

Модели за финансиране на здравеопазването: Възможности за България

Автори: Калоян Стайков, д-р Петя Георгиева

Редактор: д-р Десислава Николова

Докладът е изготвен с финансовата подкрепа на Фондация за свободата „Фридрих Науман“

18 декември 2018 г.

Съдържание

Увод.....	3
1. Система на бюджетно финансиране.....	3
1.1. Великобритания.....	7
1.2. Дания	8
1.3. Швеция	9
2. Система на здравно осигуряване	12
2.1. Франция.....	13
2.2. Германия	14
2.3. Холандия	15
3. Система на здравно застраховане	17
3.1. САЩ.....	19
3.2. Швейцария	22
4. Система от лични здравни сметки с разширена персонална отговорност и държавно участие	24
4.1. Сингапур	25
5. Ефективност на различните системи за финансиране на здравеопазването	26
Препоръки.....	29
ЛИТЕРАТУРА	32

Увод

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

Преходът в българското здравеопазване започва през 1997 г., като една от целите на реформата е финансирането на системата да се промени от бюджетно в здравноосигурително, в резултат на което е създадена и Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Реформите включват приемането на Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина (1995 г.), Закон за здравното осигуряване (1998 г.), Закон за лечебните заведения (1999 г.) и Закон за здравето (2005 г.). Въпреки това процесът на реформа в България често е критикуван като лишен от цялост, непоследователен и характеризиращ се с противоречиви мерки¹. Нещо повече – резултатите от работата на системата се влошават въпреки постоянното увеличение на разходите за здравеопазване². Това, естествено, води до напрежение както в обществото, така и в самия сектор, което от своя страна доведе до представяне на идеи за здравна реформа от страна на Министерството на здравеопазването³.

За съжаление предложените два варианта за реформа от Министерството на здравеопазването през септември, 2018 г. бяха твърде общи и понесоха немалко критики от страна на експерти, съсловни организации и други заинтересовани страни в сектор „Здравеопазване“. В резултат на това бяха сформирани пет работни групи с цел изготвяне на предложения за промяна на модела на финансиране на системата.

Целта на настоящия анализ е да подпомогне усилията на Министерството на здравеопазването за провеждане на реформи чрез сравнително изследване на добрите практики за финансиране на здравната система. Той обхваща четирите основни модела за финансиране – бюджетно, здравноосигурително, здравнозастрахователно и чрез система от лични сметки, представя силните и слабите им страни и прави предложения за реформи в България въз основа на направения преглед.

1. Система на бюджетно финансиране

По дефиниция данъчно финансираните модели⁴ на здравеопазване са онези модели, при които над 50% от общите публични разходи за финансиране на здравеопазването се базират на общи данъци. За разлика от здравноосигурителните модели, в данъчно базираните липсва пряка връзка между приходите от данъци и правото на здравно обслужване. В тези системи достъпът до

¹ Антония Димрова, Мирослав Попов, Мария Рохова, 2007, Здравната реформа в България: Необходимост, развитие, резултати, перспективи, *Отворено общество*

² ИПИ, 2017, Оценка на ефикасността на публичните разходи в България в периода 2011-2015 г. - https://ime.bg/var/images/Public_Spending_Efficiency_-Final.pdf

³ <https://www.mh.govtment.bg/bg/novini/aktualno/ministr-ananiev-predstavi-dva-varianta-za-promeni-/>

⁴ http://www.who.int/health_financing/taxed_based_financing_dp_04_4.pdf

здравни услуги е отворен за всички граждани (поне на теория), независимо дали и какви данъци те плащат. Данъчно финансираните модели се основават на следните общи характеристики:

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

В методологията на Системата на здравните сметки 2011 г. (System of Health Accounts, SHA)⁵ държавно финансираните схеми (Health financing HF 1.1. Government schemes) са онези схеми, базирани на общи данъци. Методологията ги дефинира по следния начин:

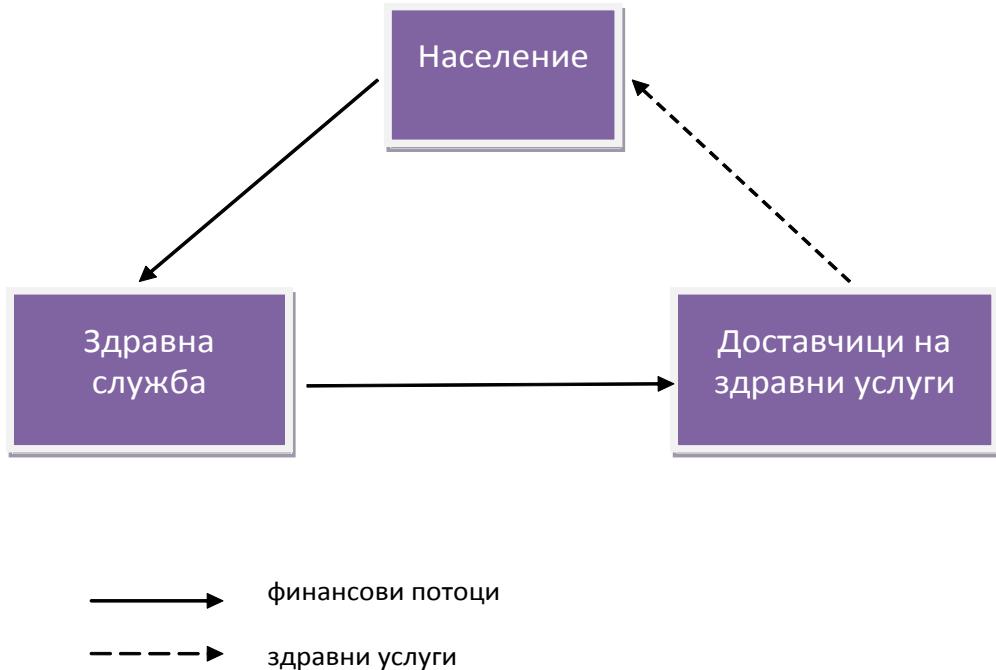
“Основните черти на държавно финансираните схеми се определят със закон или постановление от правителството. Отделен бюджет се определя за схемата/програмата и конкретна държавна структура носи отговорност за нейното изпълнение. Обикновено, но не задължително, държавна структура управлява схемата. Общите параметри на държавно финансираните схеми са:

- *начин на участие (mode of participation): автоматичен за всички граждани или за определена група от населението (например бедните), дефинирана в закон или друга регулация;*
- *право на обслужване (benefit entitlement): без задължителен принос, обикновено универсално или достъпно за специфични групи население или за групи заболявания;*
- *основен метод на събиране на средства (basic method for fund-raising): задължителен; бюджетни приходи (основно данъци);*
- *механизъм и обхват на набирането на средства (mechanism and extent of pooling funds): национален, местен или на ниво програма.*

Не е задължително държавната схема да покрива пълната цена на здравните стоки и услуги, включени в пакета. Тя може да включва споделяне на разходите с пациента или друга форма на споделяне на разходите, но в категорията HF 1.1. се включва само онази част от разходите, финансирана от държавата.”

⁵<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/7985806/KS-05-19-103-EN-N.pdf/60aa44b0-2738-4c4d-be4b-48b6590be1b0>

Фигура 1. Основни участници в данъчно базираните системи на финансиране на здравеопазването



В данъчно базираните системи индивидите допринасят за финансиране на здравните услуги чрез данъци върху доходите, собствеността, потреблението, капиталовата печалба и др. По този начин се заобикалят някои недостатъци, типични за системите, в които индивидът може да избира осигурител или застраховател, например т. нар. неблагоприятен избор (*adverse selection*) - по-голямата вероятност да се застраховат по-високо рисковите пациенти, което вдига средния разход за застраховане над възможностите на определени нискодоходни групи⁶ и подбор на риска (*risk selection*) - по-голямата вероятност застрахователят да подбира пациенти с по-нисък здравен рисков. Също така при данъчните модели на финансиране рисъкът се разпределя върху максимален брой индивиди, което позволява намаляване на разходите на единица. Тъй като плащането на данъци в повечето случаи е трудно да се избяга, мобилизирането на ресурс за данъчно базираните модели е по-лесно.

Данъчно базираните модели се считат за голямо предимство от онези наблюдатели, за които достъпът до здравна грижа е човешко право без значение на приноса на лицето към финансирането на системата. За други обаче това е проблем, тъй като се разкъсва връзката между това колко индивидите допринасят и това, което ползват като услуги. Също така при тези системи се счита, че отговорността към собственото здраве е по-слаба, а отговорността на доставчиците на здравни услуги към потребителите е по-ниска.

⁶ Има изследвания, които показват, че всъщност такъв проблем не съществува в случаите на доброволно допълващо застраховане, тъй като вероятността да се застраховат е по-висока при високодоходните групи, които често са млади и в добро здраве.

Друг съществен въпрос е дали данъците трябва да са обвързани със здравните разходи (earmarked taxes). Принципно такъв тип обвързани със здравните разходи данъци се срещат сравнително рядко. Пример за такъв данък е акцизът върху тютюневите изделия в Австралия, приходите от който се използват за здравеопазване. Друг вариант е, когато определен дял от данъчните приходи задължително се използват за здравни разходи – например в Колумбия и Боливия точно определен дял от приходите, които централното правителство трансферира към местните правителства, следва да се използва единствено за здравеопазване.

Аргументите в полза на обвързването са най-вече политически по своя характер – ако разходите за здравеопазване са недостатъчни или нестабилни във времето, обвързаният данък може да бъде увеличен и да стабилизира ресурсите в здравеопазването, като по този начин изолира разходите за здравеопазване от конкуренцията на други публично финансиирани сектори. Друг аргумент в полза на обвързаните данъци е фактът, че ако данъкът се налага върху вредни продукти като алкохол или цигари, облагането ще доведе до намаляване на потреблението и съответно – по-здравословен начин на живот. Критиците на обвързването на данъци считат, че то намалява гъвкавостта на вземането на решения в публичния сектор. Не са редки случаите, в които правителството използва приходите от този вид данъци и за други цели и по този начин нарушива обвързаността.

Разпределение на ресурсите за здравеопазване и в рамките на системата между подсекторите

На най-високо ниво при този вид системи решението колко ресурс да се разпредели към здравеопазването е политическо. Следва да се има предвид, че това е колективно решение – как да се разпределят ресурсите между различни публични услуги. Често срещани при данъчно базираните системи са оплакванията за недофинансиране (за разлика от осигурителните и застрахователните модели, където основен проблем е ограничаването на разходите).

Ефективност на доставката на услуги

Политическият процес има влияние и върху ефективността при предоставянето на услуги, като публичното управление на ресурси има предимства и недостатъци в сравнение с останалите форми на управление в здравния сектор. От една страна то може да е относително по-просто от останалите механизми, които включват множество финансиращи органи, от друга страна обаче то страда от недостатъци – например публичното управление предоставя по-слаби стимули за иновации, договорните отношения не са гъвкави и водят до по-слаба мотивация и ефективност, качеството на услугите страда от ограничената конкуренция, а контролът върху разходите е занижен.

Примери за данъчно базирани модели на здравна система:

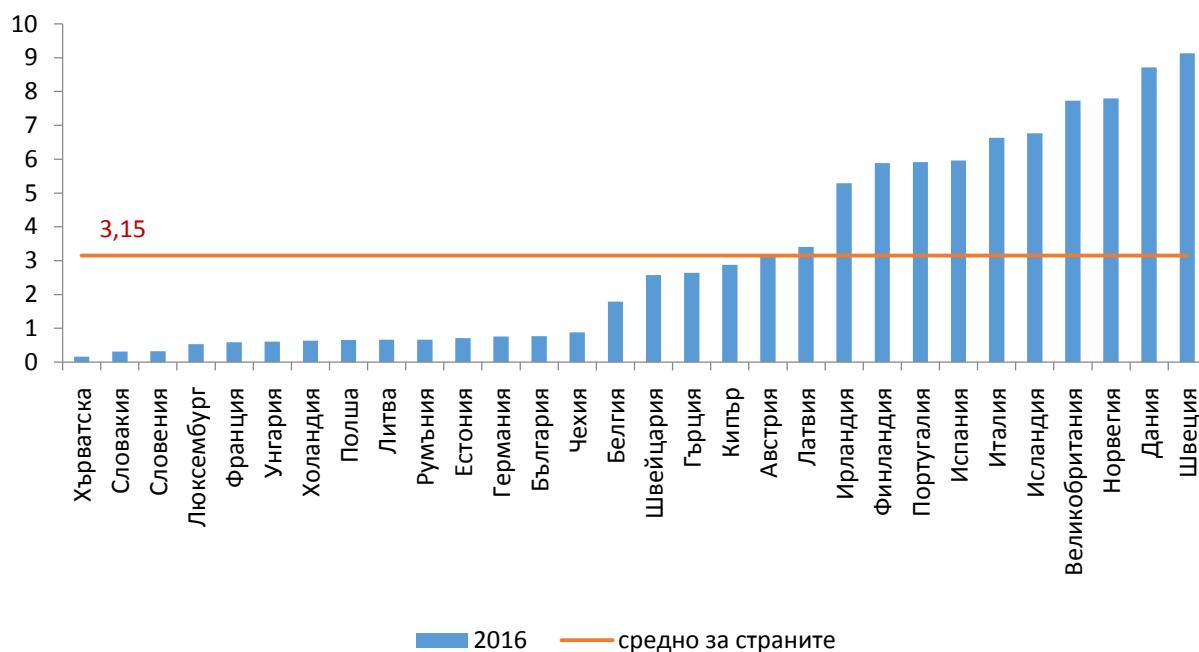
SHA 2011 дава примери за различни схеми на държавно финансиране в здравеопазването:

- схеми за пълно покритие на цялото население на страната, изградени на принципа универсално право без насрещни осигуровки (universal non-contributory entitlement) - Великобритания, Дания, Канада, Нова Зеландия и др.;
- програми за специфични групи от населението (Medicaid в САЩ, схемата за здравно обслужване на държавните служители в Тайланд и др.);
- държавни финансови програми в специфични области на здравеопазването, например обществено здраве, превенция, инвестиции, научни изследвания, програма за СПИН/ХИВ и др.

- субсидии, плащани на доставчици на здравни услуги (лечебни заведения) за покриване на постоянни загуби;
- условни парични трансфери към домакинствата за здраве.⁷

Съгласно дефиницията за дял на данъчното финансиране в общите публични разходи за здравеопазване, дадена по-горе и съгласно данни на Евростат за 2016 г. данъчно финансираните системи в Европа са тези в Дания, Ирландия, Испания, Италия, Латвия, Португалия, Финландия, Швеция, Великобритания, Исландия и Норвегия. На графиката по-долу може да се види делът в БВП на „държавните схеми”⁸ съгласно методологията на Системата на здравните сметки 2011, като сме представили всички страни, за които Евростат събира данни за по-добра илюстрация на мястото на данъчно финансираните.

Фигура 2. Данъчни схеми на финансиране на здравната система като % от БВП, 2016 г.



Източник: Евростат

1.1. Великобритания

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

⁷ Използват се в някои страни от Африка и Латинска Америка.

⁸ Държавни схеми по дефиницията на Системата на здравни сметки 2011.

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

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

2. Овластяване на потребителя и удовлетвореност от услугите – като цяло удовлетворението на пациентите от здравните услуги, които получават във Великобритания при различни правителствени проучвания не показват ниско ниво на удовлетворение.⁹ Въпреки това монополът на NHS при доставката на услугите и невъзможността да се влияе върху разпределението на ресурсите поставят пациента в слаба позиция. Липсата на избор по отношение на алтернативни доставчици (поради това, че единственият доставчик е NHS) ограничават възможностите за изразяване на неудовлетворение чрез смяна на доставчика.

3. Качество на услугите – абсолютната очаквана продължителност на живота във Великобритания за 2016 г за мъжете е 79.4 г., а за жените - 83.0 г. при средна за ЕС съответно 78.2 г. и 83.6 г. Очакваната продължителност на живота в здраве е около средната на ЕС. Поради монополната позиция на NHS обаче личните лекари и болничните мениджъри имат по-слаби стимули да предоставят по-качествени услуги. Оценката за качеството на системата в сравнение с други държави е ниска¹⁰ най-вече заради дългите срокове за изчакване и авторитарния управленски подход.

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

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

1.2. Дания

В Дания системата на здравеопазване също е данъчно базирана, но за разлика от Великобритания данъците са местни. Същевременно местните власти¹¹ управляват доставниците на здравни услуги. Делът на разходите за здравеопазване за 2015 г. е 8.69%, съгласно Евростат. Доплащанията (или частното финансиране, включващо доплащания „на ръка“ и доброволни застраховки) също са разпространени в датската система, като размерът им за 2015 г. е 1.6% от БВП.

Всички датски граждани автоматично получават достъп до здравна грижа, която се финансира чрез данък върху облагаемия доход¹². Данъкът почти автоматично се разпределя към регионите и общините под формата на субсидия, коригирана за следните фактори: възрастовото разпределение, брой на деца в семейство с един родител, брой лица, живеещи в домакинство под

⁹ <http://www.nhsconfed.org/resources/key-statistics-on-the-nhs>

¹⁰ <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>

¹¹ В Дания има 5 региона, които финансират първичната и болничната помощ, и 98 общини, които финансират дългосрочната грижа, домовете, реабилитацията и общественото здраве.

¹² <https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/>

наем, равнище на безработица, брой необразовани лица, брой лица от страни извън ЕС, брой лица, живеещи в бедни райони и дял на възрастните хора, живеещи сами. Подоходният данък осигурява над 77% от приходите на регионите, предназначени за здравеопазване, а останалите разходи се финансират на база на местни данъци в зависимост от количеството предоставени услуги. Част от датските граждани имат и доброволна здравна застраховка, предоставяна от една неправителствена организация с нестопанска цел („IHi – Danmark”¹³), която покрива доплащанията (основно за лекарства и дентална помощ, както и за услуги, които не попадат в задължителния пакет – например физиотерапия).

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

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

1. *Солидарност* – данъчната система по отношение на данъка върху личните доходи в Дания е прогресивна. Здравната система се счита за относително достъпна - характеристика, ограничавана от наличието на доплащания за здравните услуги.
2. *Овластяване на потребителя и удовлетвореност от услугите* – удовлетвореността от здравните услуги¹⁴ в Дания е традиционно висока. Списъците с чакащи са по-кратки от тези във Великобритания. Поради възможността да избира доставчик и поради по-високото ниво на доплащания пациентът е в по-силна позиция.
3. *Качество на услугите* – конкуренцията между ОПЛ и между болниците създава по-добри стимули за подобряване на качеството на услугите. Системите за плащане също окуражават качеството.
4. *Клинична автономия* – изследванията показват, че смесеният начин на заплащане на личните лекари (капитация и такси за услуги) влияе върху професионалните задължения на лекарите и окуражава добрата практика. Стимулите са насочени към заместване на вторичната помощ с първична, а също така и с по-ефективно използване на превантивната грижа, която има позитивен ефект върху пациентите.
5. *Фискална жизненост* – данъчната тежест в Дания е една от най-високите в света, а разходите за здравеопазване представляват над 75% от всички регионални и общински разходи. Жизнеността на здравеопазването зависи от потребителите и техния (политически) избор.

1.3. Швеция

Шведската здравна система е силно децентрализирана с равен достъп и универсално покритие, финансирана и регулирана от местните власти. Разходите за здравеопазване във Швеция като дял от БВП са едни най-високите в страните от ЕС. Подобно на датската здравна система, шведското

¹³ <https://www.international-medical-insurance.com/insurance-providers/ihi/>

¹⁴ <https://systematic.com/healthcare/news/2018/hoej-patienttilfredshed-i-region-midtjylland-og-region-nordjylland/>

здравеопазване се финансира основно от местни данъци. Шведските райони и общини обаче, за разлика от датските, имат делегирани правомощия да събират данък върху доходите, срещу което предоставят публични услуги (поради това липсва специфичен „здравен данък“ по подобие на този в Дания). С пропорционален местен данък се облагат доходите, като по този начин се осигуряват 69% от разходите за здравеопазване. Други 17% се осигуряват от субсидии от централния бюджет, като те имат за цел да преразпределят ресурсите между регионите и общините на база на местните нужди. Има също така целеви субсидии, които финансират специфични инициативи.

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

ОПЛ се финансираат на база на броя на регистрираните пациенти (капитация) и такса за услуга за нерегистрираните (регистрацията е задължителна с изключение на Стокхолм, но ОПЛ не ограничават входа за болничната помощ). Малка част от плащането (1-3%) е за постигане на качествени индикатори. Болниците се финансираат чрез микс от глобални бюджети¹⁵, ДСГ и методи на база на резултати, като 2/3 или повече от общото плащане е под формата на глобален бюджет, останалото – на база на ДСГ. Плащанията за резултати са за постигане на качество и представляват до 5% от общите плащания. Традиционно плащанията се базират на исторически (пълни) цени.

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

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

2. *Овластяване на потребителя и удовлетвореност от услугите* – удовлетворението на пациентите в Швеция традиционно е на едно от най-високите места в света.¹⁶ Списъците с чакащи имат максимални законови ограничения – до 7 дни за преглед при ОПЛ и до 90 дни – за преглед при специалист.

3. *Качество на услугите* – местните власти са отговорни за постигане на определени качествени индикатори, особено онези, свързани с изискванията за акредитация и нейното продължаване. Информация за представянето на доставчиците се получава от наблюдение и оценка на регистрите

¹⁵ Глобалните бюджети (global budgets) са специфичен начин за заплащане на лечебните заведения за болнична медицинска помощ. Те представляват бюджет за цялостната дейност на лечебното заведение, определен предварително.

¹⁶ <https://www.expatforum.com/norway/scandinavia-tops-healthcare-satisfaction-ranking.html>

на пациентите и проучвания за тяхната удовлетвореност. След 2006 г. се публикуват сравнителни анализи и рейтинги за здравните услуги по общини, включващи различни категории индикатори, например превенция, удовлетвореност на пациентите, време за изчакване, доверие, достъп, хирургическо третиране, лекарствено третиране. Чрез тях се подпомагат пациентите в избора им на доставчик.

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

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

Италия¹⁷: данъчно финансирана система с регионална/местна организация на предоставянето на здравни грижи. Държавата определя универсалния пакет услуги, който регионите следва да предоставят на местно ниво. Регионите имат автономия при определяне на структурата на местните здравни системи. Основните източници на средства са корпоративният данък и ДДС, като приходите се преразпределят до регионите. Достъпът е универсален и автоматичен. Няма такси за пациента при първичната и болничната помощ.

Испания¹⁸: подобна на италианската система. Националната здравна служба (която има регионални структури) се финансира с общи данъци, като централният бюджет преразпределя субсидия към регионалните структури на база на формула, включваща следните критерии: стандарт на глава от населението, претеглен със структура на населението, дисперсия и изолираност на региона.

Норвегия¹⁹: системата е много подобна на тази във Великобритания и Италия – данъчно финансирана основно чрез национални и в по-малката си част – местни данъци. Здравните услуги се организират, управляват и предоставят на местно ниво от общините.

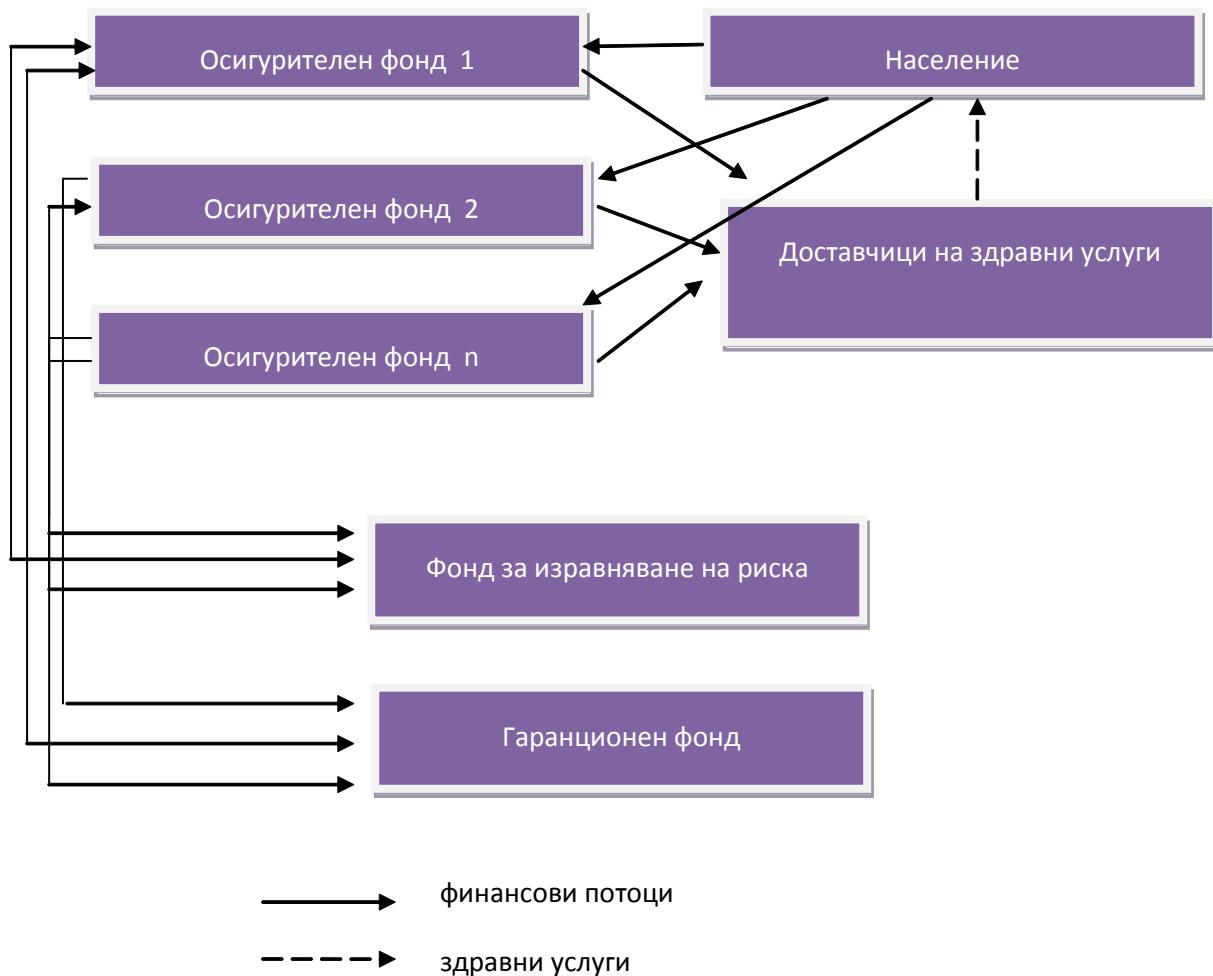
¹⁷ <https://international.commonwealthfund.org/countries/italy/>

¹⁸ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128830/e94549.pdf

¹⁹ <https://international.commonwealthfund.org/countries/norway/>

2. Система на здравно осигуряване

Фигура 3. Основни участници в системите на здравно осигуряване



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

2.1. Франция

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

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

Доброволното частно здравно застраховане във Франция е значително по-широкообхватно в сравнение с останалите страни от ЕС. То покрива над 97% от населението и осигурява около 13,8% от общите разходи за здравеопазване в страната. От 2000 г.²⁰ частното доброволно здравно застраховане се използва и от правителството за подобряване на достъпа до здравеопазване на нискодоходни групи от населението (с обхват от около 7% от населението), като плащането на премиите се извършва с публични средства. Допълнителното здравно застраховане се използва основно за покриване на задължителните допълнителни плащания за пациентите, свързани с получаване на здравни услуги или закупуване на лекарствени продукти и медицински изделия.

Въпреки множеството източници на финансиране на системата директни плащания от пациентите (т.нар. *out-of-pocket payments*) са в размер на около 7,5% от общите здравни разходи. Макар че тези разходи могат да се разглеждат като пречка пред равния достъп до здравни услуги в страната, те остават значително под средното ниво за ЕС, а също така играят важна роля при намаляване на търсенето, индуцирано от страна на предлагането²¹, в сектора, какъвто проблем се среща в Германия например.

²⁰ Същата година е приет Закон за универсално здравно покритие, който въвежда обща здравна осигуровка на база местожителство, а не както до тогава – на база заетост.

²¹ Търсене, индуцирано от предлагането, може да възникне при наличие на асиметрия на информацията между доставчика и потребителя. В такива случаи доставчикът може да използва това, че разполага с повече

2.2. Германия

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

- Задължително здравно осигуряване в т.нар. здравна каса, което обхваща голямата част от населението;
- Самоосигуряващи се лица, военнослужещи и някои държавни служители (съдии, работещи в европейски институции и др.) са изключени от задължителната система и най-често избират частно здравно застраховане;
- Лица с доходи над определен праг (брутна месечна заплата от поне 4950 евро през 2018 г.)²² имат право на избор – да участват в задължителната система или да си направят частна здравна застраховка.

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

Здравните осигуровки се изчисляват на база на доходите от труд, пенсии и помощи за безработица, като не включват други доходи, като такива от собственост, спестявания, инвестиции и др. Ставките са с прогресивен характер, но са ограничени от таван от 4425 евро на месец, по данни от 2018 г.²³ Средната ставка на задължителната здравна осигуровка през 1994 г. е 13,2%, а през 2018 г. е в размер на 14,6%,²⁴ като се изчислява върху брутната заплата и се плаща от работещия (7,3%) и работодателя (7,3%). За работещи с месечни доходи под 450 евро здравната осигуровка се заплаща изцяло от работодателя.

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

Държавата покрива разходите на социално слабите граждани за здравно осигуряване като заплаща здравните премии на фондовете, а за вносоките на пенсионерите и за безработните се

информация, за да настърчи потребителят да изисква по-голямо количество, в сравнение с необходимото, от предлаганата стока или услуга.

²² <https://www.howtogermany.com/pages/healthinsurance.html>

²³ <https://www.tk.de/resource/blob/2031716/596f3a342d2a820dd1deed07d6b0ecc6/beitragstabellen-englisch-2018-data.pdf>

²⁴ Всяка здравноосигурителна каса в Германия определя процент над задължителната вноска (обикновено между 0,5 и 1,5%) за покриване на административните си разходи.

грижат съответни фондове, които поемат ролята на работодателя при изплащането на здравни осигуровки.

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

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

Около 11% от населението в Германия през 2018 г.²⁵ са осигурени за пълен пакет от здравни услуги в частен здравен застрахователен фонд, като този дял включва основно три групи лица:

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

2.3. Холандия

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

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

²⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK298832/>

доходите за тези лица, докато при самоосигурените лица е за тяхна сметка. По този начин се изравнява здравноосигурителното бреме върху двете групи лица.

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

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

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

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

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

През годините се наблюдава тенденция на увеличаване на директните плащания от пациентите в Холандия, което се дължи на намаляване на обхвата на основния пакет от здравни услуги, което естествено води и до спад на личните застрахователни премии. При заплащането на здравни услуги от основния пакет съществува т.нар. сума за приспадане (deductible), в размер на 385 евро през 2015 г. При потребяване на здравни стоки и/или услуги в рамките на една календарна година пациентът покрива всички разходи до определената сума за приспадане, след което останалите разходи в рамките на годината се поемат от институциите за задължително здравно осигуряване (застрахователи, фондове, общини и др.). Сумата за приспадане важи за всички здравни разходи с изключение на общи здравни грижи, майчински грижи, домашни грижи и интегрирани грижи (управление на риска при диабет, астма, сърдечно-съдови заболявания и хронична обструктивна белодробна болест). Сумата за приспадане се заплаща на дружеството за здравно застраховане и

включва разходи за лекарства и тестове, които са предписани от общопрактикуващия лекар, но не и върху доплащанията за лекарства от страна на пациента. Целта на сумата за приспадане е да се ограничи моралният риск, а именно стимулът да се използват повече и по-скъпи медицински стоки и услуги в резултат на това, че друг (дружеството за здравно застраховане) плаща за тях.

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

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

3. Система на здравно застраховане

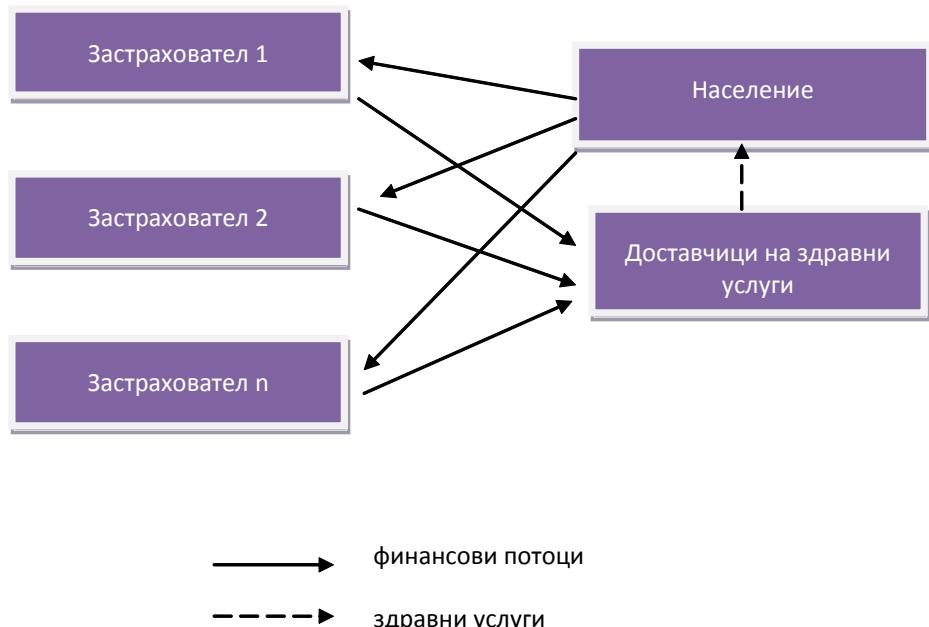
Здравните системи, базирани на доброволно рисково застраховане, също могат да се срещнат в някои страни, макар и почти никъде в чист вид. В Европа те не са популярни като системи за пълно финансиране на здравеопазването²⁶. Основният принцип при тях е, че всеки пациент сам преценява дали да се застрахова здравно и за какъв пакет услуги. Разходите под формата на рискова премия са индивидуални (различни) и в повечето случаи зависят от здравословното състояние на пациента.

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

²⁶ Схеми за допълнително доброволно застраховане има в повечето европейски страни, но не и здравна система, изцяло базирана на застраховането.

високо ниво. Пациентът активно преценява предимствата и недостатъците на застраховането и е в позиция да взема индивидуални решения за здравето си.

Фигура 4. Основни участници в застрахователните системи



Съгласно системата на здравни сметки схемите на доброволно здравно застрахование (HF.2.1 Voluntary health insurance schemes) се дефинират по следния начин:

„Схемите на доброволно здравно застрахование се базират на покупката на здравна застраховка, която не е направена задължителна от правителството. Застрахователните премии могат да са или да не са субсидирани от правителството. Те имат следните характеристики:

- начин на участие: доброволно, по избор на индивида или фирмата
- право на обслужване: със задължителен принос, на база на покупка на доброволна здравна застраховка (обикновено на база на договор със застрахователя);
- основен метод на набиране на средства: обикновено несвързани с дохода премии (много често директно или индиректно свързани с риска), може да бъдат или да не бъдат субсидирани от правителството (например чрез данъчен кредит);
- механизъм и обхват на набирането на средства: на ниво на индивидуалната схема.”

В Европа схемите за доброволно застрахование често са допълващи или заместващи към здравноосигурителния модел. Допълващите застрахователни схеми дават възможност на лицата, които вече са осигурени в социалната здравна система, да си направят застраховка за определен допълнителен пакет услуги, за специфичен риск, непокрит от социалното осигуряване или за плащането на специфични разходи, например законовите доплащания. Заместващите схеми са тези, при които на определени лица, отговарящи на специфични критерии, е дадена възможност

да не участват в солидарната система, а да избират къде и как да се застраховат (opting out) – например за високодоходните групи в някои държави.

Набирането на средства в тези системи се извършва от застрахователите чрез предварително определени рискови премии. Те най-често не са свързани с дохода, а със здравния риск, което прави системите регресивни (т.е. по-бедните средно плащат повече като дял от дохода си)²⁷. Правителството може да субсидира пряко (като само закупува застраховки за определени групи или организира застрахователна схема) или косвено (чрез данъчни облекчения) в здравните застрахователни схеми.

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

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

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

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

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

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

Примери за здравни системи, базирани на застраховане:

С уговорката, че здравна система, изцяло и само базирана на застраховане, не съществува, в тази част ще представим здравните системи на САЩ и Швейцария. Системата в САЩ комбинира застраховки с данъчно финансиране, докато швейцарската комбинира социално осигуряване и застраховане.²⁸.

3.1. САЩ

Здравеопазването в САЩ е регулирано на принципите на застраховането срещу възникване на здравен риск, въпреки че през последните години се създадоха програми за защита на групи пациенти поради относително слабото покритие на здравно застрахователната система. САЩ е единствената индустриална държава в света без пълно покритие на населението със здравна застраховка²⁸.

²⁷ <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274317/WHO-HIS-HGF-PolicyBrief-18.5-eng.pdf?ua=1>

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274317/WHO-HIS-HGF-PolicyBrief-18.5-eng.pdf?ua=1>

Организацията на здравната система в САЩ предполага всяко лице, което иска, да може да закупи застраховка от застраховател за здравни грижи. Много често застраховките са част от пакета възнаграждения и бонуси, които работодателите предлагат на своите служители (за което те получават данъчни облекчения). Премиите, плащани от лицата, се различават в зависимост от множество фактори и най-вече – от здравния риск. Съществуват и публични програми (финансирано от държавния бюджет) за застраховане на определени групи граждани – например Медикеър, насочена към възрастни граждани и Медикейд, насочена към бедни лица. Доставчиците на здравни услуги в по-голямата си степен са частни организации, което предполага по-високо качество на медицинското обслужване.

Застрахователите избират с кои лечебни заведения да склучат 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 склучен договор с техния застраховател, като нарушаването на това правило носи финансови санкции за застрахованите лица. Не е рядкост и случаите, в които една институция съчетава едновременно функциите по здравното застраховане и предоставянето на медицински услуги по всички направления (вертикална интеграция).

Липсата на пълно покритие е един от основните недостатъци на здравната система в САЩ. Независимо че по-голямата част от населението има някаква форма на здравна застраховка, остават значителен брой лица, които не се застраховат и не са осигурени здравно от държавния бюджет – 12.2% за последната четвърт на 2017 г.²⁹ Липсата на пълно покритие на населението със здравна застраховка се отразява на американската икономика по два канала: от една страна неосигурените имат по-кратка продължителност на живота, а от друга те имат и по-ниска производителност на труда поради по-лошото здраве. Проблемът с покритието се адресира чрез приемането на ново законодателство – Закон за защита на пациента и за достъпно здравеопазване (Patient protection and affordable care act³⁰), приет през 2010 г. и влязъл в сила през 2014 г., чиято цел е да направи здравеопазването достъпно до повече хора, особено тези с ниски доходи – чрез разширяване на данъчния кредит за лица с нисък доход при покупка на здравна застраховка и разширяване на обхвата на програмата Медикейд. Законът предвижда и глоби за онези пълнолетни лица, които са без застраховка (individual mandate). Друг важен параметър на реформата е задължението застрахователите да ограничат размера на годишните преки разходи на индивида (или семейството) до определен таван. Законът силно ограничава и т. нар. medical underwriting – процедура на медицински изследвания на всеки, желаещ да се застрахова и отказ от застраховка за лица със съществуващи заболявания преди застраховката.

Друга характеристика на американската система са високите разходи – както на глава от населението, така и като дял от БВП. За 2017 г. разходите за здравеопазване на САЩ са 17.1% от БВП според данни на ОИСР³¹, значително над средното за развитите страни. Същевременно големият разход за здраве не води до очаквано подобрение в здравните резултати (фиг. 5).

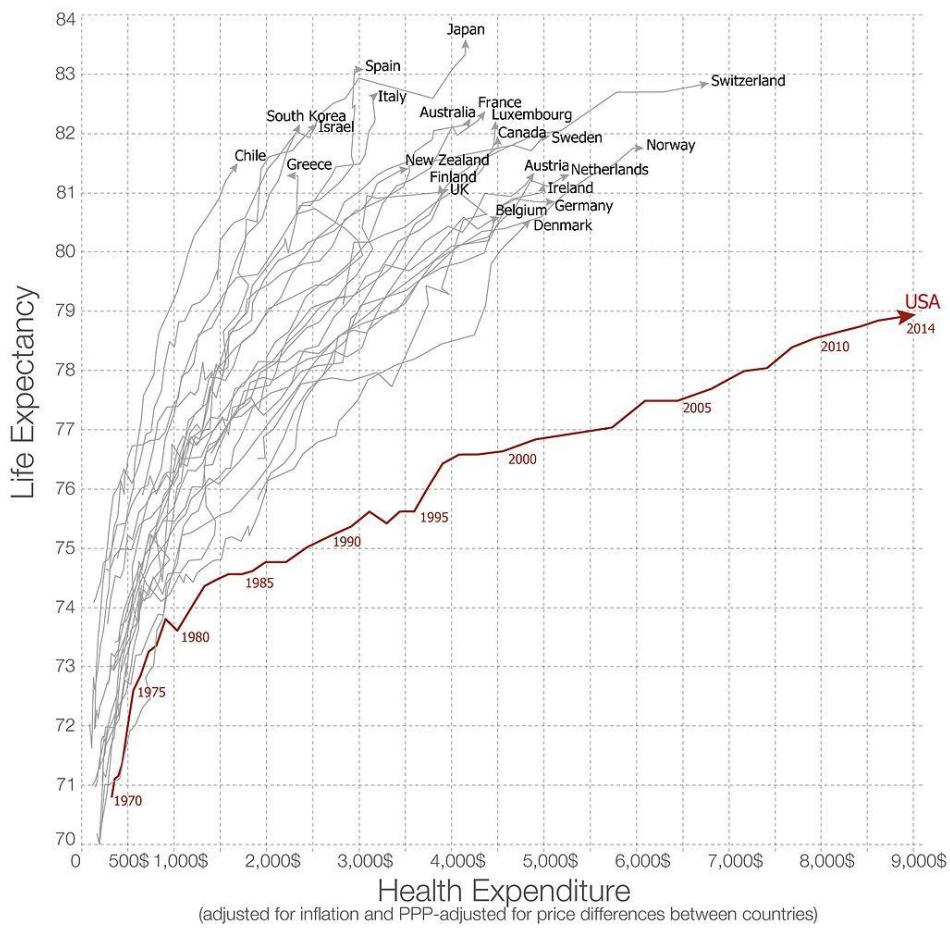
<https://archive/2012/06/heres-a-map-of-the-countries-that-provide-universal-health-care-americas-still-not-on-it/259153/>

²⁹ <https://news.gallup.com/poll/225383/uninsured-rate-steady-fourth-quarter-2017.aspx>

³⁰ <https://www.healthinsurance.org/glossary/affordable-care-act/>

³¹ <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

Фигура 5. Очаквана продължителност на живота спрямо разходи за здравеопазване.



Източник: <https://lanekeworthy.net/2011/07/10/americas-inefficient-health-care-system-another-look/>

Причините за високите разходи могат да се търсят на няколко места: 1) разходите за нови технологии и за лекарства с рецептa: за разлика от други държави, в САЩ цените на лекарствата не се регулират (за програмата Медикеър). Използването на най-новите технологии без ограничения обикновено води до висок разход и свръхпотребление на здравни услуги, още повече в система, която стимулира презастраховането от страна на лекарите от страх, че пациентите могат да ги съдят (defensive medicine)³². 2) административните разходи – по-високите административни разходи са обусловени от по-големия брой застрахователи. Също така лечебните заведения се нуждаят от по-голяма администрация, с която да отговорят на разнообразните изисквания на всички застрахователи. 3) цените на услугите – разходите за персонал са големи, като извършването на здравни услуги от специалисти, а не в първичната помощ, е често срещано за американската система и също увеличава разходите за здравеопазване. Тук се числят също така и високите разходи и дългото време за обучение на лекарите, които се отразяват и на разходите за възнаграждения. Високи са цените и на медицинските услуги и процедури в сравнение със страни със сходно икономическо развитие. 4) нарастване на хроничните заболявания и рисковите фактори за здравето, включително затлъстяването – разходите за лечение на хроничните заболявания допринасят в значителна степен за високите разходи за здравеопазване, особено в последните 2

³² <https://www.investopedia.com/articles/personal-finance/080615/6-reasons-healthcare-so-expensive-us.asp>

години от живота на човек. За програма Медикеър този дял е 32% от всички разходи по програмата³³.

1. *Солидарност* - американската система не е солидарна. Покритието на населението не е пълно и разходите за бедните са високи. Въпреки това са налични държавно финансиирани схеми, които да поемат здравните разходи на най-бедната част от населението.

2. *Овластяване на потребителя и удовлетвореност от услугите* – като цяло американците са удовлетворени от качеството на здравните услуги, които получават – около 75% изразяват висока степен на удовлетвореност³⁴. Доста по-малка част (около 54%) са удовлетворени от здравните разходи. Въпреки това, когато оценяват общото ниво на здравната система, повечето американци (73%) считат, че тя е в състояние на криза или че има сериозни проблеми. Поради факта, че голяма част от застраховките се предлагат на работното място, отделният пациент е затруднен да търси и сменя застраховател лесно.

3. *Качество на услугите* – Качеството на здравеопазването в САЩ е на много високо ниво, но неравният достъп, свръхупотребата на услуги и високите цени правят здравеопазването на САЩ неефективно. Доставчиците на услуги предлагат високо ниво на здравни грижи, тъй като се конкурират за здравни застраховки. В САЩ липсва една агенция за оценка на качеството, но за сметка на това се разчита на множество организации, които се занимават с това, например Националния комитет за оценка на качеството, Агенцията за изследвания в здравеопазването и оценка на качеството и Съвместната комисия за акредитация на здравните организации. Въпреки това по някои оценки над 30% от всички разходи за здравеопазване са резултат от свръхупотреба, лоша употреба или загуба. Причината за част от тези разходи е, че доставчиците имат стимул да предоставят по-голямо от необходимото количество услуги, тъй като печелят от това, а пациентът няма стимул да контролира разхода.

4. *Клинична автономия* – въпреки че в някои случаи лекарите се нуждаят от одобрението на застрахователя преди да извършат определена процедура, като цяло лекарите имат автономия да назначават изследвания и процедури по свое усмотрение. Честите съдебни дела срещу лекари водят до презастраховане от тяхна страна при назначаването на изследвания и процедури за лечение.

5. *Фискална жизненост* – като най-скъпа здравна система в света, едва ли американската здравна система може да се определи като фискално устойчива, независимо че голяма част от разходите са частни. Липсата на здравна застраховка или невъзможността за застраховане поставят част от населението под риск, който в крайна сметка се поема от държавата.

3.2. Швейцария

Макар и не чисто застрахователна, швейцарската система е най-близо до принципите на застраховането, налични в Европа, поради което я представяме в този раздел.

За разлика от САЩ, в Швейцария здравното застраховане е задължително за всички лица по закон. Това означава на практика, че покритието на системата е универсално. Основният пакет от здравни услуги, за който гражданите се застраховат, също е определен със закон. Пакетът съдържа лечение в случай на болест, нещастен случай или бременност. Освен премия³⁵, пациентът плаща част от

³³ <https://dpeaficio.org/wp-content/uploads/US-Health-Care-in-Intl-Perspective-2016.pdf>

³⁴ <https://news.gallup.com/poll/226607/news-americans-satisfaction-healthcare.aspx>

³⁵ <https://www.ch.ch/en/basic-health-insurance-services/>

разходите за лечение (доплащане, franchise) – начален разход от 300 CHF за година за възрастен гражданин, след достигането на който застрахователят започва да плаща. Ако някой иска да намали размера на премията, може да увеличи размера на доплащането. Друг вариант да се намали премията е чрез ограничаване на избора на лекар и лечебно заведение. След достигане на лимита на началното доплащане, пациентът продължава да дължи 10% от оставащия разход за лечение (retention fee) като част от заплащането за услугата, до максимален размер от 700 CHF за година (в тях не се включва началното доплащане).

Броят на регистрираните застрахователи в страната е около 50³⁶. Застрахователите са задължени да предлагат основния пакет на всеки гражданин без да дискриминират по медицинско състояние в рамките на 3 възрастови групи – деца до 18, младежи от 19 до 25 г. и възрастни над 26 г., като за основния пакет не могат да реализират печалба, но могат да калкулират такава за допълнителните планове. Премията за основния пакет не може да надвишава 8% от дохода на лицата, като ако премията е по-висока, държавата осигурява субсидии и дофинансира (обикновено за нискодоходни групи граждани).

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

Нивото на здравните разходи в Швейцария³⁷ е едно от най-високите в света и най-високо в Европа за 2016 г. (12.25% от БВП по данни на Евростат). Плащанията от джоба на пациента също са на много високо ниво – 3.6% от БВП.

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

2. *Овластяване на потребителя и удовлетвореност от услугите* – пациентът е Швейцария е в много силна позиция да избира свой застраховател и да го сменя всяка година, да избира застрахователен план, включващ допълнителни услуги, както и ниво на доплащания. Съществува избор и на лечебно заведение, в случай че застрахователят е склучил договор с него. Удовлетвореността от здравните услуги е висока³⁸, като все по-голям дял от пациентите след 1996 г., когато е въведено задължителното здравно застраховане, считат, че системата им предоставя „високо“ или „много високо“ ниво на обслужване. Недоволство има за равнището на разходите.

³⁶ <https://www.priminfo.admin.ch/downloads/zahlen-und-fakten/versicherte-2017.pdf>

³⁷ Системата от здравни сметки третира задължителното застраховане в Швейцария като “compulsory contributory health care financing scheme”, което го поставя наравно със социално здравно осигурителните фондове в другите европейски държави. Допълнителното застраховане се счита за “voluntary payment scheme”.

³⁸ https://www.swissinfo.ch/eng/health-monitor-2016_swiss-are-happy-with-their-health-more-or-less/42249778; <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>

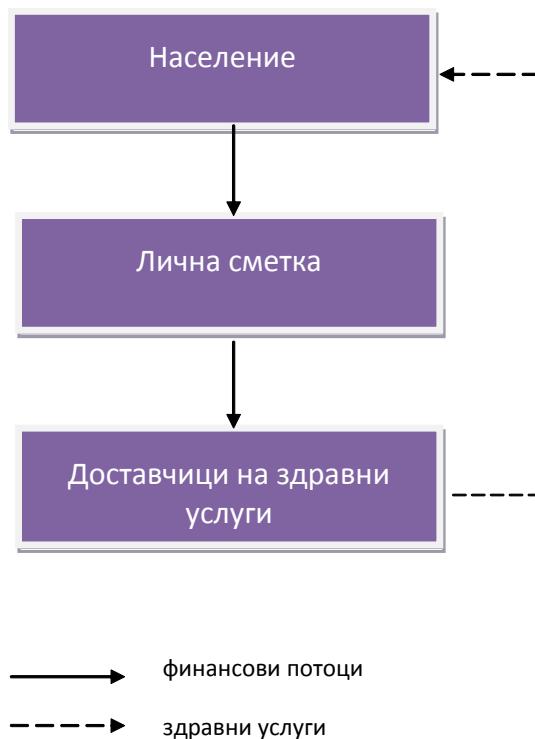
3. *Качество на услугите* - Качеството на здравните услуги се определя като много високо³⁹, но разходната ефективност на системата страда от високите разходи. Лекарите имат стимул да предлагат високо качество на здравните услуги поради високото ниво на конкуренция. Здравните резултати на нацията са високи.

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

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

4. Система от лични здравни сметки с разширена персонална отговорност и държавно участие

Фигура 6. Основни участници в системата на лични здравни сметки



³⁹ https://www.swissinfo.ch/eng/society/global-health-report_swiss-rated-third-in-health-services-quality-survey/43194076

4.1. Сингапур

Системата за финансиране на здравните разходи в Сингапур е комбинация от лична отговорност за здравето на осигурените лица и държавна подкрепа (под формата на държавни субсидии) за нискодоходните групи от населението, за които тези разходи са твърде високи. Освен задължение за здравно осигуряване, пациентите са задължени да доплащат и част от медицинските разходи над определена сума, като това задължение се поема от държавата за групите в неравностойно положение. Финансирането на системата най-общо се осигурява основно от три фонда, известни като ЗМ, които са създадени постепенно – фонд „Медицински спестявания“ (Medisave - 1984), фонд „Медицинска защита“ (Medishield - 1990) и фонд „Медицинска социална защита“ (Medifund - 1993). По-късно е създаден и фонд „Дългосрочни грижи“ (Eldershield - 2002). Поетапно въведените фондове осигуряват универсално здравеопазване за всички граждани в страната.

Всеки гражданин в Сингапур е задължен да се осигурява за основния пакет здравни услуги, който е с широк обхват, чрез личната си сметка във фонд „Медицински спестявания“. Вноските във фонда са между 8% и 10,5% от месечната работна заплата през 2016 г. Размерът им, както и заплащането им (от работодателя и/или от работника), се определя на база на доходен и възрастов критерии, но не може да надхвърля 41 000 сингапурски долари годишно през 2016 г. Натрупаните средства по личната сметка на здравноосигуреното лице могат да бъдат използвани както от него, така и от членове на семейството му, за покриване на разходи, свързани с хоспитализации, амбулаторна хирургия и някои извънболнични разходи, както и за разходи за здравно застраховане. Както вноските в личната сметка във фонда „Медицински спестявания“, така и разходите от тях са освободени от данъци, а върху тях се начисляват лихви, които увеличават личната сметка.

Фонд „Медицинска защита“ допълва дейността на фонд „Медицински спестявания“ и предоставя т.нар. катастрофична застраховка, която покрива част от разходите за продължителна хоспитализация и лечението на някои сериозни заболявания. Застрахователните премии към фонда се заплащат от здравноосигурените лица чрез техните лични сметки във фонд „Медицински спестявания“. Годишните застрахователните премии се определят на база възраст и варират от 33 с.д. за лица до 30-годишна възраст до 1123 с.д. за лица на възраст между 84 и 85 г. Фондът не предоставя услуги за лица над 85-годишна възраст. Броят на възможните лечения е ограничен както в рамките на календарна година, така и за целия живот на здравноосигуреното лице с цел регулиране на свръхтърсенето на медицински услуги. Съществува възможност за плащане на по-висока застрахователна премия във фонда, за да се финансира лечение в по-висок клас публични или частни болници.

Фонд „Медицинска социална защита“ е създаден от държавата и има за цел да подпомага граждани, чийто здравни разходи надвишават натрупаните средства по личните им сметки във фонд „Медицински спестявания“ и във фонд „Медицинска защита“. Фондът се финансира от годишните бюджетни излишъци и към 2010 г. разполага с близо 1,4 млрд. с.д. Достъпът до фонда се осигурява след кандидатстване и одобрение от държавна комисия на база на социални и икономически фактори.

Фонд „Дългосрочни грижи“ осигурява финансиране за лица, които се нуждаят от дългосрочни грижи в резултат на различна степен на инвалидност. Здравноосигурените лица плащат вноски във фонда, които зависят от възрастта, на която се присъединяват към него, като вноски след 65-годишна възраст не се дължат. Всички лица с лични здравни сметки във фонд „Медицински спестявания“ автоматично се застраховат във фонд „Дългосрочни грижи“ при навършване на 40-годишна възраст. Фондът се управлява от три частни застрахователни компании, определени от правителството. Заплащането на застрахователните премии може да стане и от личната сметка на

здравноосигуреното лице, като се плаща веднъж годишно или наведнъж за целия период до 65-годишна възраст.

Освен задължителните държавни схеми за здравно застраховане и спестяване съществува и частен здравен застрахователен пазар, на който оперират пет компании (три от които управляват фонд „Дългосрочни грижи“). Застрахователните планове могат да се разделят най-общо в две групи, като едните допълват и надграждат държавно гарантирани услуги, предоставяни от фонд „Медицинска защита“, а другите предлагат отделни индивидуални или групи застрахователни планове. Заплащането на премиите за надграждащия застрахователен план може да става чрез личните сметки на здравноосигурените лица. Предоставяните услуги в другите частни застрахователни планове наподобяват предоставяните от държавата задължителни услуги като болнично и извънболнично лечение, хирургическа намеса, лечение на критични заболявания, инвалидност и дългосрочни грижи.

5. Ефективност на различните системи за финансиране на здравеопазването

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

В таблицата по-долу са представени ранговете на държавите в по-сериозните класации на здравните системи, като след това сме представили кратко описание за всяка по отделно.

Таблица 1. Някои по-важни класации за оценка на здравните системи по света

	СЗО		Лансет		Блумберг		ЕHCI 2017
1	Франция	1	Исландия	1	Хонг Конг	1	Холандия
2	Италия	2	Норвегия	2	Сингапур	2	Швейцария
3	Сан Марино	3	Холандия	3	Испания	3	Дания
4	Андора	4	Люксембург	4	Италия	4	Норвегия
5	Малта	5	Австралия	5	Южна Корея	5	Люксембург
6	Сингапур	6	Финландия	6	Израел	6	Финландия
7	Испания	7	Швейцария	7	Япония	7	Германия
8	Оман	8	Швеция	8	Австралия	8	Белгия
9	Австрия	9	Италия	9	Тайван	9	Исландия
10	Япония	10	Андора	10	ОАЕ	10	Франция

17	Холандия	18	Германия	12	Швейцария	12	Швеция
18	Великобритания	20	Франция	16	Франция	15	Великобритания

23	Швеция	22	Сингапур	22	Швеция	18	Испания
25	Германия	23	Великобритания	28	Холандия	20	Италия
37	САЩ	29	САЩ	35	Великобритания	27	Албания
	45	Германия		...
102	България	51	България		...	33	България
	54	САЩ		...
191	Сиера Леоне	195	Централна афр. република	56	България	35	Кипър

Източник: Всяка класация е налична на сайтовете на организациите, които са я разработили. По-долу в текста са посочени източниците.

(1) Обща оценка на Световната здравна организация на резултатите на здравните системи⁴⁰ от 2000 г.

Тази оценка на общото представяне на здравните системи включва 191 държави (членките на СЗО) по отношение на постигане на определен кръг от здравни ефекти от здравната система: подобряване на здравето на населението, отговаряне на системата към очакванията на пациента, солидарност при финансирането и защита от финансов риск. България е на 102-ро място. В класацията прави впечатление, че страните със здравноосигурителни и с данъчни модели заемат поравно високите места. Сингапур е на завидното 6-то място.

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

Класацията на „Индекс за достъп и качествено здравеопазване”, публикувана в списание Лансет⁴¹ класира 195 държави на база на 32 заболявания, при адекватното лечение на които не би трявало да настъпи смърт, например ваксинопредотвратими заболявания, инфекциозни болести, майчинско и детско здраве и др. България е на 51-во място. Интересното на тази класация е, че тя не взема предвид разходите на системите, а единствено резултатите от лечението.

(3) Класация на Блумбърг⁴² за най-ефикасна здравна система 2018 г.

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

(4) Европейски потребителски здравен индекс⁴³ 2017 г.

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

⁴⁰ WHO “Measuring overall health system performance for 191 countries” <http://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf>

⁴¹ <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2930994-2>

⁴² <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>

⁴³ <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>

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

В заключение може да се каже, че като цяло осигурителните модели показват добри резултати и класиране. В почти всички представени класации мястото на България е ниско, като слабото представяне се свързва повече с ниско качество на здравните услуги и слаби здравни резултати, отколкото с модела на финансиране на здравната система.

В подкрепа на горните резултати е и следващата сравнителна таблица, която представя някои отличителни черти на различните системи. От нея се вижда, че данъчно-базираните системи постигат най-голяма ефективност под формата на здравни резултати и свързаните с тях относително ниски разходи, следвани от осигурителните системи. Тук обаче трябва да се има предвид, че данъчно-базираните системи са непрозрачни, не са обърнати към пациента и създават сериозни стимули за политически опортюнизъм и популизъм. За доброто им функциониране е необходимо наличието на силни държавни институции, които да могат да управляват ефективно здравните дейности. Нещо повече, българската здравна система до 1998 г. беше именно данъчно-базирана, което се промени с приемането на Закона за здравното осигуряване, защото се характеризираше с влошаване на здравния статут на населението, в резултат на държавния монопол от социалистически тип в сектора и популизма. Връщане към подобен тип система, на фона на слабата оценка за работата на институциите⁴⁴, не може да бъде оправдано.

Таблица 2. Сравнителна таблица на схемите

Параметър	Осигурителни системи	Данъчно-базирани системи	Застрахователни системи	Здравни сметки
Покритие	Обикновено пълно	Пълно, автоматично	Частично	Частично
Набиране на приходи	От осигурителни вноски	От общи данъци	От застрахователни премии срещу риск	От спестявания
Ниво на разходите	Високо	Ниско	Много високо	Ниско
Управление на риска	От специален изравнителен (рисков) механизъм	Не се налага	На ниво схема/застраховател	От лицето
Договаряне	Конкурентно	Не се налага	Конкурентно	Не се налага
Пакет услуги	Ясно дефиниран, основен и допълнителен	Не е дефиниран	Ясно дефиниран, основен и допълнителен	Ясно дефиниран, основен и допълнителен
Достъп до услуги	За осигурените лица, но има множество схеми	Универсален за всички	Само за застрахованите, налични са схеми	В рамките на личните сметки до размера на

⁴⁴ <http://reports.weforum.org/global-competitiveness-index-2017-2018/countryeconomy-profiles/#economy=BGR>

	за социална защита		за социална защита	спестяванията, налични са схеми за социална защита
Качество на грижата	Високо	Зависи	Високо	Високо
Овлаштяване на пациента	Високо	Ниско	Много високо	Много високо
Ограничаване /контрол на разходите	Затруднено	Улеснено - чрез тавани, бюджетни ограничения	Силно затруднено	Улеснено
Административни разходи	Високи	Ниски	Много високи	Ниски
Здравни резултати	Високи	Високи, но зависят от икономическото развитие	Високи, но неравномерни	Високи

Препоръки

На база на прегледа на най-добрите практики от ЕС и света може да се направи заключението, че качеството на здравните услуги и удовлетвореността от тях са правопропорционално свързани с наличието на конкуренция в сектора и възможността здравноосигуреното⁴⁵ лице (ЗОЛ) да избере своето застрахователно дружество и доставчик на медицински стоки и услуги. С други думи, реформирането на здравната система в България следва да има за цел въвеждане на конкуренция. Предвид липсата на детайлна и навременна информация за работата на здравния сектор в България на този етап могат единствено да се скицират общите характеристики на бъдещата система и да се очертае пътят към реформа в сектора. Детайлите, от своя страна, се нуждаят от пълна информация за работата на сектора, повече време за анализирането и обсъждането на данните, както и за провеждане на пилотни реформи.

Основните характеристики на бъдещата реформа следва да включват:

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

⁴⁵ Въпреки че дружествата в България, които предоставят услугата, са застрахователни по своето естество, услугата е здравно осигуряване, тъй като има солидарен характер под формата на фонд за изравняване на риска

и търговци на лекарства и медицински изделия, пациентски организации и неправителствени организации;

- Включването на видовете и обема стоки и услуги в ОЗП следва да отговарят на четири основни изисквания:
 - да са от абсолютна необходимост;
 - да са ефективни;
 - да са разходно-ефективни;
 - да са непосилни за осигуряване от индивида;
- При включване на стоки и услуги в ОЗП следва да се търси баланс между желания здравен резултат и финансовата тежест на разходите за здравеопазване;
- Ясно дефиниране на това какви стоки и услуги са част от ОЗП, както и при какви условия и в какви граници ЗОЛ следва да доплащат за тях, и дейностите извън ОЗП, които ще бъдат обект на допълнително здравно застраховане или се финансират изцяло чрез директни плащания от ЗОЛ – отговорна институция: Министерство на здравеопазването;
- Оценяване на необходимите средства за покриване на разходите, свързани с ОЗП, както и приходоизточниците за финансирането им, включително задължителни здравноосигурителни и/или застрахователни вноски, финансиране от бюджета за групите, които се осигуряват за негова сметка, доплащания от ЗОЛ, социални плащания от бюджета за групи от обществото в неравностойно положение и т.н. – отговорна институция: Министерство на здравеопазването с помощта на Министерството на финансите, застрахователни дружества;
- Създаване на условия за конкуренция при задължителното здравно осигуряване – основен здравен пакет, така че всяко ЗОЛ да може да избере в кое здравно застрахователно дружество да се осигурява;
- Конкуренцията на ниво осигуряване изисква създаване на два допълнителни фонда – такъв за управление на риска, който да компенсира застрахователните компании за различния рисков профил на осигурените при тях лица, и такъв за гарантиране правата на ЗОЛ при неплатежоспособност на застрахователно дружество.
- Фондът за управление на риска получава средства от здравните вноски от работещите, трансфер от бюджета за обществените групи, които се осигуряват за негова сметка, както и други социални плащания. Този фонд превежда на застрахователните дружества средноаритметична здравна вноска за броя ЗОЛ осигурени в него плюс корекция за риска. Корекцията за риска се извършва на база на различни показатели като здравно състояние, пол, възраст, вид работа, хронични заболявания и т.н. и може да бъде както положителна, така и отрицателна. Критериите, които ще се включват в математическия модел за изравняване на риска, както и източниците на информация за тяхното изменение, следва да се обсъдят предварително от МЗ, НАП и застрахователните дружества;
- Въвеждане на медицински и финансови стандарти, съгласувани със заинтересованите страни, които да дават възможност за осъществяване на контрол;
- Застрахователните дружества са длъжни да застраховат всяко ЗОЛ при равни условия, като ЗОЛ ще има право да променя избора си на фонд в срок и при определени от закон условия;

- Застрахователните компании имат право на селективно договаряне с доставчиците на здравни стоки и услуги в ОЗП – по този начин се създава както конкуренция на ниво здравно осигуряване, така и на ниво предоставяне на здравни стоки и услуги;
- Застрахователните компании и доставчиците договарят цените, количествата и качеството на здравни стоки и услуги, които са част от ОЗП;
- Изграждане на цялостна информационна система, която да осигури прозрачност и възможност за контрол на работата на здравната система, включително:
 - лична електронна здравна карта, електронна рецепта, и др.;
 - унифицирана и сравнителна информация относно предлаганите от застрахователните компании цени и услуги;
 - унифицирана и сравнителна информация относно качеството на предоставяните здравни услуги, както и удовлетвореността на пациентите от тях
- Ограничаване на ролята на държавата до изготвяне на рамката за работа на сектора с цел да се осигури равнопоставеност между отделните участници и изпълняване на социални функции, когато това е необходимо;
- Увеличаване на средствата за социалните групи, които се осигуряват за сметка на държавата, изчислени на база 8% вноска върху средния осигурителен доход за съответния месец, вместо върху минималния осигурителен доход за самоосигуряващи се лица.
- Предприемане на мерки за решаване на проблема с неосигурените лица – точен анализ на причините за липса на осигуряване, дефиниране на отделни групи неосигурени лица в зависимост от тях, за всяка отделна група неосигурени лица- мерки за достигане на осигуряване, например за кои групи граждани държавата поема осигуряването (например крайно бедни лица) и при какви условия (например за какъв срок и в кои случаи), кои граждани държавата принудително издирва и налага санкции (например глоби и др.) за отказ от осигуряване, кои групи изобщо не следва да са обект на осигуряване (например дългосрочно пребиваване в чужбина) и др. Следва да се има предвид, че някои от тези мерки следва да са обект на други политики – например социална, образователна и др. Липсата на здравно осигуряване може да е следствие на други проблеми.

Това са само груби щрихи на бъдещата реформа, тъй като създаването на конкуренция, подобряването на качеството на здравните услуги и повишаването на ефективността от разходите за здравеопазването в страната може да се извърши по много начини. За изчистване на детайлите по предстоящите промени обаче е необходимо време и детайлна информация, на база на които ще бъде възможно уточняването на редица въпроси, които стоят на дневен ред. Другият елемент, който е от жизненоважно значение за бъдещата реформа, е постигане на подкрепа за и последователност при провеждането ѝ, за да се избегнат грешките, с които предходната здравна реформа в България се сблъска.

ЛИТЕРАТУРА

- BAI, Yu, Chaoran SHI, Xiaoteng LI,& Feifei LIU (2012) "Healthcare System in Singapore. ACTU4625 TOPICS: HEALTH INSURANCE"
- Björnberg, Anne (2018) "Euro Health Consumer Index 2017 Report", Health Consumer Powerhouse
- Busse, Reinhard, Miriam Blümel (2014) "Germany: health system review", Health Systems in Transition, Vol. 16 No.2, European observatory on health systems and policies
- Chevreul, Karine, Karen Berg Brigham, Isabelle Durand-Zaleski, Cristina Hernández-Quevedo (2015) "France: Health system review", Health Systems in Transition, Vol. 17 No. 3, European observatory on health systems and policies
- Department for professional employees (2016) "The US health care system: an international perspective", Fact sheet 2016
- Health Information and Quality Authority (2016), "International Review: National Patient Experience Survey"
- Health Policy Consensus Group (2002) "Options for Healthcare Funding", Civitas, достъпен тук: www.civitas.org.uk/pdf/hpcgSystems.pdf
- Kroneman, Madelon, Wienke Boerma, Michael van den Berg, Peter Groenewegen, Judith de Jong, Ewout van Ginneken (2016) "Netherlands: Health system review", Health Systems in Transition, Vol. 18 No.2, European observatory on health systems and policies
- Mossialos, Elias, Ana Djordjevic, Robin Osborn, Dana Sarnak (2017) "International Profiles of Health Care Systems", The Commonwealth Fund
- OECD (2017), "Health at a Glance 2017: OECD Indicators", OECD Publishing, Paris
- OECD, Eurostat and World Health Organization (2017) "A System of Health Accounts 2011: Revised edition", OECD Publishing, Paris
- Tandon, Ajay, Christopher JL Murray, Jeremy A Lauer, David B Evans (2000) "Measuring overall health system performance for 191 countries", GPE Discussion Paper Series: No. 30, EIP/GPE/EQC, World Health Organization
- The Lancet (2018), "Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016", 391: 2236–71