

## ЕВРОПЕЙСКИ КОНТЕКСТ НА БЪЛГАРСКОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В УСЛОВИЯТА НА КРИЗА

ПРОФ. Д-Р СТЕФАН ГЛАДИЛОВ, ДМ

/АДЕКВАТНИ ЛИ СА ПРОМЕНЕТЕ, ПРЕДЛОЖЕНИ С МОДЕЛА "ПЪРВАНОВА"/



## Въведение

- ❖ Здравноосигурителните системи по света са обект на постоянно развитие и промяна.
- ❖ Тези процеси са продиктувани от стремежа на обществото към постигане на стабилност, устойчивост, високо качество и ефективност в здравеопазването.
- ❖ Въпреки че са изправени пред трудности от различен характер, повечето държави поставят приоритет във финансирането върху здравноосигурителната система, защото осъзнават значението на сектора здравеопазване за развитието на цялото общество и за неговото бъдеще.

## Общи характеристики

Разнообразието от модели на здравно осигуряване в развитите страни е значително, но въпреки това се открояват някои общи тенденции и особености в развитието на системите:

- ❖ Предефиниране на принципите на солидарност и справедливост в здравеопазването;
- ❖ Концентрация не само върху размера на финансовите ресурси, а върху тяхната ефективност и ефикасност;
- ❖ Въвеждане на реални пазарни отношения на всички равнища в системата на здравеопазването;
- ❖ Фокусиране на системата върху пациента и неговите специфични нужди и изисквания за получаване на качествени и адекватни здравни грижи;

## Финансиране

- ❖ В повечето Европейски страни съществува смесица от източници на финансиране.
- ❖ Въпреки това сравнително ясно могат да се открият два модела на финансиране:
  - на социално здравно осигуряване от една страна и
  - на национална здравна служба от друга.

Тези системи в най-голяма степен отговарят на нуждите и възможностите на пациентите.

## Разходи за здравеопазване в различните видове системи на финансиране

Държава	Разходи за здравеопазване като % от БВП			
	1990 година	1995 година	2000 година	2005 година
<b>Страни със системи на социално здравно осигуряване (висок параметър)</b>				
Швейцария	8.5	10.0	10.7	10.6
Германия	8.5	10.6	10.6	10.6
Франция	8.6	9.5	9.3	9.2
Холандия	8.0	8.4	8.6	8.6
Средно	7.7	8.7	8.7	8.7
<b>Страни с национална здравна служба (нисък параметър)</b>				
Швеция	8.2	8.1	8.4	8.4
Дания	8.5	8.2	8.3	8.3
Италия	8.0	7.4	8.2	8.1
Испания	6.7	7.6	7.5	7.4
Ирландия	6.1	6.8	6.4	6.3
Великобритания	6.0	7.0	7.3	7.3
Средно	7.3	7.8	7.9	7.9

Източници: OECD (2006); WHO (2006)

## Принципни подходи на социалното здравно осигуряване в Европейските страни

- ❖ Принципът на солидарността не цели само да предпази индивида от неблагоприятие, но и да го предпази от финансови проблеми при появата на непредвидени значителни здравни разходи.
- ❖ Легитимация на диверсификацията на потребностите и предпочитанията сред индивидите.
- ❖ Солидарността не означава егалитаризъм.
- ❖ Стремехът да се постигне абсолютно равенство от гледна точка на ползването на здравните услуги означава да се отхвърли обективно съществуващата разлика в индивидуалните предпочитания и различия.

## Принципни подходи на социалното здравно осигуряване в Европейските страни

- ❖ Намаляване на вседесъщия държавен контрол и увеличаване на усилията за постигане на ефективност.
- ❖ Професионалистите в здравната система са единствените с достатъчни знания за нуждите от здравни грижи, така че да са в състояние да постигнат ефект чрез политика на продуктивност и конкурентноспособност.
- ❖ Необходимост от дисциплиниране на пазара на здравни услуги.

## Регулиращи механизми

- За да не се допусне нарушаване на принципа на солидарността, в много здравноосигурителни системи са въведени регулиращи механизми, основните сред които са:
- ❖ Свободно записване – здравните фондове са задължени да приемат всички желаещи да се осигуряват;
  - ❖ Задължително договаряне с всички доставчици, предложили своите услуги, с цел осигуряване на равенство и равен достъп на всички доставчици на здравни услуги и съответно конкуренция между тях;
  - ❖ Еднакъв размер на здравната вноска – за осигуряване на равенство във финансирането;

### Регулиращи механизми

- ❖ Еднакъв основен пакет на здравните услуги – за осигуряване на равенство в ползите;
- ❖ Задължително здравно осигуряване на голяма част или на всички граждани. В противен случай не се спазва принципът на солидарността, защото няма кръстосано субсидиране от богатите към бедните и от здравите към болните;
- ❖ Механизми за разпределение на риска – за да се попречи на отделни осигурители да поемат непропорционална част от риска или да прилагат скрити форми на неблагоприятна селекция.

### Социално-икономически реалности 2009

Заплахата от световна икономическа криза, която с всеки изминал ден става все по-реална, финансовата криза в Исландия, икономическите затруднения в Германия, Латвия и появата на рецесия в някои западно-европейски икономики /Великобритания/ изострят необходимостта от ограничаване на разходите за социални дейности в т.ч. и за здравеопазване, както и за тяхното по-ефективно и ефикасно изразходване.

Тези проблеми оказват влияние и на българската икономика.

### Модела “Първанова”

На фона на посочената по-горе проблематика е предложен модел за промяна на системата на здравното осигуряване в Р. България /модел “Първанова”/, който включва:

- ❖ Смяна на предмета на дейност на фондовете за доброволно здравно осигуряване и вида на лиценз за нейното осъществяване;
- ❖ Задаване на високи финансови параметри, ограничаващи свободното предприемачество;
- ❖ Въвеждане на стандартни общи условия за застрахователна дейност, нови особени и редица специални условия, характерни за застраховането;

### Модела “Първанова”

- ❖ Усложняване регулацията на информационен обмен, заради специфичната здравна информация;
- ❖ Създаване на допълнителни административни институции, многократно усложняващи и забавящи процеса на управление: солидарен здравен фонд за управление на риска; здравен обезпечителен фонд; национален здравен информационен център;
- ❖ Дефиниране на нови и необичайни за застрахователната дейност понятия в списъка от дефиниции на Кодекса за застраховането;
- ❖ Нереални срокове, съчетани с едновременно не-реално изпълнение на множество дейности, в процеса на осъществяване на промените и т.н.

### Неприложимост на модела “Първанова”

Приложението на този модел в България е оспоримо по следните причини:

- ❖ Нарушена е цялата философия на здравното осигуряване, което покрива цялата потребност от медицинска помощ за пациента включително и профилактиката;
- ❖ Нарушава се нормативната уредба на здравното осигуряване, като задължителното здравно осигуряване се осъществява по ЗЗО, а доброволното здравно осигуряване от Кодекса за застраховане;
- ❖ Опорочава се принципът на солидарността, възприет в основната част от страните членки на Обединена Европа;

### Неприложимост на модела “Първанова”

- ❖ Предложеният модел толерира големите застрахователни дружества, които са чуждестранна собственост и поставя в неизгодно положение ДЗОФ, които са предимно български. В случай на задълбочаване на икономическата криза, това поставя под угроза осигуровките на българските граждани за лечение;
- ❖ Предложената промяна в навечерието на парламентарните избори, ако бъде осъществена, би поставила новоизбраното правителство в положение без право на избор;
- ❖ Осъществяване на промяна в социалната дейност като здравеопазването, която е болезнено актуална за всеки гражданин, не е препоръчително в началото на икономическа криза, чийто обхват и обем на този етап не могат да бъдат предвидени.

### Заклучение

Изложените по горе съображения са достатъчно убедителни мотиви предложението от екипа на д-р Първанова модел да бъде оценен като

- самоцелен,
- защитаващ корпоративни интереси,
- не въвеждащ пазарен модел в здравеопазването,
- не отговарящ на съвременните изисквания за ефективно здравеопазване.