

## ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

Диана Съботинова  
Бургаски свободен университет, Бургас

### Резюме

Различните нации имат различно историческо развитие, културни и политически особености, което води до изграждането на доста различни институционални модели на финансиране и предоставяне на здравни услуги. Разнообразието на съществуващите здравноосигурителни системи поставя въпроси относно предимствата и недостатъците на различните модели. През последното десетилетие загрижеността относно бъдещето на здравното осигуряване нарасна и бяха предприети реформи за подобряване на работата на здравноосигурителните системи. В този доклад се опитваме да дадем отговор на въпроса кой е най-добрият модел на здравно осигуряване днес.

**Ключови думи:** здравноосигурителни системи, модел на Бевъридж, модел на Бисмарк.

**Key words:** health care systems, the Beveridge model, the Bismarck model.

### 1. Исторически преглед

Исторически, здравното осигуряване се развива като начин за разрешаване на проблемите за запазване на доходите, в случай на заболяване, и много по-късно за осигуряване получаването на приемливи по стандарт здравни грижи. Тази схема е развита в началото на XIX век и е обхващала по-добре квалифицираните работници и не много бедните фермери. Тези групи са имали ниски доходи, които не са им позволявали да плащат на частните лекари за здравните услуги в случай на заболяване и не са имали възможност да използват болничните услуги (обществени или частни), които са приемали пациентите на тези лекари. Същината на създаващото се здравно осигуряване е в плащането на седмична или месечна вноска за осигуряване, когато си в добро здравно състояние (съпроводена със съучастието на работодателя в някои страни), за да имаш правото на здравна услуга, когато си болен, осигурена от приемлив, финансово и като качество, предоставящ тази услуга, на базата на специално договорени ниски цени, които осигурителят може да постигне, превръщайки се в голям купувач на услуги, от името на своите членове. Споделянето на риска (солидарността) прави възможно получаването на тази здравна услуга.

Някои фондове са създадени от работодателите, но повечето са образувани от групи работещи, като и едните, и другите са основани на базата на местожителството. Споделянето (ранжирането) на риска е позволило покриването на големи групи, което дава възможност за включването на вече болни индивиди, които иначе биха били отхвърлени, като членове на тези фондове. Поради разширяването на сис-

темата са създадени възможности за допълнително договаряне с предоставящите здравните услуги и за намаляване на цените, а развитието на конкуренцията между тях, както и въвеждането на система на договаряне с лимитиран (определен) брой от тях, ги принуждава да приемат по-ниските цени.

Задължителното здравно осигуряване е създадено в Германия през 1883 г. То е има предимство поради това, че работодателите вече са задължени да участват в него, което позволява и на групи от хора с ниски доходи да бъдат включени в схемата. Постепенното му разширяване позволява в схемата на осигуряване да бъдат включени и семействата на работещите. Разпределението (споделянето) на риска е идеологията на развитието на социалната сигурност – индивидите плащат на базата на своите доходи и осигуряват своите и на членовете на семействата си здравни потребности, независимо от риска или броя на членовете на семейството.

След развитието на социалната схема на осигуряване пред здравната политика се изправя проблемът за разширяване правото на здравни грижи и покритието със здравно осигуряване на самонаетите (работещите самостоятелно занаятчии, свободни професии, фермери), повечето от които имат много ниски доходи, както и на безработните. Едно от възможните решения е субсидирането на обществените болници, както е било в Швеция. Друго решение е да се изведат болниците от осигурителната схема и да оставят болничните услуги на доброволни организации, както е било във Великобритания. Третото възможно решение е било да се накарат други фондове кръстосано

да субсидират хората с ниски доходи (например субсидиране на здравноосигурителните схеми от пенсионните фондове). Четвърто решение е било да се субсидират всички задължителни здравноосигурителни фондове с обществени средства или тези фондове, които осигуряват тези групи лица.

Крайният стадий на развитие на здравното осигуряване е осигуряването и достъпът до здравни услуги на всички, които имат определени потребности. Великобритания създава precedent през 1948 г., когато държавата поема всички фондове и осигурява гражданите си на базата на плащаните от тях данъци и такси. Швеция и Япония я последват през 1960 г., Канада през 1970 г., Италия, Португалия, Испания и Южна Корея през 1980 г. и Тайван през 1994 г., като обхващат всички или големи групи от гражданите си в задължителните осигурителни схеми.

## 2. Здравноосигурителни схеми

Здравноосигурителните модели са свързани с взаимоотношенията т. нар. триъгълник на здравните грижи. В него основни участници са гражданите (потребителите), предоставящите здравните услуги и осигурителите (купувачите на здравните услуги).

Моделите на здравно осигуряване зависят от взаимоотношенията между гражданите и осигурителите, както и от вида на осигурителя. На базата на тези взаимоотношения, както и от формата на собственост, здравноосигурителните модели могат да бъдат разделени и класифицирани по следния начин:

- според характера на осигуряването – задължително и доброволно;
- според вида собственост на осигурителя – публично и частно;
- според формите на споделяне на риска – солидарно (споделян риск и разпределение по равно на всички) и основано на риска (застрахователен принцип);
- според видовете осигурителни вноски – данъци и такси; осигурителни вноски, базирани на дохода; осигурителни вноски, базирани на риска; спестовни осигурителни вноски; застрахователни вноски; директни (кешови) плащания от страна на пациента.

### 2.1. Социално здравно осигуряване

Социалното здравно осигуряване не е свързано с риска, там има споделяне на риска (со-

лидарност) и формите на плащане към осигурителите се основават на доходите на гражданите. Често в него участие вземат и работодателите. За премахване влиянието на риска и осигуряване на солидарността, участие вземат и други социални фондове или държавата чрез субсидиране. Социалното здравно осигуряване се характеризира със задължителен характер; солидарност; плащания, базирани на доходите; публичен характер на осигурителя, контролиран от осигурените, работодателите и държавата; споделяне на вноските между работещи и работодатели; съучастие на държавата.

### 2.2. Частно здравно осигуряване

Частното здравно осигуряване се основава на принципа на свободния пазар. Неолибералната икономическа теория твърди, че пазарът може оптимално да разпредели ресурсите в здравната система. Но това се основава на допускането, че може да има съвършена конкуренция. В здравеопазването, където има специфични регулации и пазарни ограничения, това е невъзможно. Следователно един нерегулиран, основан на свободната конкуренция здравноосигурителен пазар, не може да работи ефективно поради следните причини:

- индивидите не са достатъчно добре информирани относно здравето си и могат да бъдат селектирани от осигурителя (неблагоприятна селекция);
- влошеното здраве е твърде вероятно при хора с предразположения, наследствени фактори, хронични заболявания, при възрастни хора, което ги превръща в „неосигуряеми“;
- осигурителите нямат информация относно сегашния или бъдещ здравен статус на индивидите, което прави изчисляването на риска и бъдещите претенции трудни за калкулиране на премиите (вноските);
- веднъж осигурен, индивидът може да започне да води нездравословен и рисков начин на живот или да увеличи потребностите си от услуги (морален риск). Този риск често е изключен при частното здравно осигуряване по време на сключването на договора;
- вероятността от заболяване не винаги зависи от индивида поради това, че има заболявания, които се предават (инфекциозни).

Една от формите на частно здравно осигуряване са т. нар. медицински спестовни сметки. Тази форма се развива успешно в някои страни на Азия (Сингапур) и Америка. Индивидите правят спестовни влогове за здраве, като при сключването на договорите с банките (осигурителите) могат да договарят обема на средствата, които ще ползват. Тези сметки се олихвяват и се наследяват.

### 2.3. Доброволно здравно осигуряване

За доброволното здравно осигуряване в литературата има различни класификации, които го подреждат между осигуряването, което дублира задължителното социално и това, което е свързано с най-разширените средства за социална сигурност на групи от населението. Други го свързват с различни животозастрахователни схеми. В контекста на разбирането, възприето от Европейския съюз, доброволното здравно осигуряване е акуратно да бъде класифицирано според това, доколко то замества задължителното, доколко осигурява допълнително покритие за услугите, които са изключени или не са напълно покрити от държавата или социалното осигуряване, или доколко осигурява допълнително покритие за по-бърз достъп и повишаване на избора на пациентите. Трябва да се отбележи, че разликата между доброволно и допълнително осигуряване не е винаги много ясна и може да има значително смесване между тях.

Във връзка с горното определение могат да бъдат разграничени следните видове доброволно здравно осигуряване:

- заместващо доброволно здравно осигуряване – замества задължителното;
- допълнително доброволно здравно осигуряване – осигурява здравни услуги, които не са включени в основния пакет на задължителното и не са напълно финансирани (напр. стоматологични услуги);
- допълващо доброволно здравно осигуряване – за осигуряване на по-бърз достъп, по-голям избор на пациента.

През последните години по подобие на пенсионното осигуряване се заговори за „стълбов“ модел, което означава, че осигуряването се крепи на един, два или три стълба, които определят и неговия характер. Стълбовете на здравното осигуряване са:

- първи стълб – задължително (социално) здравно осигуряване;

- втори стълб – допълнително задължително здравно осигуряване;
- трети стълб – допълнително доброволно здравно осигуряване.

#### 2.3.1. Двустълбов модел на здравно осигуряване

Двустълбовата система се състои от задължително и доброволно здравно осигуряване:

- задължително здравно осигуряване, осъществявано от НЗОК на базата на пълна солидарност, като размерът на осигурителната вноска зависи от дохода на осигуреното лице; осигурените ползват при нужда услуги от минималния пакет на НЗОК;
- доброволно здравно осигуряване, осъществявано от ЗОД на базата на ограничената солидарност, като всеки може доброволно да се осигури за избран от него пакет от услуги, който ползва в случай на нужда.

Между задължителния първи стълб на здравното осигуряване (в лицето на НЗОК) и доброволния втори стълб (допълнително здравно осигуряване – в лицето на фондовете за доброволно осигуряване) има следните основни различия:

1. Здравноосигурителна защита (пакет от услуги). Осигурителната защита, предоставяна от НЗОК, е еднаква за всички граждани. Съществува само един минимален пакет от услуги. Дружествата за допълнително здравно осигуряване имат право да предлагат всички или отделни пакети от услуги, дори и такива, които са предлагани от НЗОК.
2. Размер на вноските. Вноските за задължителното здравно осигуряване зависят от дохода, като е определен максимален размер. Покритията, предлагани от доброволното здравно осигуряване не зависят от дохода на осигуреното лице: премията, дължима на дружествата за допълнително здравно осигуряване за определен пакет от услуги не зависи от дохода на клиента.
3. Покритие. Покритието на НЗОК е задължително, докато покритието при всички форми на допълнително здравно осигуряване, понастоящем предлагани в България, е доброволно.
4. Задължителното здравно осигуряване се основава на разходопокривния модел

(бърза ликвидност на набраните средства). Допълнителното здравно осигуряване има елементи на индивидуална вноска със спестовен характер.

### *2.3.2. Двустълбов модел с възможност за излизане от задължителната система*

Този модел е свързан с правото на лицата да закупуват комплексни доброволни здравни осигуровки (които заместват покритието на социалното – НЗОК) за сметка на намаляване на размера на задължителната осигурителна вноска към социалното (НЗОК).

Този двустълбов модел се състои от:

- задължително здравно осигуряване, осъществявано от обществени фондове (НЗОК) на базата на пълна солидарност, като размерът на осигурителната вноска зависи от дохода на осигуреното лице; осигурените ползват при нужда услуги (всички или някои) от основния пакет на социалното осигуряване (НЗОК);
- заместващо здравно осигуряване, при което лица с приходи над дадено ниво могат да се осигурят изцяло в ДДЗО, като спрат да бъдат покривани от основния пакет на социалното (НЗОК), но продължат да плащат макар и редуцирана вноска за задължително здравно осигуряване (ЗЗО).

Действително, закупуването на комплексно здравно осигуряване на доброволна основа ще е по-привлекателно за онези, които имат възможност да си го позволят, ако те бъдат освободени да плащат поне частично обвързаната с дохода осигурителна вноска на задължителното (НЗОК). Но не трябва да се забравя, че финансовата стабилност на задължителното социално осигуряване (НЗОК) се базира на финансовото участие на цялото работещо население.

Ако тези, които имат средства да си закупят пълни здравни осигуровки на доброволни начала, имат право напълно да бъдат изключени от плащане към задължителното здравно осигуряване (НЗОК), това би довело до:

- увеличаване потреблението на здравни услуги от социалното здравно осигуряване (НЗОК) на осигурено лице, тъй като бедните и възрастните, които като цяло се нуждаят от повече грижи, ще съставляват по-голямата част от осигурените;
- намаляване на приходите на задължителното социално осигуряване (НЗОК), тъй като държавните субсидии за соци-

ално слабите и пенсионерите са значително по-малки от средните вноски на работещото население и далеч по-малки от размера на максималните вноски, които плащат лицата с високи доходи.

Следователно, задължителното социално осигуряване (НЗОК) ще бъде изправено пред финансов дефицит, освен ако държавата не увеличи плащанията си. Ако се възприеме такъв модел не е разумно да бъде предоставяна възможност за пълни излизане от системата, с оглед на запазване принципа на солидарност и финансова стабилност на социалното здравно осигуряване (НЗОК), както и на ограничаване на вноските от страна на държавата. И докато пълното излизане от системата е неприемливо поради вероятността от нарушаване на стабилността на системата, както и на нейния социален характер, то в случай че бъдат спазени някои условия, частичното излизане (като остава ангажиментът да бъде заплатена поне част от задължителната здравноосигурителна вноска към (НЗОК) може да се окаже целесъобразно и приемливо, тъй като онези, които излизат от системата на задължителното здравно осигуряване, няма да използват пакета на НЗОК и като резултат във фонда ще се натрупват спестявания.

Този модел ще бъде сравнително приемлив за една малка част от населението с високи доходи, тъй като намаляването на размера на задължителната здравноосигурителна вноска за онези лица, които излизат от задължителната система (финансов стимул) ще доведе до по-голям интерес към закупуването на доброволни осигуровки, като ефективно ще намали цената им.

### *2.3.3. Тристълбов модел на здравно осигуряване*

Тристълбовата система се състои от задължително, задължително допълнително и доброволно здравно осигуряване:

- задължително здравно осигуряване, осъществявано от НЗОК на базата на пълна солидарност, като размерът на осигурителната вноска зависи от дохода на осигуреното лице; всеки, който има нужда, ползва необходимите услуги от минималния пакет на НЗОК;
- задължително допълнително осигуряване, осъществявано от ДДЗО на базата на частичната солидарност, като всеки се осигурява според доходите си или срещу

определена сума, като ползва услугите, ако има нужда, но не са включени в минималния пакет;

- доброволно здравно осигуряване, осъществявано от ДДЗО на базата на ограничена солидарност, като всеки може доброволно да се осигури за избран от него пакет от услуги, който ползва в случай на нужда.

Включването на заинтересованите лица и закупуване на покрития за частно здравно осигуряване изисква свиване на основния (задължителен) пакет на здравните услуги, осигурявани от НЗОК. Услугите, извадени от задължителния пакет, могат да влязат в обхвата на новия втори стълб, който да бъде покрит от избраното лицензирано ДДЗО. Покритието от втория стълб ще бъде задължително за всички, с изключение на онези категории лица, за които държавата ще продължи да отговаря.

Функционирането на тристълбовата система на здравно осигуряване е свързано с редица предизвикателства, свързани с:

- взаимното субсидиране и солидарността – финансовата стабилност на задължителното социално здравно осигуряване (НЗОК), предвид отговорността за предоставяне на определени услуги на защитената част от населението, ще изисква увеличаване на плащанията от страна на защитеното население или осигурителните институции ще трябва да субсидират НЗОК със средства, набрани от вноските на осигурени в тях лица;
- координирането на пакета от услуги между осигурителните стълбове – при съществуващите трудности, свързани с информационните потоци и взаимодействия между различните институции, възниква въпросът как изпълнителите на медицински услуги, с които има ключови договори ще се ориентират къде следва да изпратят сметката за определена услуга – на НЗОК или на частна осигурителна институция? Опитът от пенсионната реформа помогна да се създаде механизъм за правилно насочване на вноските в съответните пенсионни фондове и да се избегне възможността, при която хората се записват в повече от един фонд. При здравното осигуряване този проблем е далеч по-сериозен, тъй като осигурително събитие може да настъпи веднага, а не след

десет или двадесет години, а изпълнителите на здравните услуги са много и разнообразни;

- икономия от мащаба – всяко допълнително усложняване на системата на здравно осигуряване увеличава административните разходи и най-малкото повърхностно и първоначално, намалява прозрачността от гледна точка на потребителя/платеца, тъй като отговорностите във всеки един стълб могат да не бъдат ясни. От друга страна, конкуренцията между отделните осигурителни институции може да увеличи възможностите за нововъведения в предлаганите пакети услуги в новия втори стълб на осигуряване;
- задължително или доброволно участие – ако закупуването на покритието, предлагано от новия втори стълб на осигуряване допълва пакета от услуги, който се покрива от НЗОК стане задължително, ще бъдат увеличени общите разходи на потребителите.

Функционирането на такъв тип здравно осигуряване изисква да се помисли и по следните въпроси:

- изключване на възможността за селектиране на риска – дружествата не трябва да имат право да отказват сключване на договори по задължителното допълнително осигуряване;
- защитни механизми – диверсификацията на риска да се осъществява чрез въвеждане на съответните финансови, организационни и други изисквания към ДДЗО, както и въвеждането на изискването за минимален брой осигурени;
- информираността на населението – въвеждане на завишени изисквания по отношение на рекламата и обективността и пълнотата на информацията по договорите, предлагани от ДДЗО, особено в периода на първоначалния избор на фонд;
- времевия хоризонт на реализиране на модела – за реализирането на този модел е необходима основна промяна в Закона за здравното осигуряване или приемане на нов Кодекс на здравното осигуряване, на подзаконовата нормативна база, синхронизация на Националния рамков договор и финансовите разчети по макрорамката, както и време за

пререгистрация и регистрация на здравноосигурителните дружества и за кампания за набиране на осигурени. По тази причина законът трябва да бъде приет най-малко осем месеца преди старта на системата;

- законодателни промени – освен законодателно въвеждане на този модел чрез закон, кодекс или други, е необходимо преосмислянето и съгласуването му със Закона за лечебните заведения и Законите за съсловните организации. Необходимо е да се даде отговор на въпроса за мястото и ролята на съсловните, професионалните и синдикалните организации;
- развитие на договорната система – въвеждане на контролни механизми – акредитация, стандарти, лицензиране, диагностично-свързани групи и т. н.;
- въвеждане на механизми за избягване на възможностите за изключване на определени рискови групи или лица от схемата на втория стълб.

#### 2.3.4. Смесени модели

В търсенето на най-адекватни форми за развитие на здравноосигурителните модели в различни страни са разработени и смесени модели на здравно осигуряване, които имат своите особености. В Азия (Сингапур) и Америка са приложени модели, които обединяват в себе си елементи на осигуряване и застраховане (медицински спестовни сметки – спестовни влогове за здраве, които се наследяват).

В Европа (Холандия, Германия) и Израел, поради развитието на пазарна ориентация на социалноосигурителните системи на базата на възприетите либерални принципи, се разработват модели за по-активно включване на частни осигурители с обществени функции. Този т. нар. смесен социално-пазарен модел, за разлика от чисто либералните модели на частно здравно осигуряване, е свързан с прилагането на пазарни механизми, съчетани с регулация, осигуряваща солидарността и ограничаваща несправедливостта в осигуряването и достъпа до здравни услуги. Като пример може да бъде посочен въведеният през 1990 г. модел в Холандия, по-известен като „План Декер“, характеризиращ се с разработването и въвеждането на задължителен (гарантиран) пакет услуги за цялото население, но покрити от множество равнопоставени частни и социални здравнооси-

гурителни фондове. Основните характеристики на този модел са:

- осигурените лица плащат два вида осигурителни вноски – вноски с еднакъв процент от дохода, независещи от здравния риск и осигуряващи солидарността; фиксирани вноски, в зависимост от здравния риск и определени от всеки осигурителен фонд пазарен принцип. Осигурителните вноски от първия тип се натрупват в централен преразпределителен фонд, който извършва преразпределението към избраните фондове на базата на възрастовата структура на осигурените лица;
- задължително участие на всички граждани в осигуряването на гарантиран пакет здравни услуги;
- свободен избор на фонд от страна на осигурените лица за гарантиран пакет здравни услуги;
- независимост на финансирането от предоставянето на здравните услуги – договорна система;
- доброволно участие на осигурените лица в свободен конкурентен пазар за допълнително здравно осигуряване извън гарантирания пакет здравни услуги;
- свободна конкуренция между множество частни и обществени фондове; конкуренцията на фондовете е в размера на втората вноска по допълнителното осигуряване и по качеството на предоставяните услуги.

### 3. Практики в приложението на здравноосигурителните схеми

Здравноосигурителните системи на държавите от ЕС са се установили в резултат на специфични политически, исторически, културни и социално-икономически дадености. Това е причината за многобройните различия между тях. Чл. 29 от договора на ЕС изрично изключва хармонизирането на националните законодателства в областта на здравното осигуряване.

Като универсален принцип все пак може да се изтъкне взаимопомощта. В много от страните се преминава през различни етапи при търсене на решение на въпроса относно наличието на една или няколко здравноосигурителни институции. Общото е, че при първоначално решение за множественост на здравноосигурителните институции, сега се обсъждат варианти за централизацията им. Това е породено от по-

големите възможности на централизираните фондове да решават предимно финансовите си въпроси и да осигуряват по-качествено медицинско обслужване, съчетано с по-стриктен контрол върху изразходването на средствата. Множествеността на здравноосигурителните фондове се сочи като едно от предимствата на социално-пазарния модел в здравното осигуряване. Единственото условие за реализиране на подобно положение е достигането на определено ниво на икономическо развитие. При решаването на проблемите, свързани с икономическото развитие, нарастването на доходите и платежоспособността на населението и нарастването на финансовите възможности на самата държава е възможно да се създадат и успешно да функционират повече от една здравноосигурителни институции.

Най-ефективно работят здравноосигурителните системи, основани не само на пазарните принципи, а преди всичко на принципа на всеобщото преразпределение на риска. Здравноосигурителните системи в европейските страни се развиват паралелно с развитието на икономиките и обществата им.

От средата на 80<sup>-те</sup> години на ХХ век започват проучвания за намиране на най-верните пътища за провеждане на реформи в здравните системи на страните от Европейския съюз. Тези реформи имат своята специфика по отношение на реформата, провеждана у нас, която се изразява във факта, че те протичат в страни, които са решили своите базисни проблеми в здравеопазването и в достъпа до качествена здравна помощ и отделят около 8-11 на сто от БВП за нуждите на здравеопазването. Изхождайки от това, страните от ЕС определят главните направления на реформите в осигурителните си системи по следния начин:

- провеждане на по-успешна политика за съдържане и контрол върху разходите;
- глобализация на системите за здравно осигуряване;
- въвеждане на пазарни модели с държавно регулиране за по-справедливо разпределение на риска между осигурителните органи.

Политиката за съдържане на осигурителните разходи е свързана преди всичко с прилагането на контролни механизми по отношение на ценообразуването (например в Холандия и Ирландия се прилагат от 2 до 4 различни цени за заплащане на общопрактикуващите лекари, а в Германия се прилага тарифна система за заплащане на лекарите на свободна практика в рамките на ограничен лимит от средства).

От друга страна, разширява се политиката на поделение на разходите между осигурените лица, изразяваща се в по-голямото участие на гражданите и пациентите в плащането на услугите и потребителските такси в момента на консумацията.

Глобализацията на социалните здравноосигурителни системи тепърва ще поставя своите проблеми. Повод за това дават някои решения на Европейския съд по правата на човека по отношение на прилагането на правата на осигурени лица, произтичащи от фундаменталните принципи за свободно движение на хора, стоки и услуги в рамките на ЕС, които се сблъскват с рестриктивната политика на националните осигурителни фондове. Пазарната организация на осигурителните системи се препоръчва в съчетание с механизми за регулиране, които не ограничават солидарността и са насочени към премахване на несправедливостта в осигуряването и достъпа до здравна помощ. Този подход се определя като смесен социално-пазарен модел и се оценява като най-ефикасен за реформиране на системите на здравеопазването. Неговите преимущества се изразяват във:

- независимост на финансирането от предоставянето на здравни услуги;
- задължително участие на гражданите в осигуряването за гарантиран пакет от услуги;
- доброволно участие на гражданите в конкурентен пазар за покупка на допълнителни осигуровки извън този пакет;
- множество конкуриращи се фондове с частна и обществена собственост;
- личен избор на фонд за гарантиран пакет, като фондът следва да приеме всички желаещи;
- заплащане на два вида вноски от осигурените лица – с еднакъв процент от дохода за осигуряване на солидарността и фиксирани вноски в зависимост от здравния риск: на пазарен принцип;
- конкуренция на фондовете по размера на втората вноска, по допълнителните осигуровки и по качеството на осигуряване.

Западноевропейските страни през последните двадесет и пет години непрекъснато са реформирали своите здравни системи. Тези реформи имат някои общи черти, които биха могли да се групират в три основни категории:

Първо, страните се стремят да поставят разходите за здравеопазване в съответствие с наличните ресурси. С намаляването на темповете на икономически растеж през 80-те и 90-те години на XX век в сравнение с бурния растеж в периода след Втората световна война разходите за здравеопазване са имали тенденция да „изконсумират“ нарастващ дял от БВП. Поради това отделните страни са взели мерки да съдържат медицинските разходи в разумни граници, без да се прекратява предлагането на обслужване с високо качество, изисквано от населението.

Втората цел на тези реформи е била превръщането на здравеопазването в посправедлива система. Общопризнато е, че здравните грижи трябва да се предлагат в еднаква степен и че осигуряването на минимален пакет здравни услуги за цялото население има своите положителни последици. Въпреки всичко в редица държави достъпът до медицинска помощ продължава да е нееднакъв, което задълбочава социалните проблеми.

Трета цел е била подобряването на ефективността и качеството на предлаганите услуги посредством микроикономически реформи в сектора здравеопазване. Реформите се различават по вид в различните страни. Там, където се смята, че неефективността се дължи на отсъствието на конкуренция, са взети мерки за създаване на конкурентен натиск. От друга страна, където проблемът се свежда до свръхпредлагане на услуги, са взети мерки за въвеждане на стимули за изпълнителите.

Всички системи на здравно осигуряване в ЕС се опират върху разнородни източници на финансиране, които обаче – пряко или не – са под контрола на държавата. Делът на директните плащания (т. нар. co-payment) за извършени здравни услуги е с тенденция към известно нарастване. Причината затова са високите цени на медицинските услуги и недостигът на средства във фондовете (особено в страните от Централна и Източна Европа) за покриване на напавените разходи. При свободното движение на хора в рамките на Европейската общност целта на отделните държави е да се ограничи т. нар.

„здравен туризъм“, поради което с правните актове на ЕС са определени конкретни правила за предоставянето на медицински услуги на територията на Общността. Те са валидни за цялата територия на страните-членки на Европейския съюз и в държавите от Европейската икономическа общност. Задължителното и доброволното здравно осигуряване се управляват от здравноосигурителни каси или фондове, които са самоуправляващи се организации. Задачата им е да поемат разходи по здравеопазване за сметка на онази част от дохода на осигурените, която постъпва в тях под формата на вноски. Повечето данъчно финансирани здравни системи разполагат с единна държавна система на здравеопазване, в която здравните услуги се извършват с посредничеството на едно държавно ведомство. Това обаче не означава, че самата държава от свое име предлага здравни услуги и че медицинският персонал е в трудови правоотношения с нея. Единствено в Гърция и Португалия повечето лекари от извънболничната медицинска помощ са държавни служители.

Във всички страни от ЕС е обсъждан въпросът за създаване на единно държавно ведомство за здравно осигуряване, което да се разпорежда с ресурсите и да осигурява ползването на здравни услуги. Съществуват най-различни мнения по въпроса, но в нито една от страните няма чисто държавно здравно осигуряване. Дори се наблюдава тенденция към ограничаване на ролята на държавата, например във Великобритания и Италия. В първичната медицинска помощ лекарите по принцип са изпълнителите въз основа на договори.

#### Литература

1. Димитров, Г. *Здравно осигуряване (организация, практики, проблеми)*. ВУЗФ. С. 2009.
2. Салчев, П., Георгиева, Л. *Принципи и практики в здравното и пенсионно осигуряване*. Оптима-НМН. С. 2008.
3. Social Health Insurance Systems in Western Europe. [[www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98443/E84968.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98443/E84968.pdf)]. 19.01.2012].



## HEALTH CARE SYSTEMS IN THEORY AND PRACTICE

**Diana Sabotnova**  
**Burgas Free University, Burgas, Bulgaria**

### **Abstract**

Different nations, with different histories, cultures and political experience, have long since constructed quite different institutional arrangements for funding and delivering health care services. The diversity of health systems configurations that has developed leads to questions about the advantages and disadvantages inherent in different arrangements. The concerns have intensified over the last decade as policy makers have sought to improve health system performance through a wide wave of health system reforms. In this paper we are trying to find out which health care model is 'better' or even 'best' nowadays.