

МОДЕЛИ НА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В ЕВРОПА И РЕГУЛИРАНА ПРЕДПРИЕМАЧЕСКА ДЕЙНОСТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Проф. д-р Елена Шипковенска, дм
Д-р Марияна Дякова, дм
Д-р Добрин Кръшков

Европейските страни организират, управляват и финансират здравните си системи по различни начини, но използват някои **ОБЩИ ПРИНЦИПИ**:

- **ВСЕОБЩ ДОСТЪП** до медицинско обслужване и осигуряване;
- **СОЛИДАРНОСТ** при разпределението на разходите
- **ВИСОК СТАНДАРТ** на здравните услуги.

Всяка национална система е извървяла свой собствен път за развитие, под влиянието на културни, исторически, икономически и частност технически фактори.

В областта на здравеопазването отделните страни се различават по :

1. Начините за финансиране.
2. Методите, чрез които осигурителната институция заплаща на доставчиците на здравни услуги.
3. Степента, чрез която държавата регутира осигуряването на здравни услуги и развитието на пазарните и квазипазарните отношения.

Начини на финансиране в Европа



Съществуват **два** главни източника на финансиране на здравеопазването

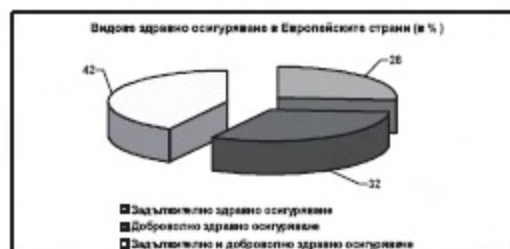
- Доброволно (частно);
- Задължително (обществено)

В системата на здравно осигуряване функционират **три основни групи участници**:

- населението (потребителите на здравни услуги);
- изпълнителите (доставчиците) на здравни услуги и
- посредника (осигурителите на здравни услуги).

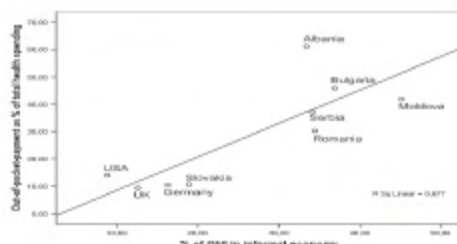
Тенденцията е всеки потребител в системата за здравно осигуряване сам да решава този въпрос на основата на личен договор със системата, което обаче изисква висока здравноосигурителна култура.

Какво е съотношението при различните видове здравно осигуряване в Европа?

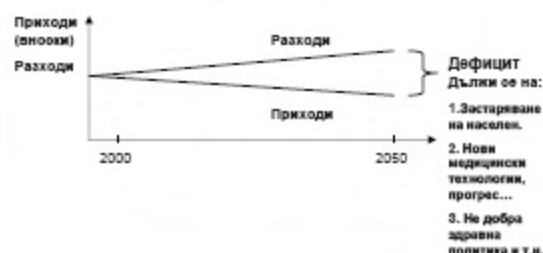


Зависимост между размера на "сивата икономика" и заплащането от джоба на потребителя

WHO country profiles, Schneider 2002; (pending data on 2002, informal economy 2000).



Финансови дефицити в здравните системи



ДИЛЕМАТА- увеличение на ресурсите или ограничение на разходите?

Увеличение на вноските
Увеличение на потребителските такси
Доплащане от потребителите
Повишена тежест за по-високите доходи

Всичко това ще намали броя на осигуряващите се.

Ограничаването на ресурсите за ЛЗ ще се отрази върху качеството на оказваната помощ и ще допринесе за изтичане на квалифицирани кадри от Р. България.

Производителят на здравни услуги се стреми към печалба, а потребителя – към полезност

• Целта е достигане на баланс между печалба-полезност



ОСНОВНИ ПРОБЛЕМИ В ПРОЦЕСА НА РАЗВИТИЕ НА РЕФОРМАТА В ОСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА

- Цените на здравните грижи изпреварват цените в останалите области на икономиката.
- Свърх-потреблението на здравни услуги и финансовият дефицит, породят потребността от увеличаване размера на здравноосигурителната вноска и на държавното субсидиране.
- Невъзможност за използване на финансирането като инструмент за стимулиране на конкуренцията между обществените и частните здравноосигурителни фондове.
- Задължителната здравна осигуровка на практика се превръща в регресивен данък.
- Нараства скептицизмът по отношение принципа на солидарността.

ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ В ЕВРОПА:

1. Повишени очаквания на пациентите
2. Постигане на финансова стабилност при нарастване на разходите, предизвикано от застаряване на населението и въвеждането на постиженията на медицинската наука и технологиите в здравния сектор
3. Осигуряване на свободно движение на хора и услуги в единния ЕС
4. Гарантиране на достъпност и качество на медицинските услуги
5. Довършване на радикалните реформи

ГОЛЕМИЯТ ВЪПРОС СЕГА Е:

Ще успеят ли Европейските страни да усъвършенстват и запазят традиционния за Европа модел на здравно осигуряване като форма на социална защита?

Европейските страни внасят промени в системите си



Новата Холандска здравноосигурителна система се състои от три стълба:

- **Първият стълб** е задължителното осигуряване, което включва цялото население и покрива разходи за дългосрочни медицински услуги и обслужване.
- **Вторият стълб** е осигуряване за медицински услуги с цел лечение. Всяко лице в Холандия е законно задължено да се осигурява за такъв вид услуги.
- **Третият стълб** – допълнително здравно осигуряване. Всеки може да се осигурява допълнително за видовете услуги, които не са покрити по закон.

Отличителна черта на Холандската здравноосигурителна система е, че грижите се предлагат главно от частни дружества – основната част от болниците. Част от институциите за здравно обслужване продължават да предоставят услуги по костуема цена, докато останалите изпълнители работят за генериране на печалба и оказват главно медицинско обслужване с цел лечение.

Базовото осигуряване (стандартен здравноосигурителен пакет) има ясни социални ползи.

Предпочитанията са към осигуряване срещу риск, предоставяно от частни осигурителни компании.

Допълнителната осигурителна полица възстановява разходите за здравни услуги, които не се покриват от стандартния пакет (напр. за стоматолог за възрастни, очила; противозачатъчни медикаменти; физиотерапия; нетрадиционна медицина и т.н.)

Основни характеристики на Германската здравноосигурителна система:

Универсално здравно осигуряване (50 : 50 – здравна вноска); 90% от населението е осигурено. Скъпа здравноосигурителна система (10 + % of GNP). Касите и изпълнителите на мед. помощ договарят цените според точкова система. Въведени и работещи ДСГ в болниците. Опит за ограничаване на разходите чрез въвеждане на доплащане от потребителите: при цена на лекарството от 5 до 50 евро (пациентът заплаща 5 евро; от 50 до 100 евро (10%). В болница (до 28 дни – по 10 евро на ден) Преглед по желание – 10 евро и т.н. Допълнително застраховане (8-10 евро на месец – за протезиране; иглотерапия, рехабилитация.....). Еднакви цени на лекарствата в цялата страна.

Германската здравноосигурителна система:

- 4.4 - млн. Работещи в системата на здравното осигуряване
- Оборот – 250 млрд. Евро на година, 288 – каси
- Вноска (14-15.5%, но не повече от 3450 Евро годишно – всичко се обработва ел., изплащат само генерици, при налични на такива
- Съревновават се за основния пакет –
- От тях водещи –
- AOK, DAK, Technische Krankenkasse, Betriebskrankenkasse – BKK
- Вноска от 50 до 300 Евро на месец, може и повече.

Основни характеристики на Белгийската здравноосигурителна система:

- **Ключови характеристики:**
 - Системата е базирана на задължително осигуряване срещу риск (малък – извънболнична помощ, лекарства и стоматологична помощ и голям-болнична) Около 88% от населението са осигурени и за двата вида рискове.
 - Либерална медицина: по-голямата част от изпълнителите на медицинска помощ са на самостоятелна практика (частни). Заплаща им се за дейност и те имат пълна свобода за диагностика и лечение. Двете страни – Белгия и Австрия заплащат на GP предимно за извършена дейност, а не за капитация. Създадена е система на задължително здравно осигуряване, чрез управляване съвместно от всички осигурителни компании, здравни специалисти и обществени организации Съществува един задължителен държавен здравен фонд и други осигурителни фондове с идеална цел.
 - Пациентите са свободни да избират своя лекар и болница (държавна/частна), т.е. Те имат също и свободен достъп до специализирана медицинска помощ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОТ I РАЗДЕЛ

- За разлика от България реформата в развитите европейски страни стартира и се осъществява върху стабилната основа на:

- решени вече базисни проблеми относно вида и обема на здравните услуги;
- универсален достъп до качествена медицинска помощ;
- възможност за отделяне на 8 – 11% от БВП на страната за нуждите на здравеопазването.

Поради това всяко отъждествяване или сравнение с друга национална система следва да се извършва много **ВНИМАТЕЛНО** и в съответствие с равнището на развитие на българското общество.

МЕТОДИ НА ЗАПЛАЩАНЕ НА ДОСТАВЧИЦИТЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ



СЪЩЕСТВУВАТ 4 МЕТОДА НА ЗАПЛАЩАНЕ НА ДОСТАВЧИЦИТЕ (изпълнители) НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ:

- Директно плащане от джоба на потребителите без осигуровки.
- Директно плащане от джоба на потребителите, които се реимбурсират от здравното осигуряване.
- Заплащане от трета страна (осигурителна организация) чрез договаряне.
- Заплащане от трета страна чрез бюджет и заплата в интегрираните организации.

Процесът на доставяне и финансиране на здравните услуги може да бъде сведен до трансфер и обмен на ресурси:

- доставчиците трансферират здравни ресурси към пациентите
- пациентите директно или съвместно с „третата страна“ - трансферират финансови ресурси към доставчиците.

Въздействие на финансирането върху здравните резултати



Начини на заплащане и стимули, породени от тях

Начин на заплащане	Заплата	Капитация	Заплащане за случай (прегледан пациент)	Заплащане за извършена дейност
Породени стимули	Занижено предлагане (по-малко услуги); Пренаасочване (направления)	Включване на здрави хора, Занижено предлагане (по-малко услуги); Пренаасочване	Избор на по-леки случаи; Намалява броят на извършени дейности	Увеличение на броя извършени дейности

РЕГУЛАЦИЯ НА ИЗВЪРШВАНИТЕ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ



СЪЩЕСТВУВАТ 5 ОСНОВНИ ФОРМИ НА РЕГУЛИРАЩО УПРАВЛЕНИЕ

- Държавата през 21 век все по-малко "дърпа или тегли" и все повече "насочва", като не поема всяка работа, а само посочва целта и създава условия за нейното постигане.
- Вместо командното управление и лозунга "заповядам и проверявам" имаме регулиращо управление с лозунга "насочвам и помагам".
- Държавата осигурява на гражданите достъп до едни или други блага, но не ги предоставя, а вместо това създава старателно регулиран пазар.

ФОРМИ НА РЕГУЛИРАНЕ

- Децентрализация – предаване на управлението от централното правителство към независими правителствени органи, към органите на местно равнище или към осигурителните учреждения.
- Задължително саморегулиране – система, при която ръководители или компании определят строги правила за работа
- Акредитиране и лицензиране
- Независими регулиращи органи Като пример може да се приведе френската Национална агенция по акредитация и оценка в здравеопазването.
- Междусекторно сътрудничество – решаване задачите на здравеопазването с помощта на други отрасли.

Целите на регулирането се постигат при правилно съчетаване на средствата

- Първата група средства е насочена към засилване на предприемачеството чрез поощряване на конкуренцията, като се използват следните мерки:
 - замяна на постоянната по размер заплата със заплащане съобразно резултатите от извършената работа;
 - болниците задържат за себе си част от печалбата;
 - предоставяне на субсидии или данъчни облекчения за медицински учреждения, оказващи профилактик. помощ;
 - ЛЗ могат да предлагат и платена медицинска помощ;
 - болните сами избират лечебното заведение.

Целите на регулирането

- Втората група средства се използва в случаите, когато е необходимо, от една страна, да продължи развитието на предприемачеството, а от друга – да се отстранят отрицателните последици от него:
 - да се установят минималните изисквания за обем и качество на медицинската помощ (лицензиране).
 - да се забрани отсяването от медицинското учреждение на "неизгодни" болни;
 - да се задължат фондовете за медицинско осигуряване да обслужват всички желаещи.

Целите на регулирането

- Третата група средства е насочена към осигуряване защитата на обществените интереси, дори това да е във вреда на развитието на предприемачеството:
 - определяне минималната продължителност на времето за преглед в извънболничните и болничните структури;
 - определяне на максималното време в изчакване за преглед/прием;
 - контролиране качеството на медицинското оборудване;
 - въвеждане на задължителни схеми и ръководства за профилактика и лечение;
 - контрол върху качеството на медицинската помощ (стандарт).
- Към тази група мерки може да се отнесе ограничаване на рекламата на лекарствени средства и разпространяване на обективна информация за различните видове медицинска помощ.

Фондовете могат да споделят финансовия риск сред населението, чрез:

- Приспособяване към риска (risk adjustment) - разпределяне на финансови средства според рисковия профил на населението.
- При конкурентни социално осигурителни системи, регулирането на риска се изразява в предотвратяване на „обирането на каймака“ (cream skimming), (no van de Ven и Oliver).
- В рамките на финансирано от данъците здравеопазване (Националните здравни служби във Великобритания), методите за приспособяване към риска на глава от населението, произтичат от грижата да се осигури равен достъп, чрез осигуряване на честно разпределение на ресурсите между териториалните здравни власти, базирано на здравните потребности на населението.

Целите на регулирането

- Твърде бързото и масово въвеждане на частната практика води до рязко изостряща се конкуренция и принуждава лекарите да пренебрегват нормите на професионалната етика.
- За да се поддържа равновесието между обществените и личните интереси, приватизацията трябва да се започва, например, със селекцията на неговляма група висококвалифицирани лекари, които получават определена самостоятелност в рамките на системата на здравеопазване.
- За укрепване на професионалната етика способства въвеждането на програми за допълнително обучение, както и разработване на съответни ръководства и правила.
- След като тези програми дадат резултат, може да се премине към следващия етап - предоставяне на пълна самостоятелност на лекарите.

На какво учи опитът в регулирането?

– Регулирайте обмислено, въз основа на дългосрочен план

- регулирането е част от стратегическото планиране;
- регулирането не е цел, а средство;
- регулирането трябва да способства решаването на основните задачи на социалната и икономическа политика;
- регулирането не е еднократен акт, а постоянна работа.
- Регулирайте комплексно
- регулирането означава едновременно решаване на множество задачи;
- регулирането трябва да отговаря на условията на съответната система на здравеопазване;
- регулирането изисква гъвкаво държавно управление.
- Доверявай се, но проверявай
- саморегулирането изисква системно наблюдение и външен контрол.
- промените да се извършват постепенно;
- мерките за регулиране не трябва да закъсняват след бързо развиващото се предприемачество.

ВЪВЕЖДАНЕ НА НАДЗОР НА ОСИГУРИТЕЛНИТЕ ОПЕРАЦИИ

- В ЕС съществуват два модела на надзор:

• Материална регулация.

Тя е основана на разбирането, че ако над доброволните осигурителни дружества се осигурява достатъчен контрол по отношение на вида на осигурителната дейност и на размера на осигурителните премии, няма да има случаи на изпадане в несъстоятелност.

• Финансова регулация.

Тя е ограничена до детайлна проверка на финансовата възвращаемост за извършената медицинска дейност.

Създаване на „Кошници“ за публичните споразумения

- Кои от услугите трябва да бъдат заплащани и кои не?
- Скандинавските страни разработиха критерии, с помощта на които да се вземат по-обективни решения за кошницата (за здравните приоритети):
 - Необходимо ли е избраното лечение за посоченото заболяване?
 - Действа ли ефективно лечението?
 - По-добро ли е от алтернативните способи за същото заболяване?
 - Могат ли повечето пациенти сами да заплащат лечението?
- Предизвиква се публичен дебат. Напр. „in vitro оплодяването“ необходимо ли е за нацията?
- Жените трябва ли сами да заплащат противозачатъчните средства и кои жени трябва да бъдат протектирани от държавата?
- Приемат се решения подкрепени от МБД, а не решения взети под натиска на политическо лоби.

Европейски съюз - ДЪРЖАВАТА И ПАЗАРЪТ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

- ЕС оценява нееднозначно ползата и вредата от пазарната конкуренция в здравеопазването.
- Пазарната конкуренция не изисква по-малко регулиране, а друго законодателство.
- Целта на регулирането е да може всяко решение да е съобразено с интересите на обществото.

ДЪРЖАВАТА И ПАЗАРЪТ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

- Пазарната икономика създава блага, а пазарната медицина изразходва ресурси.
- Хроничният финансов недоимък води до влошаване на равния достъп и до влошаване качеството на медицинските услуги.

Държавата и пазарът в здравеопазването

- Поддържането на минимални здравни стандарти за цялото население спомага за намаляване на риска от разпространение на инфекции (социална справедливост).
- Смесеният социално-пазарен модел се оценява като най-ефикасен за реформиране на системите на здравеопазване
- В момента се обсъждат вариантите за централизация на здравно-осигурителните институции, заради по-големите възможности за финансово управление, предоставянето на по-качествени здравни услуги и осъществяване на по-стриктен контрол върху изразходването на средствата. 2004, СЗО.

БЪДЕЩЕТО



ПАРТНЬОРСТВО ЗА ЗДРАВЕ

- Подобряване взаимодействията между страните-членки и здравните им системи.
- Установяване на диалог между институциите, отговорни за развитие на здравеопазването и координация в интерес на пациента.
- Универсално базово здравно осигуряване, което постепенно намалява за сметка на частното здравно осигуряване, което увеличава своето значение и принос.
- Необходима е солидна рамка за всички здравни системи със социален баланс, повече свобода на избор между публичните и частните осигурителни дружества и частично финансиране на системата.

Съществуват **два** главни източника на финасиране на здравеопазването

- Доброволно (частно);
- Задължително (обществено)

В системата на здравно осигуряване функционират **три основни групи участници**:

- населението (потребителите на здравни услуги);
- изпълнителите (доставчиците) на здравни услуги и
- посредника (осигурителите на здравни услуги).

Тенденцията е всеки потребител в системата за здравно осигуряване сам да решава този въпрос на основата на личен договор със системата, което обаче изисква висока здравноосигурителна култура.

Какво е съотношението при различните видове здравно осигуряване в Европа?



СВЕТОВНИЯТ ОПИТ ПОКАЗВА, ЧЕ ИЗБРАНИЯ МОДЕЛ НА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ ТРЯБВА ДА ОТГОВАРЯ НА:

- Нивото на икономическото развитие на страната
- Нивото на обществен морал
- Политическата ангажираност към здравните проблеми
- Проиграни в световната практика модели

За това шанс за България е гъвкаво да внедри специфична за страната система за здравно осигуряване, в която да е интегриран нашия опит с този на развитите европейски държави.

ПОСЛЕДИЦИТЕ

- Какво трябва да бъде решението: икономическо, етично или комбинация от двете?

ТОВА Е ОТГОВОРНО РЕШЕНИЕ
НА УПРАВЛЯВАЩИТЕ,
ВЪЗ ОСНОВА НА ЗАДЪЛБОЧЕНИ
И ПРОСТРАННИ
ЕКСПЕРТНИ ДИСКУСИИ,
БАЗИРАНИ НА ДОКАЗАТЕЛСТВА.

