена медицинска услуга.

Сравнителният анализ на голяма част от европейските страни подкрепя изложените твърдения и ясно показва мястото на България по показателя медицински сестри на 100 000 души. С най-високи стойности за 2003 г. се открояват Финландия (2144,9), Ирландия (1852,17) и Холандия (1366,9) като България очертава долната граница – 378,98 медицински сестри на 100 000 души.

Графика № 8



От друга страна трябва да се отбележи значителния дял на стоматолозите в България, чийто стойности в относително изражение далеч надвишават средните за страните от европейския регион. Ресурсите, падащи се на човек от населението за 2002 г. бележат спад спрямо нивото им от предходния период, но през 2003 г. отново отчитат ръст и заемат предишните си стойности.

Въпреки че в европейските страни като цяло се наблюдава тенденция към увеличение на стоматолозите, падащи се на 100 000 души, в отделни страни се забелязва известно намаление на съотношението (Финландия, Австрия, Дания). През 2003 г. средните стойности за ЕС (62.01) са значително под нивото на ресурсната осигуреност отбелязана в България (82.76), което ни нарежда на второ място след Финландия (88.37).

Очевидно поради отсъствието на ценови и други ограничения на пазара за стоматологични услуги, навлизането на нови специалисти на пазара води до засилване на конкуренцията, което стимулира повишаване на качеството и задържане ръста на цените на стоматологичните услуги.

Таблица № 32

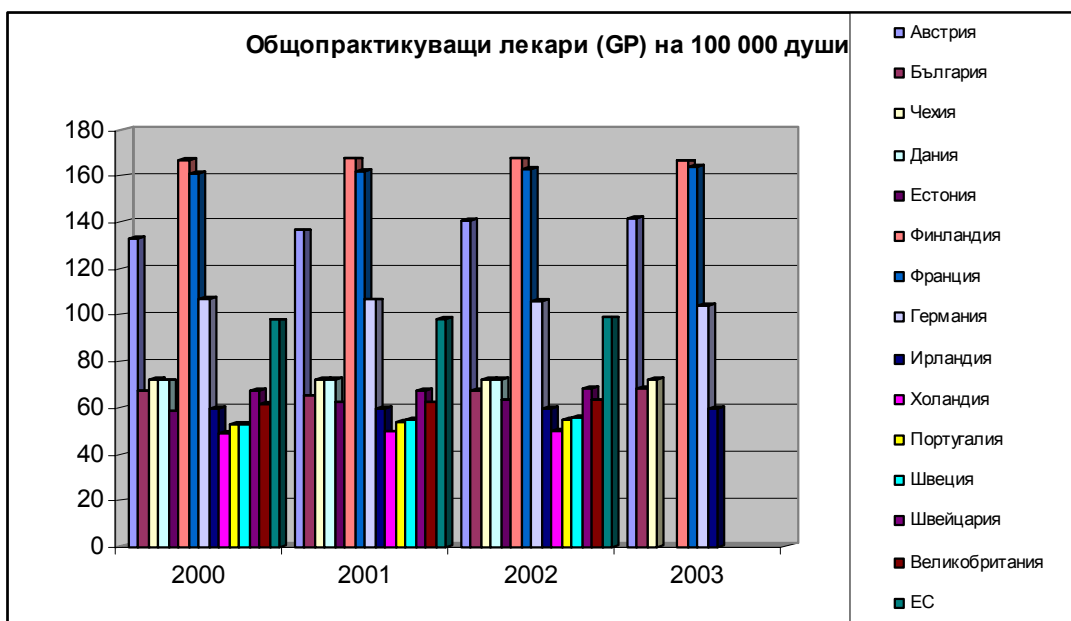
Стоматолози на 100 000 души					
Страни		2000	2001	2002	2003
1	Австрия	47,77	49,55	51,02	49,73
2	България	82,96	81,91	78,08	82,76
3	Чехия	64,81	65,51	65,65	66,04
4	Дания	83,66	83,23	82,53	
5	Естония	75,5	81,23	79,34	
6	Финландия	92,62	91,19	89,57	88,37
7	Франция	68,83	68	67,84	67,58
8	Германия	76,9	77,55	78,65	78,34
9	Ирландия	50,15	52,14	53,66	54,56

10	Холандия	46,45	46,8	47,2	47,82
11	Португалия	42,73	46,62	49,71	
12	Швейцария	48,11	47,27	48,84	50,19
13	Великобритания	42,85	43,84		
14	ЕС	60,4	60,85	61,94	62,01
15	ЕС членове преди май 2004	63,8	64,73	65,82	
16	ЕС членове след май 2004	43,28	41,2	42,23	43,11

От следващата графика може да се проследи развитието на основните ресурсите в една от най-чувствителните подсистеми – допълнителната, която организира и управлява достъпа до болничната помощ.

Данните сочат наличието на големи различия, където в България за 2003 г. този показател отчита приблизително три пъти по-ниски нива в сравнение със страни, отличаващи се със значителни ресурси от общопрактикуващи лекари на 100 000 души: Финландия – 166.45, Франция - 163.78 и Австрия 141.52. Правят впечатление ниските нива отчетени за Холандия – 50.62 (2002 г.) и Швеция (2002 г.) спрямо средните стойности за ЕС – 98.62 (2002 г.) и останалите страни.

Графика № 9



По данни от Годишния отчет на НЗОК за 2004 г. абсолютния брой на общопрактикуващите лекари възлиза на 5350 като бележи слабо увеличение от 4 % спрямо 2001 г (5143). Нарастването на ресурсите в тази част на системата представлява важна част от стремежа за реструктуриране на здравния сектор. Едновременно с това, относителното запазване на броя на общопрактикуващите лекари спрямо периода преди реформата в здравната система е отражение на съществуващите административни ограничения пред увеличаване броя на ОПЛ, независимо от силните финансови стимули за това. Като недостатък се обособява небалансираното регионално разпределение на ОПЛ.

Наблюдението и отчитането на стойностите на количествените показатели, свързани с дейността на системата и разпределени в съответните направления болнична и допълнителна помощ спомага за по-успешното управление и интеграция на функциите, чрез

258

което в определена степен могат да бъдат намалени разходите и да се подобри ефективността.

2. Ефективност на използването на разполагаемите нефинансови ресурси

Едни от основните показатели за дейността на болниците са “средна използваемост на леглата” за период от 1 година, “средна продължителност на престоя в болниците” и “оборот на леглата”.

Показателят средна продължителност на престоя зависи от голям брой фактори, между които структурата на болните по заболявания, възрастта, протичането на заболяването, относителният дял на преведените от едно отделение в друго, вътреболничните инфекции, връзките на амбулаторията със стационара, осигуреността в дадения район с легла, относителният дял на селското население в района, на различните професионални групи, внедряването на постиженията на медицинската наука и апаратура в практиката и др. Средната продължителност на престоя на болните в заведения за болнична помощ в периода 1996 – 2003 г. за България отчита значителен спад от 33 %. Този показател в частност кореспондира с легловия фонд, чието значително намаление беше разгледано по-горе.

Установяването на пропорционално намаление в показателя и тенденциите в развитието на заболяемостта на населението не може да бъде изведено въпреки пряката зависимост на показателите. Според данни на НСИ общата заболяемост през съответния период отчита устойчиви нива като заедно с това заболяемостта по определени класове болести, с продължителност на престоя над средния бележат значително увеличение (напр. болестите на кръвообръщението спадат към класовете болести с най-голяма продължителност на престоя в болнично заведение). Този факт сам по себе си показва, че намалението е обусловено от други структурни и регулативни механизми въведени през разглеждания период.

Данните в таблицата показват обща тенденция към намаление на средната продължителност на престоя като най-ниските стойности са маркирани от Дания и Швеция, а най-високите от Швейцария. Отчетените стойности за България са под средните нива за ЕС.

Таблица № 33

Средна продължителност на престоя, всички болници									
Страни		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1	Австрия	10,5	10,01	9,52	9,09	8,83	8,35	8,07	7,97
2	България	13,2	12,9	12,5	11,9	11,5	10,7	9,2	8,8
3	Чехия	12,5	12	11,7	11,6	11,6	11,5	11,3	11,2
4	Дания	6,6	6,5	6,3	6,1	6	5,9	5,7	5,4
5	Естония	11,7	10,9	10,3	9,9	9,2	8,68	8,36	N/A
6	Финландия	11,6	11	10,9	10,5	10,3	10,3	10,5	10,2
7	Франция	11,2	10,8	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
8	Германия	12,9	11,9	11,7	11,6	11,4	11,2	10,9	N/A
9	Ирландия	7,54	7,58	7,59	7,58	7,43	7,51	7,59	7,58
10	Холандия	14,15	13,83	13,6	13,1	12,9	12,5	N/A	N/A
11	Португалия	9,8	9,3	9,0	N/A	9,2	8,7	8,71	N/A

12	Швеция	7,5	7,4	7,2	7,0	6,8	6,7	6,6	6,5
13	Швейцария	N/A	14,7	13,7	13,2	12,8	12,7	12,7	N/A
14	Великобритания	9,8	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
15	ЕС	10,86	10,3	10,1	9,94	9,81	9,65	9,52	N/A
16	ЕС членове преди май 2004	10,77	10,19	10,03	9,96	9,86	9,74	N/A	N/A
17	ЕС членове след май 2004	11,28	10,86	10,47	9,86	9,56	9,21	8,81	8,71

Други важни показатели, чрез които може да се проследят основните процеси в системата на здравеопазването и възможността да се отредели нейната пропускливост (условия на достъп) са “средногодишен брой хоспитализирани”, “брой леглодни” – в стационарите, “средногодишен брой посещения в амбулаториите” и др.

Пропускливостта на системата е едно от необходимите условия за увеличаване удовлетвореността на пациентите. Ограничаването на достъпа до различните нива на системата е продиктувано от необходимостта за лимитиране на свръхпотреблението и съответно намаляване на разходите до предварително зададена величина. Също така тази възможност за регулиране може да се смята и като стъпка за организиране и оптимизация на процеса, респективно за намаляване на загубите за здравноосигурителния фонд и държавния бюджет, въпреки че се създава възможност за ограничаване на ползите за пациентите.

Теоретично, ефективността на движението на пациентите между нивата в системата може да се разглежда като един начин за определяне на тесните места в организацията и управлението на подсистемите и на недостига на ресурси, чрез отношението между наличното и потребното количества. Посредством подобна локализация могат да бъдат дефинирани условията за достъп в здравния сектор, което ще определи възможностите за оптимизиране неговата пропускливост и съответно ефективност.

Таблица № 34 отчита броя постъпили в болничните заведения на 100 души в сравнителен план с някои европейски страни. Разглеждан изолирано от връзката с достъпа до доболнична помощ, показателят за нивото на достъп до болнична услуга в България – 17.54 (2003 г.) отбелязва близки до средните за ЕС стойности (18.55 – 2002 г.). Липсата на по-конкретни данни за споменатите показатели не позволява да бъде анализирана зависимостта между доболничната и болничната системи и да бъде оценено отбелязаното в таблицата колебание на стойностите през разглеждания период.

Таблица № 34

Брой постъпили в стационарите на 1000 души									
Страни		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1	Австрия	25,12	26,67	27,81	28,79	29,23	29,71	31,2	31,22
2	България	17,5	15,63	16,13	15,82	15,44	15,32	16,45	17,54
3	Чехия	20,44	20,21	19,63	19,38	19,98	20,27	21,06	21,76
4	Дания	18,16	18,16	18,23	18,6	18,82	18,94	19,58	19,73
5	Естония	18,62	19,1	20,41	20,52	20,41	19,7	19,12	N/A
6	Финландия	26,87	26,71	26,81	26,72	26,71	26,02	26,15	25,97
7	Франция	N/A	22,96	22,94	23,04	N/A	N/A	N/A	N/A
8	Германия	22,06	21,94	22,68	23,14	23,5	23,58	23,75	N/A

9	Ирландия	15,1	14,91	14,77	14,46	14,83	14,82	14,48	14,46
10	Холандия	9,93	9,83	9,91	9,65	9,35	9,27	N/A	N/A
11	Португалия	11,21	11,6	11,81	N/A	11,19	11,36	11,55	N/A
12	Швеция	18,02	16,67	16,55	16,23	15,87	15,65	15,54	15,44
13	Швейцария	N/A	17,47	16,93	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
14	Великобритания	15,1	15,27	15,33	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
15	ЕС	17,92	17,99	18,22	18,29	18,34	18,44	18,55	N/A
16	ЕС членове преди май 2004	18,13	18,2	18,41	18,4	18,36	18,4	N/A	N/A
17	ЕС членове след май 2004	16,88	16,95	17,28	17,7	18,27	18,67	19,36	19,5

3. Здравно състояние на населението и тенденции в заболяемостта⁶⁴

3.1. Демографски и социално-икономически показатели за ефективност на здравните системи – демографски тенденции, заболяемост и смъртност⁶⁵

Численост на населението

Анализите показват, че последното десетилетие в развитието на страната е белязано от демографска криза, характеризираща се със стабилна депопулация. Нейните главни характеристики са три: спад на раждаемостта, с пречупване на тенденцията ѝ към по-силно намаление; покачване на смъртността – пряко продължение на тенденцията, формирана в началото на шестдесетте години; интензивна външна миграция с тенденция към намаление на темпа.

Тенденцията за намаляване на населението, формирала се по-рано продължава. Към края на 2002 г. броят на мъжете и жените в страната е 7 845 841 души. В състава му по пол преобладават жените - 51.4%, предимно във възрастовите групи над 40 г. Промените във възрастовата структура на населението задълбочават процеса на застаряването му. През 2002 г. относителният дял на лицата над 65 г. е 17.0 %, на тези под 15 г.- 14.6 %. Процесът на застаряване е по-силно изразен сред жените, в сравнение с мъжете. През 2002 г. делът на жените над 65 годишна възраст е 19,2 %, а на мъжете – 14.7 %. Разликата се дължи на по-високата смъртност сред мъжете и свързаната с нея по-ниска средна продължителност на живота им. Застаряването на населението води до покачване на неговата средна възраст, която през 2002 г. е 40.6 години.

Един от факторите за намаляване броя на населението е продължаващата ниска раждаемост, която през 2002 г. е 8.5 ‰. В сравнение с 1993 г. тя е намаляла с 15 %. В градовете раждаемостта е 8.7 ‰, а в селата 7.8 ‰. Върху нивото на раждаемостта влияе намаляващият контингент на жените в детородна възраст и промените във възрастовата му структура. Значение има и намалената плодовитост на жените, чийто среден коефициент през 2002 г. (1.21) е значително по-нисък от необходимия за осигуряване на естествено възпроизводство на нацията (2.1). Трайната тенденция за намаляване на раждаемостта в страната до голяма степен е обусловена от негативното влияние на

⁶⁴ Данните в точката за здравното състояние на населението са взети от Доклада за здравето на нацията в началото на 21 век

⁶⁵ Източник на данните в таблиците и графиките е Европейската база данни (HFA-DB), Европейско регионално бюро, Световна здравна организация, 2005 г.

редица социално-икономически фактори и свързаните с тях промени в репродуктивната нагласа на населението.

3.2. Показатели за смъртност

Състоянието и тенденциите на здравния статус на населението се формират и оценяват в зависимост от демографските процеси, заболяемостта, рисковите фактори, физическото развитие, дееспособността и самооценката на здравето, образователното ниво и не на последно място адекватността на здравната система. Основните здравни индикатори за България, препоръчвани от Световната здравна организация и използвани на международно ниво, през последните десет години отбелязват положителни тенденции, но значително се отклоняват от средните стойности за страните от ЕС.

Очаквана продължителност на живота

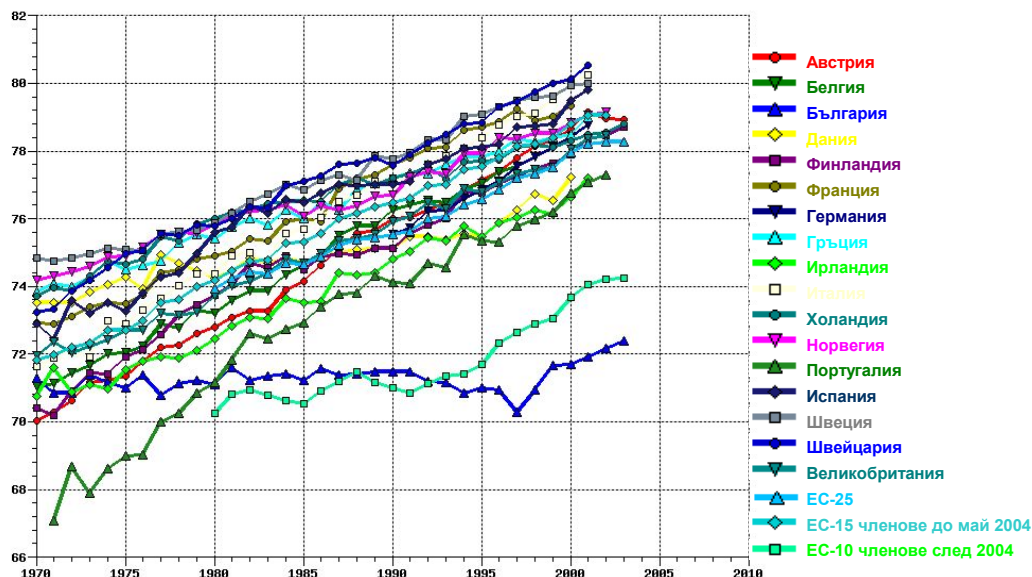
Един от основните индикатори за успешното постигане на здравните цели в системата на здравеопазване е „Очакваната средна продължителност на живота при раждането“. Посредством този показател се оценява здравния статус на населението, т.е. това е индикатор за качеството на живота на индивидите като едновременно с това той дава сериозни индикации за влиянието, което оказва равнището на заболяемост. Изчислява се чрез броя на годините от предстоящия живот, падащи се средно на едно лице от дадено поколение, при условие, че през цялата продължителност на предстоящия живот на това поколение смъртността ще се запази същата, каквато е в момента на изчисляване на показателя.

През 2003 г. нивото на очакваната средна продължителност на живота достига 72.39 години (75.98 за жените и 68.97 за мъжете), като се забелязва трайното му нарастване след 1997 г. Разликата в равнището на смъртност между мъжете и жените е предпоставка за разлика и в средната продължителност на живота между двата пола – 6.9 г. При мъжете тя се увеличава от 67.1 години (1993 – 1995 г.) на 68.5 години (2000 – 2002 г.), а при жените съответно - от 74.1 г. на 75.5 г, в резултат на което отчетеното увеличение за 10 годишен период е относително слабо.

В сравнителен план на приложената графика ясно се откроява значителното изоставане на България от останалите страни в Европейския регион. Изходните данни са представени в Приложение № 3, от където могат да се изведат някои основни тенденции.

Най-благоприятни равнища по отношение на този индикатор отбелязват Швейцария – 80.52 г., Италия – 80.26 г., Швеция – 80.01 г. (2001 г.).

Графика № 10 Очаквана продължителност на живота при раждането, за двата пола (в години)



В периода преди приемането на новите страни-членки в ЕС, отчетените нива на очакваната средна продължителност на живота при раждането за двата пола в България е с приблизително 7 години по-ниска от средната за съюза.

Според редица здравни оценки на МЗ се отбелязва, че основните детерминанти, които определят незадоволителното здравно състояние на индивидите са бедността, нездравословният начин на живот, факторите на околната среда, които имат неблагоприятно въздействие върху здравето на нацията, както и последиците от социално икономическата криза през 90-те години.

Понастоящем в България няма установен праг на бедност и няма официална статистика за степента и дълбочината на бедността. За определяне на социалните помощи се използва показателя „минимален доход“, но той се базира по-скоро на възможността на държавата да изплаща помощи, отколкото на измерване на актуалните нужди.

От гледна точка на международните стандарти България не изпитва проблемите на бедността. Според глобалния Доклад за развитие на човека на ПРООН, страната се нарежда в групата на средно развитите страни, въпреки че сред източноевропейските страни е на едно от последните места по доход на глава от населението. По тази причина е трудно е да се направи паралел със страните от ЕС, които да спомогне за определяне на действителното положение. Проблемът с бедността включва както липсата на средства за задоволяване на основните потребности, така и липсата на условия и предпоставки за водене на достоен и пълноценен живот в резултат на липсата на избор. В тази връзка трябва да се има предвид факта, че средномесечният официален приход за голяма част от населението в страната (пенсионери, безработни и т.н) е под минимума необходим за задоволяване на ежедневните нужди. Това налага потребността от позадълбочени секторни изследвания относно влиянието на бедността върху основните здравни индикатори, чиито стойности за България са по-ниски.

Очаквана продължителност на живота в добро здраве

Сравнително нов показател при анализа на здравното състояние на населението наред с основния демографски показател „средна продължителност на живота“ е „оценката“⁶⁶ на очакваната продължителност на живота без затруднения (DALE), т.е. когато индивидите са в добро здраве и са в състояние да извършват основни дейности в ежедневието без чужда помощ. Този показател е един от трите основни критерия за оценка на качеството на човешкия живот - индивидите да живеят по-дълго в добро здраве. Заедно с това, посоченият показател дава комплексна оценка за качеството на живота на индивида като съвкупност от различни фактори – хранителни навици, образователно ниво, доход на глава от населението, степен на развитие на здравната система, употреба на вредни за здравето вещества и др. Показателят директно кореспондира с голяма част от здравните индикатори и в частност отчита напредъка в борбата с хроничните заболявания. Увеличаването на очакваната продължителност на живота в добро здраве отговаря в най-голяма степен на здравната политика на съвременните развити общества - добавяне живот към годините, а не само години към живота.

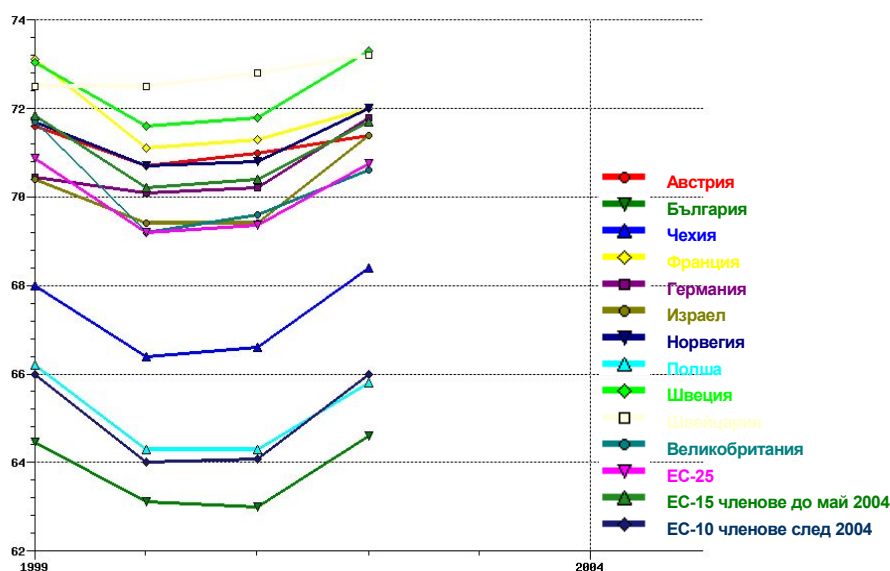
Въпреки че стойностите за България на показателя „очаквана средна продължителност на живота“ запазват един постоянен темп на увеличение за разглеждания период, при показателя „очакваната продължителност на живота в добро здраве“ се наблюдава известно колебание в резултатите. Имайки предвид по-горните наблюдения, може да се заключи, че продължителността на живота на индивидите се увеличава, но здравният им статус не търпи съществено развитие през същия период.

⁶⁶По оценка на Световната здравна организация - World Health Report

Разликата между средните стойности на страните от ЕС и стойността, постигната от България през 2002 г. – 64.6 (мъже – 62.5 г., жени – 66.8 г.), показва изоставането на страната по отношение на очакваната средна продължителност на живот в добро здраве, т.е. 7 изгубени години години живот в добро здраве, в сравнение с ЕС-15 и с 1.5 г.– ЕС-25.

Според този основен критерий за оценка на качеството на живота относително високи стойности отчитат Швеция – 73.3 г., Швейцария – 73.2 г., Италия – 72.7 г. (2002 г.).

Графика № 11. Оценка на очакваната продължителност на живота без затруднения



На приложената диаграма ясно се откроява значителното изоставане по този показател, който нарежда България далеч под средните стойности на 100 000 души за 2002 г. на страните членки от Европейския съюз – ЕС-25 – 70.75, ЕС-15 – 71.69, ЕС-10 – 65.98.

Трудно е да се изведат по-тесни зависимости поради липсата на друга прецизна и актуална здравна информация, свързана с основните рискови фактори, влияещи върху тенденциите за удължаване на живота в добро здраве.

Детска смъртност

През последните години демографското състояние на нацията като цяло е обусловено и от други негативни тенденции. Нараства общата и детска смъртност при ниска раждаемост, отрицателен естествен прираст и високата честота на абортите.

Намаляващата раждаемост и повишаващата се смъртност обуславят отрицателен естествен прираст на населението и през последния десетгодишен период (Таблица №19).

Таблица № 35 Раждаемост, смъртност и естествен прираст на населението за периода 1993-2002 г.(‰)

Година	Раждаемост	Смъртност	Естествен прираст
1993	10,0	12,9	-2,9
1994	9,4	13,2	-3,8
1995	8,6	13,6	-5,0
1996	8,6	14,0	-5,4
1997	7,7	14,7	-7,0
1998	7,9	14,3	-6,4
1999	8,8	13,6	-4,8
2000	9,0	14,1	-5,1
2001	8,6	14,2	-5,6
2002	8,5	14,3	-5,8

Източник: НЦЗИ, 2004

Особено внимание трябва да се обърне на детската смъртност, тъй като децата представляват отделна рискова група по отношение на здравето, както и тясната ѝ връзка със здравния статус на нацията. Нестабилността на нивото на детската смъртност е едни от най-чувствителните индикатори за икономическо и културно развитие на обществото, тъй като бедността и социалната изолация влияят пряко върху достъпа до здравни грижи.

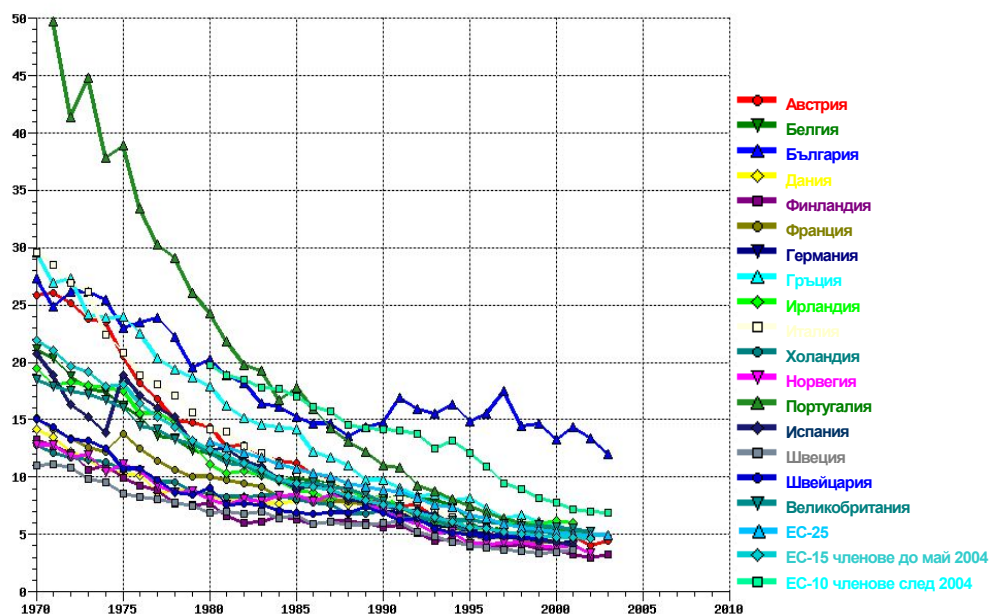
Коефициентът Детска смъртност на 1000 живородени⁶⁷ приема високи стойности за страната в сравнение с повечето от посочените в Приложение № 4 страни. Твърде високото ниво на този показател за разглеждания период ни нарежда до страни като Азербайджан, Армения, Русия, Молдова. За сравнение - през 2003 г. данните за България силно контрастират (11.79‰) със средните нива на детска смъртност в страните от Европейския съюз – ЕС-15 (4.61‰ за 2002 г.), ЕС - 10 (6.86‰ за 2003 г.) както и общо за ЕС (4.94‰ за 2003 г.).

Тенденцията в движението на показателя е силно негативна след като той достига 13.58 през 1988 г. и продължава да се повишава, като регистрира изключително високи нива през 1997 г. – 17.51‰. Рязкото увеличение и последващия спад е очертано на Графика № 3. През последните години след известни колебания нивото на детската смъртност постепенно се стабилизира и през 2002 г. показателят почти достига нивата си от 1988 г. – около 14 случая на 1000 живородени.

Според данните от това изследване, с най-добри постижения в усилията за ограничаване на детската смъртност се нареждат Финландия – 3,21‰ (2003 г.), Норвегия – 3,36‰ (2002 г.), Чехия – 3,9‰ (2003 г.).

⁶⁷ Честотата на умираянията на деца от 0-1 спрямо живородените през същия период

Графика № 12 Детска смъртност на 1000 живородени



Трябва да се отбележи, че голяма част от причините за смъртността сред децата може да бъде предотвратена чрез своевременно откриване и последващо адекватно лечение. Значителен дял от смъртните случаи е предизвикан от родови травми, болести на забавен растеж и недоносеност на плода, на дихателната система и др. По тази причина мерките които могат да бъдат въведени за ограничаване на детската смъртност трябва да бъдат насочени към подобряване на достъпа до квалифицирани медицински услуги за бременните и децата, особено в селата и населените места с концентрация на етническо население.

Обща смъртност по причини

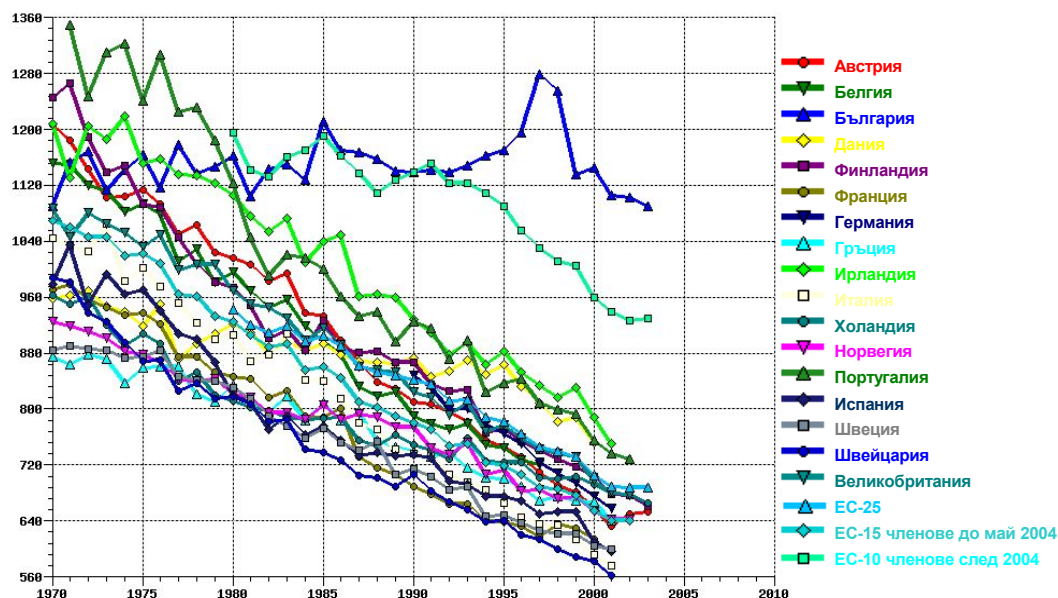
Друг показател, определящ степента на развитие на здравната система и извеждащ линията на здравното състояние на нацията, който може да бъде разгледан на фона другите европейски страни е "общата смъртност по причини"⁶⁸. Динамиката на смъртността по причини през последните 10 години е неустойчива. Тенденцията за нарастване на общата смъртност на населението показва значително повишаване на показателя до 1278,93 случая на 100 000 души през 1997 г. В следващия период до 1999 г. той рязко се понижава до 1134,97, след което слабо изразено се подобрява през 2000 г. (1145,78), макар и не така изразено. През последващия тригодишен период нивото на показателя очертава сравнително устойчива тенденция към намаляване на общата смъртност като през 2003 г. е 1 089,51 на 100 000 души. Тези данни предполагат, че смъртността е динамично явление, на което може да бъде въздействано чрез подходящи мерки за промоция и превенция на здравето като усилията се насочат към отдалечените и трудно достъпни райони с ограничен достъп до здравни услуги.

Въпреки позитивната тенденция през последните години, стойността на този показател отново дистанцира България по отношение на средните стойности за ЕС. За 2003 г. средните стойности по този индикатор за страните-членки на ЕС са 686,97 на 100 000 души. Най-ниски стойности отбелязват Швейцария – 561,06, Италия – 576,31, Испания – 596,51, Швеция – 599,5 на 100 000 души.

⁶⁸ SDR – age-standardized death rate calculated using the direct method, i.e. represents what the crude rate would have been if the population had the same age distribution as the standard European population.

На приложената графика може да се проследят изоставането и колебанията в нивата на разглеждания показател за България:

Графика № 13 Обща смъртност по причини на 100 000 души

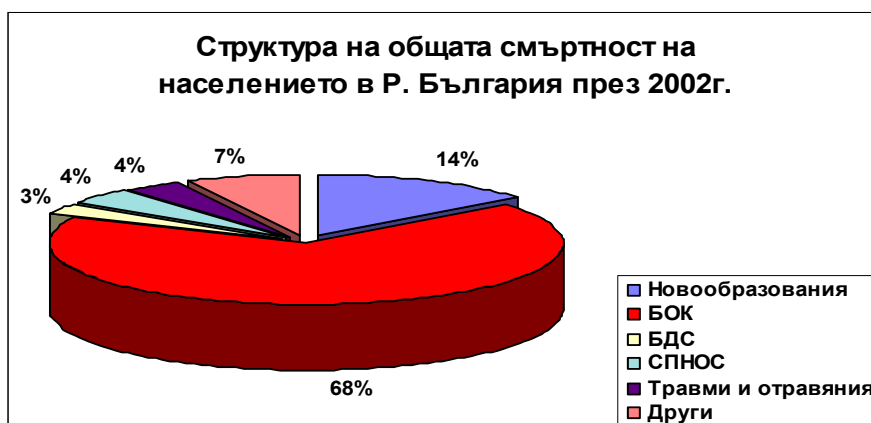


В световен мащаб хроничните неинфекциозни болести (сърдечносъдови, злокачествени новообразувания, болести на белия дроб, диабет и др.) са основната причина за умирация и инвалидност през втората половина на XX век и сега заемат 59% в структурата на всички умирация. Половината от умирацията от посочените болести са свързани с болестите на сърдечносъдовата система, а сред тях от исхемичната болест на сърцето (ИБС) и мозъчносъдовата болест (МСБ). Анализаторите посочват много доказателства за общите фактори на риска, асоциирани с посочените хронични болести, свързани с поведението на хората – тютюнопушене, нездравословно хранене, ниска физическа активност, злоупотреба с алкохол; с биологията и физиологията на организма – възраст, пол, наследственост, повишено кръвно налягане, повишен холестерол в серума, диабет и др.; със социално-икономическите условия на развитие на обществата и др. По данни на Световната здравна организация до 80% от случаите на ИБС, 90% на диабет тип 2 и 1/3 от случаите на рак могат да бъдат предотвратени, ако храненето на населението стане здравословно, физическата му активност се увеличи и се намали нивото на тютюнопушенето.

През последните 10 години не се наблюдават съществени промени в структурата на смъртността по причини в страната. Както се забелязва от цитираните показатели две трети от смъртността по причини у нас се дължи на болести на органите на кръвообръщението. Високият дял на този показател контрастира силно на фона на другите страни, включени в този преглед, както е отбелязано и на четирите графики в Приложение № 5 (1, 1а, 1б, 1в).

Приложената диаграма разглежда графично структурата на смъртността по причини в страната и очертава значителния дял на Болестите на органите на кръвообръщението.

Графика № 14



В таблицата са посочени някои основни данни на смъртността по причини, където въпреки тяхната фрагментираност се наблюдават посочените тревожни тенденции, относно дела и развитието на болестите през разглеждания период.

Подбраните показатели дават възможност да се проследят тенденциите за смъртността по причини като отбелязания ранг (процент на разпространение) указва мястото на страната сред другите страни, участващи в обзора на конкретния показател и неговото подобрене или влошаване през разглеждания период.

Таблица № 36

България					
Показатели, СПС (SDR)	1999	2000	2001	2002	2003
Обща смъртност по причини /100000	1134.97 - 77%	1145.78 - 82%	1105.54 - 78%	1102.62 - 78%	1089.51 - 83%
Болести на органите на кръвообръщението /100000	718.93 - 85%	737.07 - 87%	710.47 - 87%	724.03 - 85%	713.01 - 87%
Исхемична болест на сърцето /100000	206.92 - 63%	193.55 - 62%	190.03 - 63%	196.67 - 67%	183.97 - 75%
Мозъчно съдова болест /100000	198.73 - 83%	203.61 - 83%	193.01 - 83%	199.44 - 83%	192.5 - 85%
Други болести на кръвообръщението /100000	313.28 - 98%	339.91 - 98%	327.43 - 98%	327.93 - 98%	336.54 - 98%
Злокачествени образувания /100000	157.78 - 30%	150.06 - 27%	152.09 - 35%	154.84 - 47%	152.48 - 62%
Рак на шийката на матката /100000 жени	8.05 - 87%	6.88 - 73%	7.38 - 82%	7.45 - 82%	7.32 - 87%
Рак на гърдата /100000 жени	21.57 - 30%	21.84 - 35%	20.19 - 33%	20.24 - 45%	20.78 - 63%
Травми и отравяния / 100000	52.21 - 58%	52.38 - 55%	50.03 - 58%	48.84 - 58%	46.25 - 68%
Пътно транспортни произшествия /100000	10.23 - 48%	9.77 - 48%	10.67 - 58%	9.95 - 62%	9.45 - 70%
Инфекциозни и паразитни	8.01 -	8.59 -	7.98 -	7.04 -	7.46 -

болести /100000	55%	55%	57%	55%	70%
Болести на дихателната система /100000	46.89 - 42%	46.84 - 42%	39.1 - 45%	34.65 - 38%	36.21 - 58%
Болести на храносмилателната система /100000	29.07 - 38%	30.01 - 42%	29.7 - 42%	28.66 - 43%	27.8 - 63%
Болести на ендокринните жлези, на храненето, обмяната и разстройства на имунитета /100000	19.24 - 73%	19.63 - 77%	18.18 - 80%	18.46 - 78%	17.95 - 85%
Захарен диабет /100000	18.19 - 78%	19.07 - 83%	17.61 - 83%	17.55 - 82%	17.44 - 87%
Психични разстройства /100000	12.03 - 23%	11.03 - 23%	12.23 - 30%	10.21 - 38%	9.6 - 58%
Болести на пикочо-половата система /100000	10.28 - 52%	10.33 - 57%	10.1 - 62%	8.76 - 52%	9.08 - 70%

Отчитайки известни колебания през последните пет години, показателят на „болести на органите на кръвообръщението” значително се откроява с високата честота на случаите на 100 000 души - 713.01 за 2003 г, 724.03 за 2002 г., 710.47 – 2001 г. Тези стойности на индикатора за България показват сериозно отклонение от средното ниво за страните от ЕС – 270.65 и Европейския регион – 480.53. Най-благоприятни резултати отчита Франция – 167,36 (2000 г.), следвана на известна дистанция от Испания – 191,04 (2001 г.) и Швейцария – 199,13 (2001 г.).

За високите стойности на този клас болести допринасят някои от основните групи заболявания включени в него, изложени в горната таблица. Средните стойности за страните от ЕС и Европейския регион за 2003 г. са следните:

Показател	ЕС	ЕР
√ Ишемична болест	106.23	223.46
√ Мозъчносъдова болест	67.4	137.86
√ Други болести на кръвообръщението	97.02	120.58

Трябва да се обърне особено внимание на ранга на показателя „други болести на органите на кръвообръщението”, който показва, че България е значително извън средните стойности на разпространение, изчислени за над 50 страни. Отчетените стойности за 2003 г. за региона са в границите min 33.33 – max 336.54 като горната граница е формирана от България.

Разпространението на този клас болести сред населението е тревожно и е необходимо да бъде анализирано в дълбочина, което да спомогне за определяне на приоритетите и правилното дефиниране на целите. През последното десетилетие динамиката на тази група показатели е твърде неустойчива и не прави впечатление за наличието на пряка положителна зависимост между здравния статус на населението и настъпилите промени, свързани с поетите ангажименти и представените приоритети в сферата на здравеопазването. Намалението на заболяемостта от болести на кръвообръщението изисква предприемането на сериозни мерки по превенцията, профилактиката и

лечението, съобразени с конкретните особености на този клас болести, които да са пряко свързани с повишаването на контрола и качеството в системата. Заедно с това, трябва да се подобрят връзките в системата и потоците от информация между тях, от които зависи проследяването на вложените ресурси и получените резултати.

В по-широк план трябва да се отбележи, че подобряването на здравословното състояние на индивидите по посочените показатели пряко кореспондира с повишаване на ниските стойности по показателя „очаквана продължителност на живота в добро здраве“.

На второ място в структурата на общата смъртност са новообразуванията. Следват травмите и отравянията (ТО), симптоми, признаци и недобре определени състояния (СПНОС), и болести на дихателната система (БДС). Тези 5 класа болести водят до 93% от всички смъртни случаи в страната.

Сравнението на тези показатели сочи относително по-ниски нива за страната, отколкото нивата отчетени за голяма част от страните-членки на ЕС. Заслужават да бъдат отбелязани показателите „болести на дихателната система“ и „психични разстройства и болести на нервната система“, които регистрират едни от най-ниските стойности, спрямо тези в другите, разглеждани страни. Показателят „травми и отравяния“ бележи по-високи нива, но е близо до средните стойности за ЕС.

Подобно на изброените здравни индикатори през 2003 г. злокачествените образувания отбелязват значително по-ниски стойности (152.48) от тези за страните в ЕС (187.30). Единствено Финландия (146.29) изпреварва България по отчитане на най-ниски стойности по този показател, което не бива да се счита за успокоително, тъй като тенденцията, която се формира в последните години е към повишение. Необходимо е да се акцентира по-специално върху някои заболявания от този клас болести, като рака на шийката на матката при жените, поради наблюдаващата се негативна тенденция през последните десет години. Необходимо е да бъдат въведени програми за задължителна профилактика за ранно откриване и лечение на този вид заболявания поради повишения риск от заболяване при някой възрастови групи. Подобни инициативи бяха въведени при борбата с рака на гърдата, където България регистрира най-ниски нива по този показател според данни на СЗО за 2003 г. (20.78). Въпреки това, трябва да се оцени ефективността на тези конкретни мерки, тъй като през последните години от разглеждания период се забелязва увеличение на регистрираните случаи на 100 000 жени.

Редуцирането на високите нива на голяма част от изброените показатели, които представляват сериозна заплаха за сигурността и качеството на живота на населението е основна задача на системата на здравеопазване. Фокусът трябва да се поставя както върху намаляване на смъртността на активните в икономическо отношение възрастови групи и детската смъртност, така и върху останалите групи от населението. Сnižаването на нивата има както социален ефект, така и значителни финансови измерения, тъй като лечението изисква повече средства, отколкото необходимите средства за профилактиката.

3.3. Показатели за заболяемост, инвалидност и хоспитализация

Друга група индикатори за оценка на здравето състояние на индивидите са „заболеваемост и болестност“

Тези показатели пряко кореспондират с разглежданата по-горе смъртност по причини. Те включват всички новооткрити случаи на заболявания при посещения на лицата в кабинетите (амбулаториите) при лекар и по домовете от лекари. Въпреки че подбраните индикатори са съпоставими със здравната статистика на СЗО, липсата на достатъчно

подробна информация за страните от Европейския регион ограничава основната част на прегледа в рамките на страната.

Според отчетените данни през последните 10 години тук също не се наблюдават съществени изменения в честотата и структурата на регистрираните заболявания на населението по причини (Таблица № 37).

НЦЗИ отбелязва, че показателите за регистрираната заболяемост през последните две години (2001 г. и 2002 г.) са получени чрез “екстраполация”, тъй като след въвеждането на новия първичен документ “амбулаторен лист”, регистрацията на случаите на заболявания в структурите на извънболничната помощ е неточна.

Таблица № 37 Регистрирани заболявания по избрани класове болести за периода 1993–2002 г. (%)

Класове болести	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001 ¹	2002 ¹
Общо	1334.6	1289.7	1293.3	1367.1	1339.2	1313.7	1371.1	1334.9	1369.5	1366.4
Инфекциозни болести и паразитози	51.6	47.8	46.4	53.2	45.5	43.5	98.0	46.8	45.4	57.5
Новообразувания	7,8	8,2	8,4	9,2	9,4	9,7	9,7	9,8	10,1	10,8
Болести на ендокринните жлези, на храненето, обмяната и разстройства на имунитета	17,3	17,9	18,6	21,2	22,1	22,9	23,9	24,0	23,9	26,8
Психични разстройства	45,2	43,9	42,3	43,1	40,3	41,4	38,8	41,9	43,2	40,4
Болести на нервната система и сетивните органи	167,7	168,0	165,4	167,1	158,4	158,5	157,1	160,3	165,1	159,0
Болести на органите на кръвообращението	98,1	94,1	95,7	106,9	110,8	128,9	132,7	132,2	134,4	145,8
Болести на дихателната система	557,4	517,7	528,0	562,6	564,2	512,6	518,5	517,3	534,3	514,9
Болести на храносмилателната система	63,5	63,9	64,2	66,1	68,2	69,0	66,4	70,1	72,0	72,6
Болести на пикочо-половата система	72,5	74,9	75,4	78,3	80,9	82,2	79,1	83,1	85,7	87,9
Болести на кожата и подкожната тъкан	93,4	94,4	87,9	91,2	86,5	81,6	85,4	83,9	85,1	81,4
Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	49,7	47,4	48,3	50,6	46,2	46,2	44,8	46,4	48,2	46,1
Травми и отравяния	95,1	96,0	97,3	101,2	89,7	97,2	97,1	98,3	101,3	101,2

Източник: НЦЗИ, 2004

Забележка:

Данните за 2001 и 2002г. са получени чрез екстраполация

От представените в таблицата показатели за заболяемост по причини се открояват пет класа болести, на които се дължат около 72 – 75 % от всички регистрирани случаи на заболявания в страната през последните години: болестите на дихателната система, следвани от болестите на нервната система и сетивните органи, болестите на органите на кръвообращението, травмите и отравянията и болестите на кожата и подкожната тъкан.

Наблюдението на нивото на заболяемост от инфекциозни болести е опосредствано от тяхната обществена значимост, както и от значителното нарастване през последните години, като сред основните приоритети в групата са туберкулоза и СПИН.

Инфекциозните болести в редица международни изследванията се свързват преди всичко с бедността. От особена важност за нивото на този показател и здравната грамотност, общото образователно ниво и нивото на здравната превенция. По коригирани данни от 2003 г. общо в страната са регистрирани 52 356 случая от инфекциозни болести, като общата инфекциозна заболяемост се равнява на 667.3‰. Починалите са 125, а смъртността 1.59‰. Леталитетът е 0.23%.

В рамките на Европейския регион нивото на заболяемостта от туберкулоза в България е средно по величина - това са граници на заболяемостта между 12 и 80 ‰. В сравнение със средната заболяемост за страните от Европейския съюз заболяемостта от туберкулоза в страната продължава да се задържа 3.5 пъти по-висока.

Данните сочат, че България все още е страна с ниско разпространение на ХИВ/СПИН, като същевременно се наблюдава ежегодно нарастване на броя на новооткритите случаи

Болестите на органите на кръвообръщението (БОК) са водещи като проблем на здравеопазването и спадат към групата на хроничните неинфекциозни болести. Регистрираната заболяемост от БОК през 2002 г. е 160.2‰. В сравнение с 1993 г. се наблюдава прираст на заболяемостта с 48.6%. Показателят е екстраполиран. Има всички основания да се счита, че е по-висок.

Злокачествените новообразувания са друг тежък проблем на здравеопазването. Данните за националния регистър за рака показват, че заболяемостта при двата пола е възходяща за последните години. При мъжете показателят за 2002 г. е 383.5‰, а при жените 320.5‰. Нарастването на показателя при мъжете в сравнение с 1990 г. е със 120 пункта, а при жените – с 93. При мъжете води заболяемостта от рак на белия дроб, следван от този на колона и ректума, простатата, стомаха и пикочния мехур, а при жените водещ е ракът на гърдата, следван от рак на матката, колона, стомаха, ректума и яйчниците. Според Доклада за здравето на нацията на МЗ тенденцията на заболяемостта от злокачествени новообразувания в България е еднаква с тези в другите европейски страни. Смята се, че тя ще продължи да нараства и през следващите 20 години.

Тук отново следва да се обърне внимание на ниската здравна грамотност и здравна превенция, които очертават проблемите с наднорменото тегло, небалансирано хранене, ниска физическа активност, натоварването на психиката и сетивата, висока честота на тютюнопушенето, алкохол и наркотици. Те се комбинират с обективните процеси на застаряване на населението, професионалните вредности, наследствеността и другите биологични фактори и оформят високорисковия профил на средния потребител на здравни услуги

Тютюнопушенето е един от основните рискови фактори за сърдечно-съдовите заболявания. Съществуват доказателства за пряката връзка на тютюнопушенето и атеросклерозата и съответно увеличаване на риска от сърдечно-съдови заболявания.

Необходим е цялостен план за намаляване на рисковите фактори, влияещи на изброените по-горе социално значими заболявания. Демографските тенденции подчертават, че хроничните заболявания се превръщат във все по-голям проблем, представлявайки тежко бреме със загуба на функционални способности, намалени възможности за социално и икономически продуктивен живот и загуба на психическо здраве. Мерките трябва да се фокусират върху контролирането на известните основни рискови фактори, чрез превантивни действия и ранно диагностициране, лечение и наблюдение. Паралелно трябва да се развиват и дейностите по рехабилитация.

Друг основен клас причини за заболяемостта на населението, разгледан в таблицата са болестите на дихателната система, които водят в структурата на регистрираната заболяемост с относителен дял 37.7%. В съответствие с формираните условни равнища интензитетът на заболяемостта намалява през 2002 г. при база 1993 г. със 7.6%.

Психичните разстройства относително рядко довеждат до бърза смърт и това е причина за пренебрегване на тяхната висока социална цена. Редица анализи показват, че те изразходват значителни обществени ресурси. Така например, ако болестите се подредят по броя на годините пълноценен живот, които те отнемат от хората, на пет от първите

десет места попадат психични болести. През 1995 г. от обществените щети, понесени от човечеството поради инвалидизиране, 25% се дължат на психични болести; прогнозира се този дял да нарасне до 50% през 2020 г.

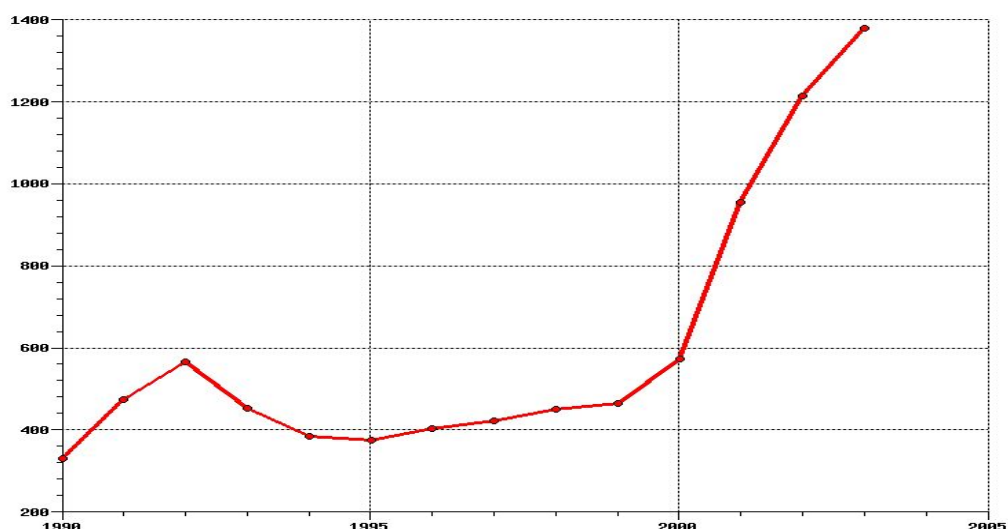
Здравноикономическите анализи и направените изчисления показват, че общите загуби, причинени от шизофренията за една година, са 34.5 млн. лв. за София и 199.7 млн. лв. за страната. Тези стойности следва да бъдат тълкувани в съпоставка с разходите, които се правят в България за психиатрията, т.е. за предотвратяване на тези загуби. През последните години те са около 2.5% от здравния бюджет (напр. около 5 млн. лева за 1999 г.), като от тях за лечение на шизофренията отиват почти половината. В системата на здравеопазването няма разработени програми както и съответни структури, предназначени да обслужат емоционалното страдание и неговите психосоциални последици.

Инвалидизация

Неблагоприятна тенденция се установява и за регистрираните първично инвалидизирани лица от травми и отравяния. Спрямо 1994 г. броят на инвалидизирани лица се е увеличил с 1 520 и през 2002 г. той достига 4 153. С най-висок относителен дял са лицата със загубена работоспособност над 90%.

Броят на лицата, признати за инвалиди, продължава да нараства с много високи темпове - през 2002 г. те са 101.353 (т.е. близо 3 пъти повече в сравнение с 1994 г.) или 15.3 на хиляда души от населението над 16 г. Това нарастване се свързва предимно с промените в законодателството, свързани с условията и статута на признатите за инвалиди лица. Съществуващата статистическа информация за броя на хората с увреждания е непълна и неточна. По данни на НСИ през 2001 г. хората с увреждания в страната са 265 353. В същото време по данни на НОИ, лицата, получаващи различни видове пенсии по инвалидност с намалена над 50% работоспособност, са около 330 хиляди, а по експертна оценка общият брой на тази група лица е около 400 хиляди.

Графика № 15



На Графиката е показана линията, която бележи броя на новорегистрираните случаи с инвалидизация/увреждания в България като по този показател заемаме едно от челните места в Европа (9-то от общо 51 страни по данни на СЗО/Европа за 2001 г.). Показателят е близо 2 пъти по-висок от средния за Европа - съответно 955‰ срещу 553‰. За сериозността на проблема свидетелства и направеното сравнение с близките до нас страни от Централна и Югоизточна Европа за същия период, в които

стойностите са 2 пъти по-ниски - 412‰. Освен това тази негативна тенденция се задълбочава и през следващите години както е отразено от графиката - 2002 г.- 1214‰ и 2003 г. - 1380‰.

VI. Подобряване на финансовото управление на здравеопазването в България

Настоящата глава, която е резултат от работата на Междуведомствената работна група за разработване на стратегия за развитие на здравеопазването, разглежда основните варианти за развитие финансирането на подсистемата на болничната помощ в краткосрочен план. Но основната цел на този доклад е на базата на представения системен анализ да ускори дискусиата по основните параметри за развитие на здравноосигурителния модел в дългосрочен аспект.

Във времена на постоянна промяна в обществените взаимоотношения и повишаващи се изисквания към трудоспособността на всеки отделен индивид, въпросът със здравето състояние на българската нация заема основно място. Поради тази причина здравеопазването трябва да отговори на новите потребности чрез продължаване и задълбочаване на реформата на системата.

Тази система следва да се гради върху принципите, залегнали в най-добрите примери от европейската и световна практика в тази сфера, които да бъдат обобщени в цялостна концепция за развитие на здравеопазването, разработена от всички заинтересовани страни в резултат на широка обществена дискусия. Основните опорни точки на обществените усилия, отразени и в концепцията, трябва да са насочени към:

1. Право и възможност за здравословен избор – нова стратегия за въздействие върху здравните детерминанти – здравно образование в училищата, здравна промоция, социална подкрепа, програми за профилактика и ранно откриване на заболяванията, гарантиран достъп до здравна информация.
2. Право на свободен достъп до здравни услуги – гарантиране на достъпа до адекватно лечение според нуждата за всеки български гражданин и справедливо участие на всеки в осигуряване на разходите за тези услуги.
3. Универсално покритие на населението – включване на всеки един гражданин на страната в системата на здравеопазване, гарантиране получаването на подходящо лечение и здравни грижи за всеки, който има нужда от тях
4. Конкуренция - създаване на подходяща среда за формиране на реално функциониращ пазар на доставчици и осигурителни институции в сектора на здравеопазването.
5. Свобода на избор на доставчик на медицински услуги - осигуряване на правото на пациента да избира лечебно заведение или лекар според своите собствени предпочитания.
6. Ефективност и отчетност - постигане на максимални здравни резултати за обществото при определено равнище на ресурсите за здравеопазване.
7. Реално реструктуриране с плурализъм на формата на собственост.

Реформата в сектора, която започна през 2000 г., не е доведена до своя успешен край.

От гледна точка на предстоящото членство в Европейския съюз е необходимо да се определят спешни стъпки и конкретни мерки, които постепенно да подобрят системата на българското здравеопазване. Това е задача със значителна трудност имайки предвид, че социалните здравно-осигурителни системи в Европа представляват комплекс от публични

и частни, задължителни и доброволни, плуралистични и бюрократични, саморегулиращи се и държавно регулирани системи, които непрекъснато се развиват и променят.

Усъвършенстването на финансовия модел на здравеопазването в България следва да бъде предмет на задълбочен анализ и консенсус върху необходимите стъпки за това.

Ако единственият проблем на системата е недостигът на ресурси, чрез премахването му всички други проблеми ще се смекчат и няма да бъде необходима промяна на установения модел. Тази теза трудно би издържала, на фона на разгледания международен опит, още повече, че задължителното установяване на постоянно нарастващи здравноосигурителни вноски, без възможност за избор от страна на потребителя на здравноосигурителен фонд е вероятно да доведе до увеличаване на стремежа за неплащане или по-ниско плащане на здравните вноски, което ще намали събираемостта на средствата от тях. Прилагането на административни мерки за поддържане на събираемостта ще оскъпи допълнително системата, без да постигне значими резултати.

Игнорирането на правото на избор и носенето на отговорност от страна на потребителите, на основата на техните интереси и липсата на конкуренция в задължителното здравно осигуряване, ще демотивира значителна част от активното, с по-висок социален и образователен статус население, което основно осигурява ресурсите извън бюджетните средства в здравното осигуряване.

От друга страна, съзнавайки, че на настоящия етап на развитие България не е подготвена за въвеждане на класически модел на регулирана конкуренция в задължителното здравно осигуряване и отчитайки отсъствието на стабилен, конкурентен и ефективен пазар на доброволно здравно осигуряване, в краткосрочна перспектива предлагаме усъвършенстване на съществуващия модел чрез въвеждане на редица мерки за подобряване на процесите на управление и финансиране. .

1. Мерки за подобряване финансовото управление на здравната система

Мерките за подобряване финансовото управление на здравната система са обобщени в два модела:

- **Краткосрочен модел** – постигане на консенсус за въвеждането му и подготовка на нормативната база за това в близките две години. Основната цел на този модел е въвеждане на регламентиран пазар на здравни услуги в болничните заведения, държавна, общинска и частна собственост и премахване на неофициалните плащания за болничните услуги.
- **Дългосрочен модел** за периода след 2009 г. в насока извеждане на възможността за избор на здравноосигурителен фонд в задължителното здравно осигуряване и съответно равнопоставеност между НЗОК и доброволните ЗОФ.

Прилагането на двата модела се основава на следните опорни точки:

1. Пациентът заема централно място в системата, която е ориентирана към задоволяване на неговите потребности и очаквания и се развива в посока постигане на максимална информираност на пациентите и гарантиране изборът им на потребители.
2. Балансиране интересите на всички участници в системата.
3. Премахване на практиката на нерегламентирани плащания.

4. Превенция, промоция и ранно откриване на заболяванията като фактори за подобряване на здравните резултати и гарантиране на икономическата ефективност на системата.
5. Ясно регламентиране обхвата на основния пакет, заплащан от НЗОК.
6. Регламентирано, социално приемливо държавно участие при финансиране на дейностите и услугите, оказвани на гражданите в неравностойно положение.
7. Оптимален баланс между държавния и частен сектор в здравеопазването и здравното осигуряване при регламентиране обхвата на дейността на доброволните фондове.
8. Ясно регламентирана система за участие на пациента при споделяне на разходите за заплащане на медицинските услуги, както и разработване и създаване на механизми за ефективна конкуренция в здравния сектор и ефективна защита правата на пациентите.

2. Краткосрочна концепция за подобряване финансирането на здравната система

На първо място, за да се създадат необходимите предпоставки за изграждане на устойчив здравноосигурителен модел, е необходимо да се разгледат възможностите за мобилизиране на допълнителен ресурс в системата. В този аспект се очертават най-общо три алтернативи:

- Алтернатива 1 – мобилизиране на допълнителен ресурс чрез увеличаване на здравноосигурителната вноска с 2 % над сегашните 6 % и централизиране на набрания допълнителен ресурс в НЗОК. При равни други условия това би осигурило допълнително около 280 млн.лв.
- Алтернатива 2 – мобилизиране на допълнителен ресурс чрез увеличаване на здравноосигурителната вноска с 2 % над сегашните 6 % и разпределение на допълнителния ресурс от 280 млн.лв., свързан с това увеличение, между НЗОК и частни здравноосигурителни фондове на конкурентен принцип.
- Алтернатива 3 – мобилизиране на допълнителен ресурс чрез въвеждане на ефективно действаща, ясно регламентирана система на споделяне на разходите между осигурителите и здравноосигурените. По-конкретно тук става въпрос за въвеждане на доплащане в дефиниран основен пакет от здравни услуги при запазване на настоящия здравноосигурителен модел. За групите в неравностойно положение държавата създава система за гарантиране на доплащанията.

Възможно е да се реализира и комбинация от горните алтернативи, но тя би довела до прекомерно увеличаване на финансовата тежест за домакинствата и по тази причина е неприемлива.

Трите гореизброени алтернативи са свързани с финансирането на услугите извън системата на спешната медицинска помощ, на която всеки български гражданин има право.

Анализът на трите алтернативи следва да се извърши през призмата на основната цел на системата: осигуряването на качествени здравни услуги за населението на страната във

вид и форма, достъпни за всички граждани. В тази връзка алтернатива 2 е доминирана от алтернативи 1 и 3, тъй като:

- Тя няма да създаде конкуренция, водеща до подобряване качеството на услугите – вноската за допълнително задължително здравно осигуряване формира ресурс, възлизащ на 33 % от настоящия в системата. За този ресурс ще се конкурират НЗОК и частни фондове. Държавата обаче поема осигурителните вноски на около 4 млн. българи. Логично е да се очаква, че тя ще предостави този ресурс на НЗОК. Което означава, че частните фондове ще се конкурират за ресурс от порядъка на около 100-130 млн.лв. Така средствата от вноски за всеки фонд ще са незначителни. Това ще принуди частните фондове да свият прекомерно пакета от услуги, които ще предлагат на своите клиенти, за да ограничат вероятността от фалит. В резултат допълнителният ресурс, който хората отделят за здравеопазване, реално няма да се влее в системата.
- Тя няма да доведе до премахване на нерегламентираните плащания в системата, което ще повиши финансовото бреме, понасяно от здравноосигурените. Причината е неефективното разпределение на ресурсите, което няма да има като резултат адекватно повишаване на доходите на медицинския персонал.

Алтернатива 1 е за предпочитане от алтернатива 2, тъй като ще концентрира ресурсите в една организация с опит в областта на социалното осигуряване, която би могла с тези средства относително да подобри качеството на предоставяните услуги. Недостатъците на алтернатива 1 са съществени, доколкото няма да се създадат стимули и натиск за ефективно разпределение на разходите и за премахване плащанията под масата. Заедно с това, липсата на избор на осигурител ще демотивира една част от активното, с по-висок образователен и социален статус население, от участие в здравното осигуряване.

Алтернатива 3 доминира алтернативи 1 и 2, защото тя предполага значително ограничаване на нерегламентираните плащания, по-голяма прозрачност, отчетност и участие на пациентите в контрола на разходите в системата чрез обвързване движението на паричните потоци в системата с реално предоставяне на услуги.

Този вариант за развитие на здравноосигурителния модел у нас е свързан с формиране на ясно дефиниран основен пакет от здравни услуги в комбинация със система за споделяне на разходите в рамките на този пакет. Всеки пациент може да избере да доплаща кеш получените здравни услуги или да се осигури допълнително в частните здравно-осигурителни фондове.

Така ще се създадат условия за развитие на частните здравноосигурителни фондове по линия на доброволното здравно осигуряване, чрез сключване на договори по желание на здравноосигурените за покриване на доплащанията. Целта на тази мярка е да се развие здравноосигурителния пазар, което да бъде като преходен етап преди допускането на частните фондове и на пазара на задължителното здравно осигуряване.

Основният пакет от услуги следва да е максимално широк като изключва само т.нар. лайф-стайл медицина и спешната медицинска помощ, където не се въвежда споделяне на разходите.

След определянето на основния пакет от медицински услуги той следва да бъде устойчив и на базата на това устойчивостта да се въведат реални официални цени на медицинските услуги във всяка болница, които да се публикуват в специален регистър на болниците. Така ще се увеличат приходите на болниците, а регламентирана част от

тях ще се използва за увеличаване заплащането на лекарите и другия болничен персонал, с което ще се преодолее сериозната диспропорция между заплащането на лекарския труд в болничната и извънболничната помощ.

В теорията и практиката съществуват различни форми на споделяне на разходите. Целите, които преследват обаче, в повечето случаи са едни и същи: ограничаване на прекомерното потребление на здравни услуги, увеличеното участие на пациента във формирането на разходите и съответно – в контрола върху тях и дофинансиране на системата. За България предлагаме следните форми на споделяне на разходите по отделните звена на здравната система:

1. В системата на първичната извънболнична медицинска помощ – поетапна промяна промяна в начина на заплащане чрез увеличаване дела на плащането за услуга и намаляване дела на капитацията.
2. В системата на специализираната извънболнична медицинска помощ – въвеждане на процентно доплащане от стойността на услугата или на диференцирана такса в абсолютен размер в зависимост от вида на услугата.
3. В системата на болничната помощ – система на балансиращо доплащане.

Доплащане в болничните заведения

Предлагаме този модел с разбирането, че съществуването на нерегламентирани плащания за получаване на здравни услуги в болниците, държавна и общинска собственост поставя България в групата на най-слаборазвитите и бедни страни и води до неефективно използване на немалкия ресурс, отделен за лечение от частни източници (домакинствата).

Неофициалните плащания от страна на пациентите (основно в болничните заведения) се генерират от липсата на регламентиран (легален) пазар на здравни услуги, като следствие от което пациентите са принудени да влизат в неформални финансови взаимоотношения с медицинските лица, с цел получаване на по-качествена здравна услуга.

Болничните лечебни заведения имат значителна нужда от допълнителния частен финансов ресурс, както за подобряване на материалната база, така и за увеличаване заплащането на лекарите и другия персонал. По този начин в болниците ще се изгради необходимия капацитет за повишаване на качеството на медицинските услуги. Понастоящем този ресурс не постъпва в болниците.

За да се промени посочената негативна ситуация и с цел премахване на нерегламентираните плащания в болничната помощ, е възможен следният вариант на въвеждане на регламентирано доплащане в болничната помощ:

1. На първо място пациентът реално следва да бъде поставен в центъра на системата, чрез въвеждане на информиран избор на лечебно заведение и гарантиране на качеството на медицинската услуга, получавана от него чрез легално доплащане в болничните заведения.
2. Болниците следва да се конкурират за привличане на повече пациенти на основата на цените и качеството на предлаганите от тях здравни услуги.
3. Необходимо е ускорено развитие на пазара на доброволно здравно осигуряване, чрез въвеждане на доброволните фондове в заплащане до

пълния размер на цените на болничното лечение в избраната от конкретния здравноосигурен болница.

Системата на доплащанията в болничните заведения се изгражда върху следните ограничителни условия:

1. Създаване на единна методика за остойностяване на дейностите и услугите в болничната помощ, на база на която да могат да се оценят отделните услуги на равнище болница и която да дава възможност за контрол на процеса по остойностяване и формиране на цените в болниците.
2. Всяка болница определя и предлага своя цена за извършване на определена медицинска услуга (лечение на определено заболяване, диагноза). РЦЗ извършват проверка на формираните цени и на спазването на методиката и след това ги одобряват.
3. Болничните заведения оповестяват официално цените на предоставяните от тях услуги по определен ред, с цел постигане на пълна информираност на пациентите.
4. НЗОК, в рамките на задължителната здравноосигурителна вноска от 6 %, финансира предварително изчислен и остойностен определен размер от всяка диагноза, еднакъв за всяка болница. Разликата между обявената цена от болницата и стойността на всяка клинична пътека /ДСГ/, плащана от НЗОК се покрива от пациента (или съответно - от доброволния фонд, при който той е осигурен) под формата на регламентирано доплащане. В случай, че болницата може да извърши услугата на цена, по-ниска от покриваната от касата, тя получава пълния размер на средства, определени от НЗОК, като разликата ѝ се признава за чиста печалба.
5. Ако пациентът се осигурява в доброволен здравноосигурителен фонд, който да покрива размера на доплащането, неговите индивидуални разходи за доплащане на болничното лечение ще бъдат по-ниски, отколкото ако се доплаща кеш.
6. При постъпване на пациент в лечебно заведение по определена диагноза, НЗОК превежда определената сума за диагноза на болницата, пациентът доплаща официално остатъка или кеш, или в случай, че пациентът е осигурен, ДЗОФ покрива доплащането.
7. Системата следва да гарантира чрез съответните регламенти правата на пациента, изключващи неофициални плащания от негова страна и предвиждане на съдебна отговорност за медицинските лица, които нарушават въпросните разпоредби.

Предимства на модела

1. Болничната система, която е недофинансирана ще получи допълнителен ресурс, без да е необходимо да се увеличава здравноосигурителната вноска.
2. Социалният характер на модела се изразява в това, че само пациентите в болничните заведения ще доплащат медицинските услуги, и то не във всички болнични заведения. За определени групи граждани доплащането ще се поеме от държавата.

3. Системата на доплащанията е ориентирана изцяло към пациента, като му осигурява максимални възможности за избор. Пациентът ще има право на избор в коя болница да се лекува, като ще има право на избор дали да се осигури доброволно или лично да поеме размера на доплащанията. В случай, че няма доброволна осигуровка, неговият избор на лечебно заведение ще се основава на оптималното съотношение между предлагана цена и качество на услугата, както и на възможността му за плащане.
4. НЗОК ще има възможност да определя размера на финансиране по отделните диагнози, който е реално да бъде изцяло покрит с публичния ресурс, с който разполага. Това гарантира стабилност и по-точно планиране на финансовото състояние на НЗОК.
5. Болниците ще могат да определят цени в зависимост от качеството на услугите, които предлагат по отделните диагнози, както и различни цени за едни и същи диагнози, но предлагани с различно качество. Лечебните заведения имат стимул да намаляват себестойността и цените на здравните услуги и за предоставяне на качествено лечение, с цел привличане на по-голям брой пациенти.
6. Дефицитите и недофинансирането в дейността на болниците ще се прекратят, без това да поставя тежест само върху една от страните. Отговорността на държавния бюджет ще се съсредоточи върху осигуряване на доплащанията на определени групи граждани, които нямат възможност сами да финансират лечението си.
7. Ще се даде тласък на развитие на пазара на доброволното здравно осигуряване чрез навлизане на доброволните здравноосигурителни фондове (ДЗОФ) в заплащането на реално извършени медицински услуги.
8. ДЗОФ ще имат възможност да контролират дейността на лечебните заведения, тъй като са пряко заинтересовани от тяхната работа: а) поради факта, че те трябва реално да покриват доплащанията за своите клиенти и б) за да привличат и задържат клиентите си, поради което ще следят клиентите им да са удовлетворени от условията, предоставяни в лечебното заведение. Фондовете ще имат възможност да оказват натиск върху лечебните заведения за намаляване цените на услугите им като страна, реално договаряща част от финансирането на дейността по диагнози.
9. ДЗОФ следва да се конкурират с НЗОК за осигуряване на доплащанията на социално слабите граждани, за които държавата поема разходите.
10. Контролът в системата ще се осъществява на две равнища: а) остойностяването на услугите при определяне на цената на дадена болница – от МЗ, РЦЗ или независим институт по качеството и б) изразходването на средствата по лечението на пациента - от страна на доброволните фондове.
11. Значителна част от увеличените официални приходи на болничните заведения може да се насочи към повишаване заплащането на лекарите и медицинския персонал. Това ще премахне големите диспропорции между заплащането на лекарите в болничната помощ и заплащането на общопрактикуващите лекари, което е основа за «оправдаване» на плащанията “под масата” в момента.

12. Регламентирането на доплащанията ще остави средствата в системата на здравеопазване и ще подобри финансирането ѝ.

Рискове, които следва да се предвидят в регламентите:

1. Една от негативните страни на модела е делегирането на всички права по определяне размера на доплащането в ръцете на лечебните заведения. Този проблем се решава чрез даване на възможност на доброволните фондове да договарят и да упражняват контрола по извършването на дейностите в лечебните заведения.
2. Съществува възможност големите лечебни заведения да се "картелират" и да определят еднакви относително високи цени по отделните клинични пътеки. По-този начин ще изтеглят голяма част от финансовия ресурс в системата към себе си. Този проблем може да се реши чрез контрол върху процеса на остойностяване на услугите на равнище лечебно заведение.
3. В случай, че фондовете не сключат договор с повечето лечебни заведения, това ще ограничи достъпа на клиентите им до медицинска помощ. Този проблем съществува при всеки един модел на доплащане, който позволява осигуряване на разходите за доплащане при ДЗОФ.
4. За определени високо специализирани дейности (трансплантации, много сложни операции и др.) следва да се създаде различен механизъм на финансиране, тъй като разходите за доплащанията за тях не могат да се покриват самостоятелно от нито една от страните – пациенти, фондове или Каса. Същевременно за определени услуги, които се предлагат единствено в малко на брой специализирани болници, конкурентният модел няма да работи поради ограничения брой на случаите и относително малката разлика в предлаганите от болниците цени.
5. Доплащанията за онези групи граждани, за които държавния бюджет ще поеме осигуряването и доплащането, ще постави в неравностойно положение онези граждани, които не са социално слаби, но са с ниски доходи и поради тази причина ще носят относително по-голяма финансова тежест. Това ще се изрази както по линия на допълнителните разходи за покриване на доплащанията, така и в ограничаване на достъпа до най-качествените здравни услуги.
6. Съществува възможност частните здравноосигурителни фондове да селектират риска и по този начин да ограничат достъпа на определени групи граждани до системата. В тази насока следва да се предвидят адекватни регулации, които да ограничат тази възможност.

Подобряване на управлението на финансовите ресурси и финансова обезпеченост на дейностите в здравеопазването може да се постигне чрез:

- Изготвяне на оценка за икономическата и здравна ефективност на разпределените в системата на здравеопазването финансови средства и контрол за съдържане на разходите;
- Увеличаване на публичните средства за здравеопазване, гарантирано от растежа на БВП и относителния дял от него за здравеопазване;
- Рационализиране на предлаганите здравни услуги, чрез ясно дефиниране на основен пакет здравни услуги, гарантиран напълно от бюджета на здравноосигурителната каса;

- Изграждане на система за публичен контрол /от страна на здравноосигурените/ на разходите на монополната здравноосигурителна каса и съответно – стимули и натиск за оптимизиране и постигане на ефикасност на разходите. Съществуващият в момента контрол е с ниска резултатност;
- Субсидиране на НЗОК на програмен принцип, по линията на заплащане на пълната стойност на медицинските услуги за гражданите в неравностойно положение;
- Въвеждане на единна система за финансиране на дейностите в болничната помощ, при която НЗОК е единен платец с разполагаемия публичен ресурс, което следва да осигури прозрачност и единни критерии при финансирането;
- Въвеждане на нов метод за финансиране на болничната помощ от НЗОК, при който следва да се отчита: тежестта на случаите; придружаващите заболявания, качеството на мениджмънта в управлението и контрола на средствата; иновативните технологии и минимално инвазивните методи;
- Финансиране от страна на МЗ чрез предоставяне на грантове по програми по национални приоритети или предложени от болниците, които са в полза на подобряване на качеството на медицинските услуги за пациентите;
- Предоставяне на по-големи управленски правомощия на общините и разработване на механизми за стабилизиране и реструктуриране на лечебните заведения – общинска собственост чрез приватизация и реструктуриране, в т.ч. и публично-частни партньорства;
- Обвързаност на финансирането с новия модел за акредитация.

3. Развитие на модела на всеобщо задължително здравно осигуряване в дългосрочен план

Системата на здравеопазване в страната към настоящия момент е в процес на развитие. Част от предвидените реформи вече са осъществени - в сектора на доболничната помощ. В краткосрочен план предстои реформиране на финансирането в болничната помощ. Въпреки извършените до момента реформи, обаче, здравноосигурителният модел все още не е добил вид, който да отговаря на европейските изисквания и да осигурява необходимото качество на обслужване на пациентите. Визията за това как системата на здравеопазване ще изглежда в бъдеще следва да бъде резултат на дебат, анализ и оценка на всички заинтересовани страни в системата и да отчита, доколкото е възможно, интересите на основните участници.

Здравеопазването има за цел да осигурява качествени здравни услуги за населението на страната във вид и форма, достъпни за всички граждани. Съвременната система на здравеопазване следва да се организира около правата и възможностите на пациента. Всички останали отговорности, права и задължения са производни на тези на пациентите. Това означава, че моделите на финансиране и на предоставяне на здравни услуги трябва да са ориентирани и съобразени най-напред с нуждите на пациента, а след това – с тези на останалите "играчи". Необходимо е да се изгради системата по начин, който ще стимулира активното отношение на лекарите към пациентите чрез обвързване на заплащането на лекарския труд с извършена реална дейност.

С цел очертаването на дългосрочното развитие на модела за всеобщо задължително

здравно осигуряване в България трябва да са налице следните основни предпоставки:

1. Интензивно развитие на икономиката, което да подкрепи значително развитието на здравното обслужване
2. Развитие и натрупване на необходимия административен капацитет за здравното осигуряване
3. Достатъчно високо ниво на персоналните доходи, което да осигури стабилен приход на здравноосигурителната система
4. Ефективна структура на пазара на труда, която да бъде в състояние да осигури висока приходна база на осигуряването
5. Адекватно състояние на здравната инфраструктура, в това число перфектно функционираща интегрирана информационна система, която да осигури информационно здравните услуги, както и цялата информация относно здравното състояние на пациента, контактите му с всяко едно равнище в здравната система и тяхната честота.
6. Ефективна система за контрол върху работата на фондовете, доставчиците и отделните медицински лица, включваща строги санкции при нарушаване на правилата.

С цел осигуряване участието и съответно – отговорността на потребителите на здравни услуги в системата на здравеопазване трябва да се създаде система за подкрепа на реалното право на избор на потребителите на здравни услуги на здравноосигурителен фонд и на доставчици на здравни услуги. Здравноосигурителните фондове трябва да имат право да участват и на пазара на вноските за задължително здравно осигуряване на база услугите по осигуряването, които предоставят.

Потребителите, които не са доволни от размера на своите индивидуални здравни разходи и или/и от качеството на здравните услуги, които получават срещу тях, имат възможност да упражнят своето право да изберат друг осигурител и съответно друг доставчик на здравни услуги. Гражданите в страната могат да имат гарантиран периодичен избор на ЗОФ, които отговарят за закупуването на необходимите здравни услуги. Това е рационално от гледна точка на стимулиране на ЗОФ да увеличават ефективността на здравноосигурителните услуги и да отговорят на предпочитанията на потребителите.

Така ще се въведе конкуренция между здравноосигурителните институции от една страна и между доставчиците на здравни услуги от друга. Степента, в която конкуренцията конфликтира с по-широките социални цели, зависи от това как тя се прилага и на какво ниво. С цел спазване на принципа за солидарността в условията на конкуренция в здравния сектор, държавата прилага следните регулиращи механизми:

- Запазва се модела на задължително здравно осигуряване за всички граждани, в противен случай не се спазва принципът на солидарността, защото няма кръстосано субсидиране от богатите към бедните и от здравите към болните
- Свободно записване – здравните фондове са задължени да записват всички желаещи да се осигурят. Забранява се селектирането на клиенти от страна на фондовете на каквато и да било база.
- Механизми за управление на риска – за да се попречи на отделни осигурители да поемат непропорционална част от риска или да прилагат скрити форми на неблагоприятна селекция,

разпределението на финансовите ресурси се приспособява към рисковия профил на членовете на конкретния фонд.

- Възможности на здравноосигурителните фондове да се договарят с максимално широк кръг от доставчици с цел осигуряване равенство и равен достъп на всички потребители на здравни услуги и съответно конкуренция между доставчиците.
- Финансиране чрез задължителния размер на здравноосигурителните вноски на определен размер на стойността на медицинска услуга, като останалата част се финансира чрез форма на доплащане или на допълнително здравно осигуряване. Поемане на отговорност за социално слабите граждани от страна на държавата за покриване на медицинското им обслужване.

Ефективната система за реструктуриране на риска се реализира чрез прилагане на разпределяне на риска от страна на институцията за управление на риска в системата /солидарния фонд /държавата/ НЗОК/ към здравноосигурителните фондове в сектора на задължителното здравно осигуряване, резултиращо в замяна на селекцията с ефективност. Друга възможна стратегия е да се разреши на здравните фондове да прилагат съобразени с нивото на риска индивидуални вноски, като държавата определя допустимия диапазон на вариация, но това ще бъде в противоречие с механизма на универсалния дял на здравноосигурителната вноска.

Заедно с това правителството трябва да осъществи превенция срещу селекцията на риска със следните възможни мерки:

- Публикуване на резултатите от оценките на удовлетвореността на потребителите от услугите на здравноосигурителните фондове
- Етичен кодекс за осигурителните фондове
- Периодично актуализиране и подобряване на формулата за разпределение на здравноосигурителните вноски, с оглед редуциране на дългосрочната печалба от определени действия за рискова селекция.
- Гарантиране невъзможността определянето на цената и продажбата на пакета здравни услуги да се обвързва с други продукти и услуги.

Примерно принципно описание на подобен здравноосигурителен модел при трансформиране ролята на НЗОК в институция по управление на риска или солидарен фонд

1. НОИ запазва основните си функции по акумулиране на здравноосигурителните вноски в сектора на всеобщото задължително здравно осигуряване и ги предоставя изцяло на НЗОК.
2. НЗОК придобива функциите на “солидарен фонд”, който осъществява дейността по уравнивяване на здравния риск между отделните конкуриращи се здравноосигурителни фондове при финансирането на основния пакет здравни услуги.
3. НЗОК преразпределя акумулираните средства към здравноосигурителните фондове чрез предварително изграден механизъм за управление на риска на база на няколко критерия (пол, възраст и заболяемост на лицата, записани във всеки фонд).

4. НЗОК извършва допълнителното финансиране на фондове с по-неблагоприятна демографска структура от нормалната (която е предварително дефинирана).
5. Здравноосигурителните фондове набират членове и осъществяват задължителното и доброволното здравно осигуряване на населението. Те ще бъдат национално представени (ще имат национален статут и право да оперират на цялата територия на страната) и ще се конкурират помежду си, за да привличат клиенти.
6. Фондовете осигуряват на здравноосигурените в тях основния здравноосигурителен пакет без диференциация в размера на задължителните здравноосигурителни вноски.
7. Фондовете се конкурират на основата на качеството на договорените с доставчиците здравни услуги, които те осигуряват за своите клиенти, като сключват договори с онези лечебни заведения, които отговарят на техните изисквания за качество и за удовлетвореност на потребителите.
8. Фондовете се конкурират и чрез предлагането на допълнителни здравни услуги (разширен пакет от здравни услуги, разходи за доплащане по основния пакет и др.) чрез разнообразни пакети по избор на клиентите си.
9. Фондовете са дружества със стопанска цел, които трябва да са заинтересовани да осъществяват ефективен мениджмънт и контрол върху разходите си, с цел реализиране на печалба.
10. Държавата, НЗОК и фондовете осигуряват финансирането на програми за гарантиране на здравните грижи за социално слаби граждани, необхванати от задължителната система по една или друга причина (възможно е тези програми да се изпълняват съвместно с външни организации, МТСП и пр.).

Заклучение

Здравните системи по света са обект на постоянно развитие и промяна. Тези процеси са продиктувани от стремежа на обществата към постигане на стабилност, устойчивост, високо качество и ефективност в здравеопазването. Въпреки че са изправени пред трудности от различен характер, повечето държави поставят приоритет върху здравната система, защото осъзнават значението на сектора за развитието на цялото общество и за неговото бъдеще.

Настоящият анализ разглежда основните модели на организация и управление на здравните системи от гледна точка най-вече на тяхното финансиране. Разнообразието от модели на финансиране е значително, но въпреки това могат да се открият няколко общи тенденции и особености в развитието на системите:

- предефиниране на принципите на солидарност и справедливост в здравеопазването;
- концентрация не само върху размера на финансовите ресурси, а върху тяхната ефективност и ефикасност;
- въвеждане на реални пазарни отношения на всички равнища в системата на здравеопазването;
- фокусиране на системата към пациента и неговите специфични нужди и изисквания за получаване на качествени и адекватни здравни грижи.

Ако не се осигурят условия и воля за неговото добро и ефективно функциониране, моделът на финансиране няма да прояви своите основни предимства, а това само ще задълбочи присъщите му недостатъци.

За финансиране на системата на здравеопазване в България е избран модел на социално здравно осигуряване с един здравноосигурителен фонд – Националната здравноосигурителна каса. Реформата в отделните подсектори на здравната система е започната, но все още не е довършена. Нейното успешно приключване е задължително, но недостатъчно условие за изграждането на съвременна и модерна система на здравеопазване. Необходимо е да се вградят принципите на ефективност, ефикасност, свобода на избора и грижа за пациента и те да станат интегрална част от структурата на системата и от мисленето на хората, заети във или засегнати от сектора. Считаме, че основните начини за постигане на това са информиране на обществото, осъществяване на разумен избор и пазарно поведение от страна на всички участници в системата на здравеопазването. Надяваме се настоящия анализ да спомогне за постигането на тези цели.

Приложения

Приложение № 1

ПОКАЗАТЕЛИ	Публично-интегриран модел на здравеопазване (някои примери: Великобритания, Дания, северно-европейски държави)	Смесен модел на здравеопазване (някои примери: Германия, Франция, държави от конт. Европа)	Модел на частно здравно застраховане (някои примери: САЩ, Швейцария, Сингапур)
I. Покритие	100 %	Почти пълно	Само лицата със здравни застраховки (по изключение здр. застраховане може да бъде задължително)
II. Достъп	Неограничен	Неограничен	Ограничен е само за незастраховани лица, най-често за тях се създават специфични механизми, които им позволяват достъп
III. Финансиране			
-чрез данъци (местни или национални)	Изцяло	В минимална степен	В минимална степен
-чрез социални здравни осигуровки	Отсъства	Значителна част, от публични/частни фондове	Отсъства
-чрез доброволно здравно осигуряване	Присъства в ограничена степен	Значителна част, от частни фондове	Почти изцяло, от частни фондове
-роля на държавата при разпределение на средствата	Централно разпределение от страна на държавата,	Финансира здравни услуги само за ограничен кръг лица	Финансира спешни здравни услуги за много ограничен кръг нуждаещи се лица
- контрол върху бюджетите	Силен контрол чрез бюджетни ограничения и тавани на разходите	Контрол от страна на държавата минимален, регулиране на взаимоотношенията; в някои случаи – целево бюджетиране в болничната помощ	Регулиране на взаимоотношенията от страна на държавата
-относително равнище на разходите за здравеопазване	Ниско	Сравнително високо	Много високо
IV. Организация на финансирането			
-събиране на финансовите средства	Държавата събира средствата в един общ фонд	Средствата се събират от застрахователните фондове, които закупуват от лечебните заведения определени услуги	Средствата се събират от застрахователните фондове, които закупуват от лечебните заведения определени услуги
-разпределяне на финансовите средства	Държавата разпределя средствата по видове помощ, най-често тя е и собственик на лечебните заведения	Разпределение чрез контракуване между застрахователните фондове (финансиращите институции) и лечебните заведения	Разпределение чрез контракуване между фондовете и лечебните заведения
V. Контракуване на здравните услуги			
-извънболнична помощ	Лични лекари, които осигуряват достъпа до болнична помощ. Заплащане – капитация + такси за	Лични лекари, осигуряват достъп до болнична система, има изключения. Разнообразни форми	Често отсъства система на лични лекари. Осигурените пациенти имат свободен достъп до

	извършени услуги.	на заплащане.	всякакъв тип лечение, в случай, че застрах. им фонд е сключил договор със съответния доставчик.
-болнична помощ	Болниците са публична собственост (държ или местна), определят им се годишни бюджети на исторически принцип. В някои случаи на болниците се заплаща за извършена дейност.	Болниците най-често нямат определени бюджети, плаща им се за леглодни, такси за услуги или по ДСГ от застрахователите. В някои случаи – целеви бюджети	Болниците са частна собственост, сключват отделни договори с всеки застраховател за предоставяне на услуги.
-лекарства	Най-често се разпределят между пациента и фин. институция, с много изключения за определени групи (бедни, деца, хронично болни и др)	Разпределят се между пациента и финансиращата институция	Изцяло се заплащат от пациента
VI. Конкуренция и регулация на пазара	Липсва. Пазарът е силно регулиран.	Засилена конкуренция на пазара на застрахователи, особено в областта на доброволното застраховане. На пазара на доставчици силна конкуренция за пациенти. Пазарите се регулират с тенденции към все по-голямо либерализиране.	Много силна конкуренция на двата пазара. Пазарите са свободни и ефективни. Регулациите са в областта на качеството на здравните услуги, лекарствата и др.
VII. Пакет от услуги	Всички услуги се изпълняват от болниците, в зависимост от нуждата на пациента.	Законово регламентиран минимален пакет, в зависимост от договореностите с фондовете се разширява.	На принципа на застраховането, с включен риск. По изключения има законово регламентиран пакет.
VIII. Удовлетвореност на пациентите	Ниска поради дългите времена за изчакване на планово лечение. Изключения – Дания.	Сравнително висока.	Не особено висока, поради високата цена на лечението и негарантирания достъп.
IX. Качество на предоставяните услуги	Счита се за не особено високо, липсва реална конкуренция	Високо качество поради засилената конкуренция и контрол върху дейността на лечебните заведения от страна на фондовете	Максимално високо качество поради висока конкуренция за клиенти от страна на фондовете и лечебните заведения

Приложение № 2 (стр.197)

ПРЕМИЕН ПРИХОД ПО ВИДОВЕ ПАКЕТИ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИТЕ ДРУЖЕСТВА ЗА ДЕВЕТМЕСЕЧИЕТО НА 2004 ГОДИНА

ВИДОВЕ ПАКЕТИ/ ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДРУЖЕСТВА	Подобряване на здравето и предпазване от заболяване	Извънболн ична медицинска помощ	Болнична медицинска помощ	Стоматол огични услуги	Услуги свързани с битови и други допълнителни условия при предоставяне на медицинска помощ	Възстановя ване на разходите	Комплексна медицинска помощ	Други пакети	ОБЩО	Пазарен дял (по Отчет за доходите)
БЪЛГАРСКА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ "ЗАКРИЛА" АД	1 060 566	1 354 087	1 476 548	59 918	278 104	1 163 413	0	0	5 392 636	74,10%
ЗДРАВНО ОСИГУРИТЕЛЕН ФОНД МЕДИКО-21" АД	0	15 221	980 724	0	0	0	0	0	995 945	13,68%
ОБЕДИНЕН ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛЕН ФОНД ДОВЕРИЕ" АД	93 507	238 090	164 870	0	41 294	42 324	0	0	580 085	7,97%
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНО АКЦИОНЕРНО ДРУЖЕСТВО ДЗИ" АД	6 035	0	81	0	0	0	144 756	0	150 872	2,07%
ДОБРОВОЛНА ОСИГУРИТЕЛНА МРЕЖА - ЗДРАВЕ" АД	0	0	0	0	0	0	0	71 961	71 961	0,99%
БЪЛГАРСКИ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛЕН ФОНД" АД	1 879	30 733	17 844	0	0	0	0	0	50 456	0,69%
БУЛСТРАД - ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ" АД	7 127	19 790	6 530	965	277	730	0	0	35 419	0,49%
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ БЪЛГАРИЯ ЗДРАВЕ" АД	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ НАДЕЖДА" АД	30	94	110	0	0	144	0	0	378	0,01%
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНО ДРУЖЕСТВО - ПЛАНЕТА" АД	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
ОБЩО:	1 169 144	1 658 015	2 646 707	60 883	319 675	1 206 611	144 756	71 961	7 277 752	100,00%

Източник: в.Пари, бр.231, 2004, Гергана Иванова, "Доброволното здравно осигуряване се развива с бързи темпове"

Приложение № 3 (стр.262)

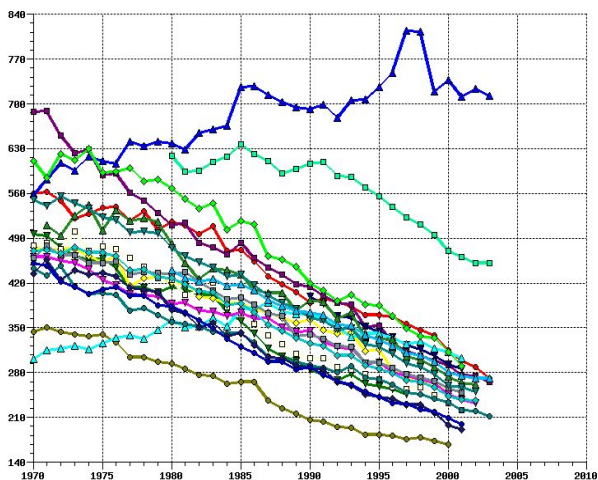
Показатели	Очаквана продължителност на живота при раждането, общо за двата пола				Оценка на очакваната продължителност на живота без инвалидност			
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Страни								
Албания	74.89	77.18	76.4	75.77	58.6	58.7	61.4	...
Андора	...	...	...	...	70.8	70.9	72.2	...
Армения	75.74	75.9	72.88	73.08	57.9	58.3	61	...
Австрия	78.66	79.15	78.97	78.93	70.7	71	71.4	...
Азербайджан	71.61	72.38	72.42	...	51.7	52.8	57.2	...
Беларус	68.98	68.52	68.02	68.53	58.8	58.4	60.7	...
Белгия	...	...	...	...	69.6	69.7	71.1	...
Босна и Херцеговина	...	...	...	...	62.3	62.5	64.3	...
България	71,71	71,91	72,17	72,39	63.1	63	64,6	...
Хърватия	73	74.65	74.85	74.73	63.1	63.3	66.6	...
Кипър	77.89	79.35	77.3	79.37	...	...	67.6	...
Чешка Република	75.21	75.43	75.51	75.4	66.4	66.6	68.4	...
Дания	77.22	...	...	...	69.8	70.1	69.8	...
Естония	70.95	70.71	71.24	...	61.9	62	64.1	...
Финландия	77.88	78.36	78.46	78.72	69.9	70.1	71.1	...
Франция	79.35	...	...	...	71.1	71.3	72	...
Грузия	74.66	76.09	...	...	59.7	59.8	64.4	...
Германия	78.42	78.76	...	...	70.1	70.2	71.8	...
Гърция	78.5	78.98	...	...	70.4	70.4	71	...
Унгария	71.93	72.56	72.64	72.59	61.6	61.8	64.9	...
Исландия	79.81	80.85	...	...	71.3	71.2	72.8	...
Ирландия	76.64	77.21	...	...	68.9	69	69.8	...
Израел	78.98	79.44	79.37	79.73	69.4	69.4	71.4	...
Италия	79.98	80.26	...	...	70.9	71	72.7	...
Казахстан	65.75	65.89	66.15	65.89	52.1	52.4	55.9	...
Кигистан	67.82	68.66	67.99	67.91	51.4	51.5	55.3	...
Латвия	70.58	70.12	70.46	70.95	59.9	60	62.8	...
Литва	72.27	71.83	71.96	72.24	60.8	61.1	63.3	...
Люксембург	78.59	78.4	78.53	78.08	70.3	70.6	71.5	...
Малта	78.24	78.85	78.73	78.63	69.2	69.2	71	...
Монако	...	...	...	...	70.8	71.3	72.9	...
Холандия	78.29	78.49	78.56	78.8	69.7	69.9	71.2	...
Норвегия	78.84	79.06	79.14	...	70.7	70.8	72	...
Полша	73.95	74.37	74.65	...	64.3	64.3	65.8	...
Португалия	76.75	77.06	77.28	...	66.8	66.8	69.2	...
Молдова	67.75	68.28	68.11	68.07	57.3	57.5	59.8	...
Румъния	71.25	71.27	70.97	...	61	60.9	63.1	...
Русия	65.43	65.34	65.1	64.94	56.6	56.7	58.6	...
Сан-Марино	82.28	...	...	...	72.1	72.2	73.4	...
Сърбия и Чернагора	72.72	72.9	72.68	...	62	62.1	63.8	...
Словакия	73.45	73.82	73.91	...	64.1	64.1	66.2	...
Словения	76.28	76.49	76.73	76.52	67.5	67.7	69.5	...
Испания	79.49	79.8	...	...	70.7	70.9	72.6	...
Швеция	79.92	80.01	...	...	71.6	71.8	73.3	...
Швейцария	80.11	80.52	...	...	72.5	72.8	73.2	...
Таджикистан	72.06	72.01	...	...	49.4	50.1	54.7	...
Македония	73.42	73.82	73.28	73.54	62.3	62.2	63.4	...
Турция	69.8	70.1	70	...	59.7	59.8	62	...
Туркменистан	...	...	...	...	50.2	50.3	54.4	...
Украина	67.86	68.07	67.85	67.83	57.5	57.4	59.2	...
Великобритания	78.06	78.35	78.45	...	69.2	69.6	70.6	...
Узбекистан	69.57	70.08	70.01	...	53.4	53.5	59.4	...
Европейски регион	73.82	74.04	74	74.02	64.1	64.25	66.11	...
ЕС	77.94	78.21	78.26	78.28	69.19	69.36	70.75	...
ЕС членове до май 2004	78.79	79.04	79.06	...	70.22	70.4	71.69	...
ЕС членове след 2004	73.69	74.04	74.22	74.25	64	64.08	65.98	...

Приложение № 4 (стр.265)

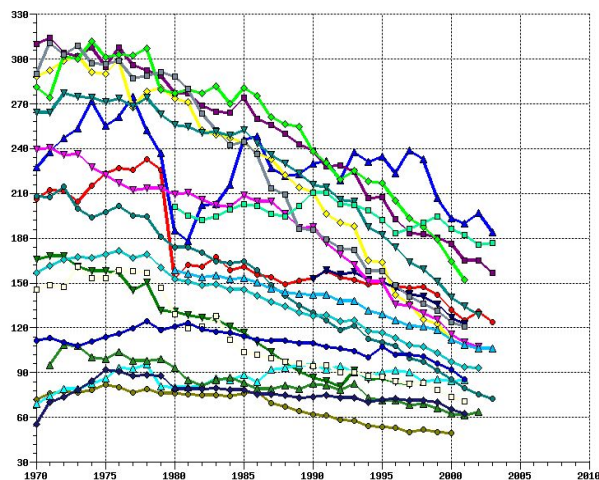
Детска смъртност на 1000 живородени								
Страни	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1 Албания	20,22	15,55	14,7	11,25	11,62	11,44	10,44	8,38
2 Андора	0	0		6				
3 Армения	15,48	15,41	14,73	15,67	15,75	15,5	13,96	11,79
4 Австрия	5,08	4,74	4,92	4,36	4,83	4,84	4,06	4,46
5 Азербиджан	20,77	19,4	16,62	16,53	12,83	12,52	12,84	
6 Беларус	12,53	12,56	11,22	11,42	9,31	9,15	7,82	7,74
7 Белгия	5,28	5,57						
8 Босна и Херцеговина				15				
9 България	15,58	17,51	14,43	14,62	13,31	14,4	13,34	11,98
10 Хърватия	8,05	8,23	8,24	7,75	7,41	7,68	7,03	6,33
11 Кипър				6	5,56	4,9	5	4,08
12 Чешка Република	6,05	5,86	5,21	4,62	4,1	3,97	4,15	3,9
13 Дания	5,51	5,15	4,43	4,17	4,96			
14 Естония	10,5	10,1	9,37	9,58	8,42	8,79	5,69	
15 Финландия	3,92	3,93	4,13	3,7	3,61	3,22	2,97	3,21
16 Франция	4,77	4,73	4,58	4,32	4,38			
17 Грузия	17,25	16,06	14,32	15,25	12,21	10,39		
18 Германия	4,98	4,86	4,67	4,54	4,38	4,31		
19 Гръция	7,25	6,44	6,68	6,15	5,91	5,1		
20 Унгария	10,91	9,86	9,7	8,43	9,22	8,13	7,16	7,29
21 Исландия	3,7	5,54	2,63	2,44	3,01	2,69		
22 Ирландия	5,98	6,08	5,86	5,88	6,17	6,04		
23 Израел	6,32	6,38	5,95	5,83	5,48	5,12	5,37	4,93
24 Италия	6,15	5,65	5,26	5,21	4,51	4,67		
25 Казахстан	25,93	25,34	21,78	20,72	19,08	19,18	16,91	15,35
26 Кигистан	26,58	28,61	25,99	22,68	22,99	21,59	21,07	20,72
27 Латвия	15,92	15,35	14,99	11,29	10,37	11,04	9,85	9,44
28 Литва	10,08	10,34	9,27	8,65	8,61	7,92	7,93	6,73
29 Люксембург	4,39	3,45	4,83	4,12	2,97	4,95	3,93	4,9
30 Малта	10,72	6,41	5,35	7,2	5,96	4,32	5,89	5,7
31 Монако				5				
32 Холандия	5,74	5,04	5,19	5,23	5,13	5,37	5,02	4,8
33 Норвегия	4,14	4,2	4,35	4,03	3,82	4,06	3,36	
34 Полша	12,21	10,18	9,53	8,85	8,11	7,67	7,52	
35 Португалия	6,87	6,43	6,02	5,63	5,54	5,06	5,07	
36 Молдова	20,65	19,63	17,86	18,54	18,44	16,38	14,79	14,31
37 Румъния	22,3	21,99	20,51	18,58	18,63	18,41	17,33	
38 Русия	17,5	17,25	16,44	17,07	15,22	14,57	13,18	12,38
39 Сан-Марино	10,64	0	14,04	3,3	0			
40 Сърбия и Чернагора	15,02	14,28	13,94	13,64	13,25	10,63	10,18	
41 Словакия	10,19	8,7	8,79	8,31	8,58	6,24	7,63	
42 Словения	4,76	5,21	5,23	4,56	4,91	4,25	3,83	4,04
43 Испания	5,54	5,03	4,86	4,47	4,38	4,08		
44 Швеция	3,83	3,63	3,56	3,4	3,42	3,66		
45 Швейцария	4,7	4,8	4,75	4,6	4,88	4,98		
46 Таджикистан	31,3	30,7	23,4	19,4	15,5	27,9		
47 Македония	16,4	15,71	16,28	14,87	11,81	11,88	10,19	11,29
48 Турция	42,2	39,5	37	40		36	36	
49 Туркменистан	42,01	37,91	32,78					
50 Украйна	14,51	14,19	12,94	13,01	11,96	11,38	10,3	9,5
51 Великобритания	6,09	5,86	5,69	5,78	5,58	5,48	5,23	
52 Узбекистан	24,7	23,08	22,32	20,29	19,13	18,38	16,57	
53 Европейски регион	12,54	11,89	11,01	10,45	9,71	9,66	9,17	8,95
54 ЕС	6,36	5,9	5,66	5,4	5,21	5,05	4,95	4,94
55 ЕС членове до май 2004	5,48	5,22	5,06	4,9	4,75	4,69	4,61	
56 ЕС членове след 2004	10,89	9,46	8,92	8,15	7,76	7,14	6,94	6,86

Приложение № 5 (стр. 267)

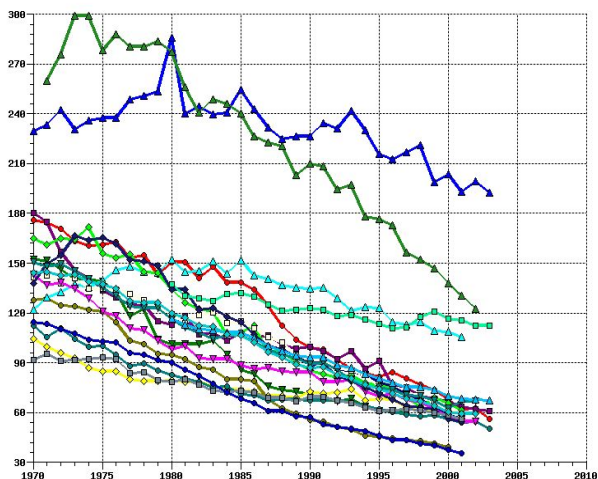
1. Болести на органите на кръвообръщението



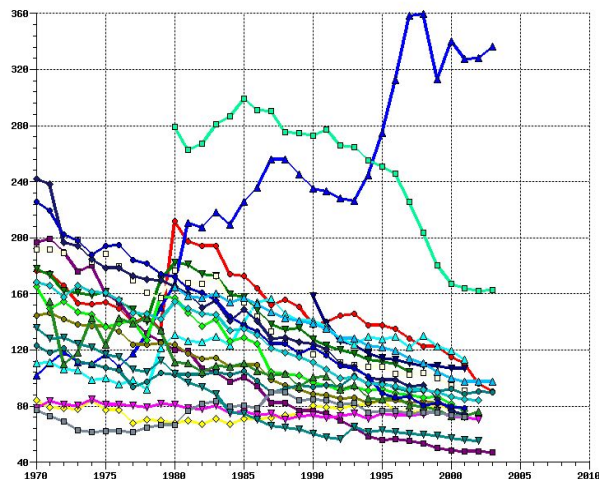
1а. Ишемична болест на сърцето



1б. Мозъчносъдова болест



1в. Други болести на кръвообръщението



- | | |
|---|--|
| ◆ Австрия | ◆ Холандия |
| ◆ Белгия | ◆ Норвегия |
| ◆ България | ◆ Португалия |
| ◆ Дания | ◆ Испания |
| ◆ Финландия | ◆ Швеция |
| ◆ Франция | ◆ Швейцария |
| ◆ Германия | ◆ Великобритания |
| ◆ Гърция | ◆ ЕС-25 |
| ◆ Ирландия | ◆ ЕС-15 членове до май 2004 |
| ◆ Италия | ◆ ЕС-10 членове след 2004 |

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. "Measuring up: Improving health system performance in OECD countries", 2002
2. "Options for Healthcare funding", Health Policy Consensus Group
3. "The world health report 2000: Health Systems: Improving performance", WHO, 2000
4. Alfonso, A., Aubyn, Miguel, Non-parametric Approaches to Education and Health Expenditure Efficiency in OECD, 2003.
5. Busse, R., "Health Care Systems: Towards an Agenda for Policy Learning Between Britain and Germany", Anglo-German foundation, 2002
6. Busse, R., Riesberg, A., Health Care Systems in Transition: Germany, European Observatory on Health Care Systems, 2004.
7. Conn P. Catherine, Walford V., An introduction to health insurance for low income countries, 1998 by IHSD Limited, London
8. Datzova, Bistra, „Health care reform and inequality of access to health care in Bulgaria”, September 2003;
9. Doteur, E., H. Oxley, "Health-care systems: Lessons from Reform Experience", OECD health working papers, 2003
10. European Observatory on Health Care Systems, Health Care Systems in Transition: Switzerland, 2001.
11. Evans R, Incomplete vertical integration in the health care industry: Pseudos markets and pseudos policies, 1983
12. Evans, D., Tandon, A., Murray, C., Lauer, J., The Comparative Efficiency of National Health Systems in Producing Health: An Analysis of 191 Countries, GPE Discussion Paper, 2000.
13. Gaynor M., Haas-Wilson D., Vogt W.B, Are invisible hands good hands? Moral hazard, competition, and the second best in health care markets, NBERq Cambridge, 1998
14. Grimmestein, S., Heinz Rothgang, "The challenging role of the state in Europe's health care systems", Second Annual ESPA Conference, University of Oxford, 9-11.09.2004
15. Hermans, H., Dosljak, M., Busse, R., Health Care Systems in Transition: Netherlands, European Observatory on Health Care Systems, 2004.
16. Hilles, M., Healey, J., Health Care Systems in Transition: Australia, European Observatory on Health Care Systems, 2001.
17. <http://pharma-union-bulgaria.com>
18. <http://www.healthpolicymonitor.org/index.jsp>
19. <http://www.nhif.bg/>
20. <http://www.pharma-bulgaria.com/>
21. <http://www.pharmacist-journal.com;>

22. Incentives and Institutions in the Provision of Health Care in Developing Countries: Toward an Efficient and Equitable Health Care Strategy, Joseph E. Stiglitz Senior Vice President and Chief Economist, The World Bank IHEA Meetings, Rotterdam June 7, 1999
23. Koulaksazov, Stoyko, Svetla Todorova et al., „Health Care Systems in Transition: Bulgaria”, European Observatory on Health Care Systems, 2003;
24. Lane, S., E. Longstreth, V. Nixon, “A Community Leader’s Guide to Hospital Finance: Evaluating how a hospital gets and spends its money”, The Access project, 2001
25. Launois R. The reform of health schemes:a cliché or reasoned choice?, Journal d’Economie Medicale 1992, 10
26. Marriot, J., Ann Mable, “A review of International Literature on Primary Health Care Reform and Models”, Health Canada, 2000
27. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J., Funding health care: options for Europe, European Observatory on Health Care Systems, 2002
28. Mossialos, E., Monique Mrazek, Tom Walley, “Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency and quality”, European Observatory on Health Care Systems, 2004
29. Okma, Kieke, “Health Care, Health Policies and Health Care Reforms in the Netherlands”, International Publication Series Health, Welfare and Sport, 7, 2001
30. Oxley, H., MacFarlan M., Health Care Reform. Controlling Spending and Increasing Efficiency, OECD, 1994.
31. Peacock St.,Segal L.,Richardson J.,Predicting the Expected Costs of Health care Methods for Risk Adjustment in Health Services, march, 2001
32. Pencheon, D., Matching demand and supply fairly and efficiently, British Medical Journal, 1998.
33. Phillips, C., Thompson, G, What is cost-effectiveness?, 2001.
34. Prof. Richardson J. Supply and demand for medical care: Or, is the health care market perverse? J.2001
35. Rebele, E., “Ireland’s Health Care System: Writing a Prescription for a Healthier Future”, 2002
36. Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries, W.P.M.M. van de Ven
37. Salop,S. 1976. Information and Monopolistic Competition, The American Economic
38. Saltman, R., Reinhard Busse, Elias Mossialos, “Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems”, European Observatory on Health Care Systems, 2002
39. Saltman, R., Reinhard Busse, Joseph Figueras, “Social health insurance systems in western Europe, European Observatory on Health Care Systems, 2004
40. Sandier, S., Paris, V., Polton, D., Health Care Systems in Transition: France, European Observatory on Health Care Systems, 2004.
41. Sass. N-M. New options for health care policy and health status insurance: Citizens as customers, Croatian medical journal, 2003

42. Sassi, F., Archard, L., Le Grand, J., Equity and the economic evaluation of healthcare, Health Technology Assessment, 2001.
43. Trends in Consumer Prices, WHO, 2001
44. Vallgarda, S., Krasnik, A., Vrangbak, K., Health Care Systems in Transition: Denmark, European Observatory on Health Care Systems, 2001.
45. World Health Organization, The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, 2001.
46. Worthington, A., An Empirical Survey of Frontier Efficiency Measurement Techniques in Healthcare Services.
47. www.banker.bg
48. www.capital.bg
49. www.dnevnik.bg
50. www.euro.who.int
51. www.mh.government.bg/registers_licences/akreditaciq.php
52. Бюсе, Рейнхард, Маркус Вьорц, „Германските планове за „модернизиране на здравеопазването”, Eurohealth, Volume 9, Number 1, Spring 2003;
53. Всички споменати законови и подзаконови нормативни актове в текста.
54. Годишен отчет за дейността на Националната здравноосигурителна каса за 2004 г.;
55. Давидов, Б. “Модел за финансиране на системата за медицински услуги: философия и технология - сравнителен анализ”, 3, 2003, № 3, 44-49; № 4, 22-26;
56. Доклад за здравето на нацията в началото на 21 век, МЗ, юни – 2004 г.;
57. Европейска база данни (HFA-DB), Европейско регионално бюро, Световна здравна организация, 2005 г.
58. Иванова, Г. "Доброволното здравно осигуряване се развива с бързи темпове", 2004, в.Пари, бр.231;
59. Костадинова Д., АББ, Финансиране и управление на болниците в условията на промяна, Презентация, София, 12.05.2005 г.
60. П.Салчев, MD, PhD, Зам. М-р на здравеопазването, Новите предизвикателства пред реформата на здравеопазването в България, Презентация, 11.01.2005 г.
61. Проект „Реформа в здравния сектор”, заем 4565-BUL, София, 2004г.;
62. Трайков, Й., Гайдев, М., Колева, Р., Сп. Спешна медицина, Териториално разположение на ЦСМП в България,
63. Христова, З. “Шансове и рискове на здравната реформа”, 2, 2002, № 2, 56-58.;