

РАЗВИТИ СИСТЕМИ ЗА ДАНЪЧНО ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ОТ ТИП БЕВЪРИДЖ (NHSS) В СТРАНИТЕ ОТ ЗАПАДНА ЕВРОПА

Част 1

1. Увод

Историята на здравноосигурителните системи от тип Бевъридж в страните от Западна Европа е тясно свързана с историята на здравеопазването във Великобритания, превърнала се в „люлка“ на общото данъчно финансиране на здравните услуги. През XIX век, възниква един широк спектър от работодателски здравноосигурителни дружества филантропични организации, както и програми на местните власти, субсидиращи болнични заведения и приюти за крайно нуждаещи се. През 1911 година, в страната се основава национален осигурителен фонд, предназначен за заетите лица с ниски доходи. Тази важна крачка е пряк резултат от приетата 30 години по-рано социална здравноосигурителна система в Германия, но сериозно се различава от нея. На първо място, трябва да се изтъкне фактът, че неработещите членове на семейството (съпруг/съпруга, деца) са изключени от системата, както и заплащането на болничното лечение. След Втората световна война (ВСВ), голяма популярност добива т.нар. Доклад Бевъридж, който защитава тезата за универсално покритие на населението, чрез разширяване и подобряване на досегашната система. Основният постулат на Доклада Бевъридж е, че финансирането на здравната система трябва да е организирано така, че вноските да постъпват в здравноосигурителен фонд, и да бъдат пропорционални на нуждите на осигурените лица. Именно поради Доклада на Бевъридж и поради по-късното развитие и усъвършенстване на гореизложената система, механизмите за данъчно финансиране на здравеопазването носят наименованието „системи от тип Бевъридж“.

Ако Великобритания бе спазила стриктно предначертанията в Доклада Бевъридж, най-вероятно финансирането на здравната ѝ система, щеше да е много близо до това на страните със здравноосигурителни системи от Бисмарков тип. Повратен момент в развитието на британския модел на финансиране на здравеопазването и диференцирането му от социалното осигуряване, е назначаването на Анойрин Бийвън (Aneurin Bevan) за Министър на здравеопазването след ВСВ. Реформите на Бийвън включват приватизиране на всички болнични заведения, поверяване на грижите за обществено здраве и профилактика на местните власти и запазването на независимия статус на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) на

договаряща страна, възнаграждавана чрез капитационен принцип. Законодателството, уреждащо финансирането на системата, първоначално е разчетено по следния начин: основният компонент на финансирането е трябвало да бъде подоходното облагане, допълвано от общото. Скоро обаче общото данъчно облагане взима превес във финансирането, поради бързото нарастване на общите разходи за здравеопазване.

Разходите на домакинствата за здравеопазване представляват най-честия способ за заплащане на здравните услуги по целия свят. Въпреки това сериозен дял от общите разходи за здравеопазване на глобално равнище е обусловен от социалното осигуряване, частното застраховане и общото данъчно облагане. Упоменатите системи на финансиране на здравеопазването представляват инструменти за финансова протекция на домакинствата, защото са предварително заплатени и разпределят здравните рискове между участниците в тях. Сред тези предварително заплащани финансови механизми общото данъчно облагане е най-разпространеният вид, като целта му е да покрие основния дял от здравните разходи. Общото данъчно облагане се явява основен и широко предпочитан механизъм за 106 от 191 члена на Световната здравна организация (СЗО).

Заплащането на здравните услуги чрез държавно данъчно облагане (приело приемственост в много страни като бюджетно финансиране) е сравнително нов метод за финансиране на здравеопазването. До средата на XX век, основните алтернативи на директните разходи за здравеопазване на домакинствата, представляват частната филантропия (благотворителността в здравеопазването), взаимните фондове/асоциации и социалното осигуряване (най-често чрез здравноосигурителни дружества). Органите на местно самоуправление, по същото време, участват в здравната система като инвестират в болнични заведения, а също така и финансират здравните услуги за крайно нуждаещите се. Тук трябва да се отбележи, че гореспоменатите дейности не са били обединени като национална политика, като може дори да се твърди, че те даже не са били свързани дори и с национална стратегия. Ярво контрастираща страна в това отношение е Германия, която води политика на обединяване и комбиниране на здравноосигурителните дружества в здравноосигурителна система, осъществена още във втората половина на XIX век.

Зараждането на общо данъчно финансиране с публични средства като основен източник, покриващ разходите за здравни услуги, води началото си от две групи страни. Първата група страни се характеризира с това, че данъчното финансиране е основано върху основите на по-ранното развитие на социално осигуряване и/или частно застраховане. Пример в това отношение е Великобритания, в която през 1911 г. влиза в сила Националният закон по осигуряване (National Insurance Act), който полага основите на система на финансиране на здравеопазването чрез подоходно облагане, по-късно прераснала в система за

универсално здравно данъчноосигурително покритие, финансирана основно от данъчно облагане.

Втората група страни развиват системата на данъчно финансиране на здравеопазването, върху основата на здравните услуги, осигурявани от колониалните режими. Този модел се открива основно в развиващите се страни, които са били колонизирани и/или културно и икономически повлияни от Великобритания, като Малайзия, Сингапур, Хонг Конг, както и повечето страни от Карибския басейн и Африка.

Като се абстрахираме от историята на въвеждането на данъчното финансиране на здравеопазването, трябва да се отбележи, че системите тип Бевъридж, споделят общи позитивни и негативни страни. На първо място, поради задължителното участие, системата изключва множество проблеми, свързани най-вече с пазарите на здравни услуги, които са с предимно доброволен характер на участие. Нещо повече, данъчните системи могат да черпят „дивиденди“ от факта, че те формират икономики на мащаба (economies of scale) спрямо администрацията, управлението на риска и покупателната способност. Тези позитивни характеристики произхождат от колективната и политическа същност на набирането и разпределението на финансовите средства в съвременните национални държави. В същото време, негативът на тези системи, произлиза от абсолютно същия политико-икономически белег, а именно неефективностите, резултиращи от обслужването на много задачи (мултиплена оптимизация), политическият натиск да се обслужват определени социални групи привилегировано, очевидните проблеми на ефективността на публичното финансиране, както и проблеми, най-общо свързани с ниското ниво на персонална и колективна отговорност и нестабилност на системата¹.

Основната цел на този изследователски труд е представяне на настоящото състояние, функциониране и съответстващият анализ на най-развитите системи за финансиране на здравеопазването от тип Бевъридж.

Последователно ще бъдат анализирани системите на здравно финансиране във Великобритания, Гърция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Португалия, Финландия и Швеция, които като най-характерни представители предопределят в голяма степен както приложението, така и нововъведенията в страните, решили да променят здравните си системи към посочения тип.

Обект на настоящето изследване са детайлно разглеждане на структурата, управлението, контрола, достъпа, договарянето, и финансирането на здравните системи в посочените страни. Той се обуславя от практическата реализация, постоянно осъществяващите се промени и специфичните особености на NHS във всяка страна.

Конкретният предмет на изследването е свързан с разкриване на положителните и отрицателните страни, характерни на всяка система (според авторите).

¹ World Bank (2004), World Development Report 2004: „Making Services Work for Poor People“, Washington DC, The World Bank.

Те могат да бъдат използвани като непосредствено предложение или ограничение за действия от специалистите, непосредствено ангажирани в здравните системи, а също и от заинтересованите към представената тематика.

Според някои автори протичащите промени в здравните системи в страните от скандинавския регион водят до обособяването им в самостоятелна група със специфични характеристики, което по същността си не променя принадлежността им към развитите системи за данъчно финансиране.

Финансирането на здравните системи чрез данъчно облагане има редица преимущества, които го правят предпочитан способ за достигане на универсално здравно покритие на населението. Сред тези преимущества, може би основното е, че здравните рискове са уеднаквени, поради участието на голям брой заети лица. В системите за финансиране от тип Бевъридж, участниците допринасят за предлагането и предоставянето на здравни услуги, чрез данъчно облагане на доходите, покупките, имотите, дивидентите и печалбите, и много други. За разлика от другите системи за финансиране, моделът Бевъридж мобилизира финансови ресурси от всеки участник, без значение на неговия здравен статус, професия или доходи. Оттук можем да заключим, че много проблеми, присъстващи в доброволните системи на здравно осигуряване (предоставяне на избор на фирма или на лице дали да се осигурява/застрахова, или не), са изключени в горепосочения модел. Основен момент в прилагането на доброволните системи е възникването на т.нар. неблагоприятна селекция (*adverse selection*) – тенденцията застрахователите/осигурителите да привличат само високорискови лица, откъдето средната цена на застраховката/осигуряването на едно лице се покачва до степен, до която то се явява скъпо и недостъпно за много хора. Обратната реакция на застрахователите/осигурителите при появяването на неблагоприятната селекция е т.нар. рискова селекция – това е процес, при който застрахователите/осигурителите „пресяват„ техните потенциални клиенти, като в същото време целят да се договарят само с такива клиенти, чиито здравни рискове са под средните. Рисковата селекция е позната в научната литература и като „отбиране на сметаната“ (*cream-skimming*)². Трябва да се подчертае, че въпросните проблеми са напълно изключени в NHS системите, поради характера на задължително участие в тях, както и поради свободния/символично свободния достъп до медицински услуги.

Базисен стълб на данъчното финансиране на здравната система е, че набраните финансови средства обикновено са разпределени между по-голям дял от населението спрямо алтернативните модели на финансиране. Тук трябва да се акцентира върху факта, че в много страни работодателите (не без съдействието на заетите), избягват пълното плащане на социалните осигуровки, чрез неформални трудови договори, както и че социалните осигуровки често имат таван. В такива случаи, тежестта от финансирането на социалните здравни системи се фокусира

² **Newhouse, J.** „Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection,,, *Journal of Economic Literature*, Vol. 34, 1996, № 3, с. 1236–1263.

и концентрира върху заетите в „белия“, формален сектор на икономиката, които, особено в развиващите се страни, могат да представляват малък дял от общото население. Обратно на принципите на социалноосигурителните системи съществуват много други финансови потоци, които засягат почти всички лица. Пример в това отношение са данък добавена стойност, данък оборот и митнически налози. По този начин, възможността за мобилизиране на финансови ресурси чрез системите за данъчно финансиране на здравеопазването са, в повечето случаи, значително по-големи отколкото алтернативните им варианти.

Относителната изчерпателност на данъчното облагане има сериозно отношение към прогресивността на финансирането на здравната система чрез данъчни постъпления. NHS системите потенциално улавят доходите от ренти, дивиденди, печалби и др., което им предоставя възможността да бъдат по-прогресивни спрямо социалноосигурителните системи, които разчитат основно на подоходното облагане на заплатите от „формалния“ сектор. На практика разликата между данъчните системи и социалноосигурителните системи не са систематично и чувствително големи, въпреки че може да се твърди, че и двата модела са по-прогресивни спрямо моделите, залагащи основно на частното финансиране³.

Важно е да се отбележи, че способността на данъчното финансиране на здравеопазването да бъде прогресивен източник на ресурси, означава също така и че индивидуалното участие в системата няма връзка с възможността за персонално потребление на здравни услуги. За много от изследователите, които считат достъпа до здравни услуги като основно право, което не трябва да се ограничава по никакъв начин – нито по признак на доходи, нито по признак на здравен статус, системите от тип Бевъридж, представляват най-удачната форма на финансиране на здравната система. За други, това е сериозен проблем, защото се счита, че се намалява индивидуалната отговорност към собственото здраве, като в същото време се понижава отчетността на доставчиците на здравни услуги към хората, които се ползват от техните услуги (най-вече данъкоплатците).

Множество проблемни аспекти, възникващи при финансирането на здравеопазването чрез данъци, не са специфични за здравния сектор като цяло, по-скоро, те са типични и за други публични услуги, финансирани по подобен начин. В това отношение, възниква цяла дискусия относно въпросите дали трябва да се облага доход или потребление, трябва ли да се набляга на местни или на централни данъци, трябва ли да се дава предимство на общовалидни данъци или на индивидуални такива. Въпросите от гореизложената дискусия, намират различни отговори, в различните страни, където се прилага моделът Бевъридж. Страните от ОИСР, разчитат главно на облагане на доходите, докато развиващите се страни, залагат на облагането на потреблението⁴. Регионалните/местните данъци преобладават

³ Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., Murray, C. Household catastrophic health expenditure: a multi country analysis. *The Lancet*, 2003, 362 (9378), с. 1–13.

⁴ Tanzi, V., Zee, H. Tax Policy for Emerging Markets: Developing Countries. *National Tax Journal*, 2000, № 53, Vol. 2, с. 299–322.

във финансирането на здравеопазването във Финландия, Норвегия и Швеция, докато националните – в Испания и Великобритания.

Изборът между облагането на доходите и облагането на потреблението намира сериозен отзвук в много страни. Счита се, че подоходното облагане е по-прогресивно, отколкото облагането на потреблението, защото първото може да бъде структурирано по начин, по който да обхване прогресивно по-големи дялове и видове доходи, докато второто облага същи по размер средства, но обхваща домакинствата като цяло. Нещо повече много изследователи предполагат, че данъчното облагане върху потреблението предоставят по-добри перспективи за икономическия растеж и за устойчивото стопанско развитие, защото нямат пряк ефект върху спестяванията и следователно, върху инвестициите.

От друга страна, както в теорията, така и в практиката, никое от тези твърдения не намира силни, систематични доказателства за съществуването си. Ясното диференциране на подоходно облагане и облагането на потреблението се развива, ако се вземе предвид различното вземане на решения, спрямо различната възраст на едно и също лице (моментно потребление срещу потребление в следващ период, т.е. спестяване)⁵. Също така разликата между двата вида облагане се „стопява“, ако приемем инвестирането в здравеопазване и образование, като форма на инвестиция в т.нар. „човешки капитал“ (human capital) като Yosifov (2007), изтъква особената роля на профилактиката и здравната информация като „свързващото звено“ между тези два компонента⁶. Емпиричните проучвания на въпросната проблематика, а именно върху ефектите на подоходното облагане и облагането на потреблението, водят до различни заключения, в зависимост какво е отношението им към горепосочените схващания относно инвестициите в човешки капитал и динамичното вземане на решения.

Въпреки че на пръв поглед един икономист би се изкушил да предложи „пренасочване“ на финансирането на един Бевъридж модел от облагане на потреблението към облагане на дохода, по примера на страните от Западна Европа, такъв подход крие „подводни камъни“. Ако в една страна е широко застъпено явлението „сив“ сектор на икономиката, то тогава трябва да се обмислят мерки като намаляване на административните разходи, свързани с данъчната система, минимизиране на укриването на данъци, максимизиране на данъчната база и ограничаването на смущенията между секторите на икономиката спрямо разпределението и употребата на ресурсите – това са мерките, които подобряват ефективността на публичните финанси, спрямо тези условия.

Важно политическо решение представлява и добре разчетеният избор между данъчното облагане на национално и на регионално ниво. Спектърът на

⁵ Atkinson, A., Sandmo, A. Welfare Implications of the Taxation of Savings. The Economic Journal, 1980, № 90, Vol. 359, с. 529–49.

⁶ Yosifov, Y. A call for radical reform: an analysis of the Bulgarian health care system and its management. South East Europe Review, 2007, № 2/2007, с. 109–117.

регионалното данъчно облагане е ограничен от институциите и способите, чрез които хората и фирмите могат да преминават от една юрисдикция на друга, като резултат от различните данъчни режими. Поради тази причина обичайната практика е местното управление да разчита основно на облагане на собствеността, докато в същото време централното управление предпочита облагането свързано с продажби (ДДС и данък оборота) и/или облагането на доходите. Тук трябва изрично да се подчертае фактът, че с либерализирането на движението на финансовите активи в международен план прави облагането им по-трудно, дори и на национално ниво.

Както е и при избора на обект на облагане (потребление или доходи), аргументите спрямо регионално или национално облагане се концентрират около въпросите за равенство и ефективност. Определено при националното облагане изглежда значително по-лесно да се преразпределят ресурси от по-богатите към по-бедните региони на дадена страна. На практика тази логика невинаги се потвърждава, защото средствата, набрани в по-бедните региони, може да бъдат усвоени в по-богатите, а следователно и политически по-значими региони, при липсата на формален регламент за разпределението на набраните средства. От друга страна, регионалното облагане може да предложи по-голяма отчетност и прозрачност на публичните средства. Пример в това отношение е Швеция, в която около 85% от местните данъци финансират местните здравни услуги. По този начин, дебатите, свързани с местните избори, засягат широко дейността и удовлетвореността от местното управление на регионалните здравни услуги, а изборите сами по себе си са своеобразен коректив на системата. От друга страна, Fisman и Gatti (2002 г.) твърдят, че местното управление може да бъде непрозрачно, поради силна концентрация на местната власт или дори корумпирано, което е функция от различни фактори като вида и приложението на правораздавателната система, както и присъствието на политическа воля и възможности за противодействие на тези явления⁷.

Като обобщение на направените изводи можем да заключим, че изборът на специфичните данъци, финансиращи здравната система, трябва да бъде прагматичен. Теоретичните аргументи „за“ или „против“ даден вид данък, често биват „подривани“ от практичните проблеми, свързани с администрирането и набирането на данъчните постъпления. Затова постигането на равенство при количеството на набраните средства от даден данък (и следователно достъпността им за преразпределение), е много по-съществено, отколкото концентрирането върху прогресивността му. От друга страна, ако водеща задача е ефективността на публичните средства, по-удачно е да се избере данък за финансиране на здравната система, който е с възможно най-широк спектър и база, като в същото време внимателно се преценят и претеглят административните разходи.

⁷ **Fisman, R., Gatti, R.** Decentralization and Corruption: Evidence from U.S. Federal Transfer Programs. *Public Choice*, 2002, № 113, с. 25–35.

2. Управление и усвояване на данъчни постъпления за финансиране на здравеопазването

Важен аспект на финансирането на здравните услуги чрез общо данъчно облагане е, че решенията спрямо усвояването на набраните финансови средства, са резултат от политически процеси. За поддръжниците на модела Бевъридж това е една от ключовите му позитивни характеристики – решенията относно здравните услуги са подчинени на колективен консенсус, вместо на пазарни и/или частни субекти. За критиците политическите процеси генерират множество проблеми, които сериозно възпрепятстват проявлението на позитивните страни на системата като цяло или поне заслужават особено внимание.

На най-високо ниво се взимат решения, определящи какъв процент от бюджетните приходи трябва да се заделят за здравеопазване. Често се срещат мнения на специалисти, че системата е недофинансирана, което контрастира с общото мнение на изследователите в страните със социално здравно осигуряване и/или частно здравно застраховане, които се фокусират върху ограничаването на разходите. При модела Бевъридж и NHS системите, политическият процес предетерминира нивото на разходите за здравеопазване, като правителствата преценяват потенциалните ефекти от разпределението на публичните средства между здравеопазването и останалите публични услуги (пътна инфраструктура, образование, отбрана и др.).

Въпреки че правителствата на страните с NHS системи, често са критикувани, че заделят недостатъчни средства за здравеопазване, е важно да се подчертае, че нивото на разходите е „колективно“ решение, понеже е резултат от цялостния политически процес. Нивото на разходите за здравеопазване в другите системи – социалноосигурителни или частнозастрахователни, които разчитат главно на частното финансиране или на различни осигурителни планове, се определя от взаимодействието на политически, пазарни и поведенчески фактори и също така не предоставя гаранция, че е оптимално.

След като нивото на разходите е определено, политическите решения и процеси, също така определят разпределението на тези средства вътре в системата на здравеопазването. Тези решения целят да намерят оптималния баланс между разходите за: персонал и консумативи, текущи и капиталови разходи, обществени и индивидуални разходи за здравни услуги, директно извършване на здравните услуги и договаряне; разпределение на разходите между селските и градските и между бедните и богатите региони.

Тези политически решения, засягащи преразпределението на средствата за здравеопазване, се влияят от различни фактори, между които дейността на синдикалните организации на медицинските работници, политическите партии, организациите на т.нар. „гражданско общество“ и др. Всеки от тези участници се ползва от различни степени на организация и на политически възможности.

Често се изтъква фактът, че данъчното финансиране на здравеопазването преразпределя много ресурси за заплати на медицинския персонал за сметка на

консумативите; за активното лечение, за сметка на профилактиката; за заможните групи, за сметка на селските райони и бедните групи; за болничната и вторична медицинска помощ, за сметка на първичната. Трябва да се подчертае дебело, че „оптимално“ разпределение на ресурсите между споменатите функции на здравния сектор не може да се определи *a priori*, а въпросът дали политическите решения в сектора, или техните алтернативи са по-оптимални е повече или по-малко отворен.

В NHS системите управленските процеси имат също така влияние върху ефективността на извършване на здравните услуги. Може да се каже, че управлението на публичния сектор има както добри страни, така и някои недостатъци, спрямо другите форми на управление на здравните услуги. От една страна, управлението на моделите Бевъридж би могло да бъде административно по-опростено и улеснено, отколкото алтернативните механизми за финансиране на здравната система, които включват множество средства и множество механизми за тяхното набиране. Нещо повече, счита се че планирането на системите за данъчно финансиране на здравеопазването, подлежат на по-ефективно планиране и цялостно интегриране, понеже всички взаимосвързани фактори – финансови средства, активи и управление, са подчинени централно⁸.

От друга страна, управлението на публичния сектор, се характеризира със свои собствени проблеми и затруднения. Договорните отношения със здравните работници, обикновено се обвързват с условията и системите на заплащане на държавните служители, което представлява трудност, поради трудното адаптиране на естеството на работа на държавните служители към спецификата на здравния сектор. Тук методите, чрез които биват управлявани човешките ресурси, най-често определят дали такива договорни отношения биха могли да повишат продуктивността, предоставяйки на работниците сигурност и повишавайки тяхната мотивация, или биха могли да намалят продуктивността, поради негъвкавата система за управление на персонала. По принцип такива системи мотивират в по-малка степен иновациите и нововъведенията, както и превръщането на пациента в център на системата (*client-oriented approach*), спрямо други механизми, които включват форми на конкуренция (било то вътрешна за публичния сектор или между публични и частни извършители на здравни услуги)⁹.

Като обобщение, системите за данъчно финансиране на здравеопазването, проявяват всички слаби и силни страни на други политически институции и варират по ефективността си спрямо социалният си контекст. Въпреки че е невъзможно да се предвиди в кои страни NHS системите биха функционирали добре, е от голяма полза да се проучат детайлно страните, които имат богат опит с приложението им, за да се подчертаят различните методи, чрез които на гореспоменатите проблеми се противодейства.

⁸ **Savedoff, W.** Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences“, Discussion Paper, № 4/2004, World Health Organisation, Geneva, 2004.

⁹ World Bank (2004), World Development Report 2004: „Making Services Work for Poor People“, Washington DC, The World Bank.

Последователното разглеждане и анализиране на здравните системи за данъчно финансиране на здравеопазването в страните, най-характерни представители на модела Бевъридж, ще започне от страната, приела и практически наложила модела – Великобритания.

3. Великобритания

Обединеното кралство на Великобритания и Северна Ирландия (по-известно като Великобритания) е конституционна монархия с парламентарно управление. В държавата съществуват 4 държави – Англия, Северна Ирландия, Уелс и Шотландия.

През 2006 г. населението на Великобритания наброява 60,6 млн., като 18 % са във възрастовата граница от 0–14 години 66,3 % в границата от 15–64 години и 15,7 % в границата 65 + . Годишният прираст на населението възлиза на 0,279 %, а средната възраст е 41,3 години. Раждаемостта е 10,65‰, докато смъртността е 10,2‰. Специфичните демографски показатели, чрез които се анализира качеството на живота, а именно нивото на детска смъртност и средната продължителност на живота са съответно 4,85‰ и 79,01 години¹⁰. Основните причини за смърт във Великобритания са сърдечносъдовите заболявания, неоплазми, нарушения на дихателната система и др.

3.1. Структура на британската здравна система

Великобритания е поделила отговорностите, спрямо здравеопазването на своите съставляващи страни – Англия, Северна Ирландия, Шотландия и Уелс. Всички тези съставни страни финансират своето здравеопазване, основно чрез национални данъци, доставят здравните услуги чрез обществени извършители. В същото време, отделните страни делегират компетенции за договаряне на органите на местната власт (Тръстовете за доболнична помощ в Англия, Бордовете по здравеопазване в Шотландия, Местните бордове по здравеопазване в Уелс, както и с браншовите организации на доболничната помощ в Северна Ирландия)¹¹.

Здравното покритие е достъпно за всички граждани и законни резиденти (законно пребиваващи чужди граждани) на Великобритания, за гражданите на ЕС и ЕИО, както и за гражданите на страните, с които Великобритания е подписала реципрочни споразумения. Поради тази причина частното медицинско осигуряване/застраховане не е особено популярно и развито. През 2005 година, само 12 % от населението на страната е закупило допълнително частно медицинско осигуряване/застраховане¹².

Здравните услуги са публично финансирани и се заплащат чрез Националната здравна служба (НЗС) (National Health Service). Тя покрива профилактичните

¹⁰ Office for National Statistics, www.statistics.gov.uk

¹¹ **Grosse-Tebbe, S., Figueras, J.** (2005): „Snapshots of Health Systems“, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, Denmark.

¹² **Boyle, S.** (2008): „The Health System in England“, Eurohealth, Vol. 14, No1, с. 1–2.

услуги, доболничната и болнична помощ, услугите, предоставяни от ОПЛ и лекари-специалисти, извънболнични и болнични медикаменти и консумативи, стоматологична помощ, психиатрична помощ, рехабилитация и др.

Относно поделянето на разходите (cost-sharing) в системата на публичното здравеопазване, трябва да се отбележи, че съществуват сравнително малко договорености. Лекарствените средства, предписани от ОПЛ, са обект на съпътстващо доплащане (co-payment) от 7,10 £ (за рецепта), но около 88% от лекарствените рецепти са изключени от тази такса¹³. Стоматологичните услуги също са обект на съпътстващи доплащания с таван до 200 £ годишно, като се вземе предвид, че в някои области на страната е трудно те да се получат/извършат. Разходите на домакинствата за здравеопазване във Великобритания представляват 11,9% от общите разходи за здравеопазване през 2005 г.¹⁴

Повечето от разходите за здравеопазване са покрити от публични средства. Съществуват действащи мерки, целящи да ограничат разходите на системата, там където те имат сериозно влияние върху някои пациентски групи. От съпътстващо доплащане на лекарските рецепти са освободени следните групи: деца под 16 години, деца под 18 години, записани в дневна и редовна форма на обучение, лица над 60-годишна възраст, социално слаби лица и лица с ниски доходи, бременни жени и жени с деца до 1-годишна възраст, лица с хронични заболявания и трайни увреждания. При пациентите, нуждаещи се регулярно от голям брой лекарствени средства, са предвидени намаления при предварително заплащане. Съществуват и програми, покриващи транспортните разходи от и до аптеките за лицата с ниски доходи.

НЗС покрива около 86% от общите разходи на здравеопазване. Финансирането ѝ е главно от общи данъци (76%), национални осигурителни вноски (19%) и пациентски такси/съпътстващи доплащания (5%). Освен приходите на НЗС от лекарствени рецепти и стоматологична помощ, съществуват и незначителни приходи от частноосигурени/застраховани пациенти, които използват здравните услуги на НЗС.

Частното застраховане/осигуряване представлява микс от частни организации и организации с идеална цел. Те предоставят допълнително застраховане/осигуряване, което дава възможност да се избират лекуващите специалисти, да се избегнат списъците на чакащите пациенти за елективната хирургия, както и предоставя по-високи стандарти на комфорт и уединение, отколкото НЗС. През 2005 година 12% от населението на страната има частна медицинска застраховка или частно медицинско осигуряване, което представлява около 1% от общите разходи за здравеопазване.

¹³ Department of Health (2007): Departmental Report 2007, London, Department of Health.

¹⁴ World Health Organization (2007): World Health Statistics, Geneva, World Health Organization.

ОПЛ обикновено са „първият контакт“ на пациента със здравната система. Те обикновено действат като ограничители на достъпа до болничната помощ. Повечето ОПЛ са платени директно от Тръстовете за доболнична помощ (ТДП), чрез комбинация от методи – твърда заплата, капитация и такса за услуга (fee-for-service). Според договореностите от 2004 г., са въведени редица възможности за диференцирано договаряне според района на практикуване, като в същото време се набляга и на допълнително финансово мотивиране, обвързано с постигането на клинични и други резултати. Частните ОПЛ определят свои собствени такси за услугите, но не се реимбурсират от НЗС.

Болниците са организирани като тръстове към НЗС, на директно подчинение към Министерството на здравеопазването. Някои от тръстовете имат статута на полуавтономни, самоуправляващи се публични тръстове. И двата вида тръстове се договарят с ТДП за извършването на медицински услуги за местното население. Част от публичните средства винаги са били усвоявани от частния сектор, като трябва да се отбележи, че от 2003 г. елективната хирургия на пациентите към НЗС, се извършва в специално предназначени медицински центрове, които се държат и управляват от частния сектор.

Отговорността за здравното законодателство и основната здравна политика е съсредоточена в ръцете на Парламента в Уестминстър. НЗС се администрира от централно управление и от Министерството на здравеопазването, а на местно ниво услугите на НЗС са извършвани, въз основа на редица договори между ТДП и извършителите (болнични тръстове, ОПЛ и независими извършители). ТДП контролират около 85 % от бюджета на НЗС (средства, които им се прехвърлят на базата на формула, която е на капитационен принцип с актюиран риск). Последните нововъведения включват свобода на избора на пациента на лечебно заведение и реимбурсиране на болничните заведения на принципа на диагностично свързаните групи (ДСГ), но обвързани със система на заплащане за резултати (Payment by Results – PbR). Системата за заплащане на база резултати, обвързва обема дейност с клиничното състояние на пациентите¹⁵.

3.2. Управление, контрол и договаряне

НЗС може да се определи като публична собственост и публично финансирана здравна система, в която съществуват сериозни механизми за вертикална отчетност и отговорност. През 90-те години на миналия век, някои от чертите на командно-плановия характер на системата се премахват и/или облекчават, чрез делегирането на отговорности на местното самоуправление. Чрез новия контекст на тези мерки, планирането и управлението на системата приема различни форми и се осъществява от различни органи.

Бюджетът на НЗС е все още изцяло контролиран от централната власт. Планирането на разходите както капиталовите, така и текущите в системата на здравеопазването, са част от националното планиране на всички публични разходи,

¹⁵ Boyle, S. The Health System in England”, Eurohealth, Vol. 14, 2008, № 1, с. 1–2 .

като бюджета на НЗС се планира за година напред. Министерството на здравеопазването определя разпределението на средствата към различните региони, а местната власт разпределя средствата по общини.

Въпреки че няма детайлен национален план за планиране на извършените медицински услуги, Министерството на здравеопазването издава всяка година препоръки за работата на НЗС. Обикновено препоръките включват приоритетите на правителството в сферата на здравеопазването за годината, идентифицира проблемните области в системата, както и сферите на развитие.

Целите, които си поставят тези препоръки включват подобряване на общественото здраве, придържане към професионалните и етични норми в здравеопазването, подобряване на качеството на услугите, поощряване на партньорството и сътрудничеството между различните страни в системата на здравните услуги. Проблемните сфери са осигуряването на навременна и ефективна спешна помощ, поддържане на стандартите за качество на услугите и осигуряване на финансова стабилност. Специфични сфери на развитие са: извършването на пълни психиатрични услуги, развитието на доболничната помощ като основен вид медицинска помощ, подобряване на клиничната и икономическата ефективност, предоставяне на публичност на пациентското мнение и оценки и др.

Препоръките, както и националните приоритети, представляват само една основа, върху която здравните власти изграждат свои собствени планове. Понастоящем, плановете на здравните власти включват две основни части – извършване на услуги и финансова рамка. Те се подготвят основно от отделите за планиране, финансиране и обществено здраве на регионалните и общински здравни власти и се одобряват от комисия, включваща изпълнителни и неизпълнителни членове на съответните организации. Въпреки че тези планове имат силно регионален/местен фокус, ударението пада и върху стриктното изпълнение на националните приоритети.

Една от новите отговорности на регионалните/местните здравни власти е и развиването на програми за подобряване на здравето (ППЗ) за подопечните им региони/общини. Целта на тези програми е да насърчи съвместната работа на здравните и социалните служби, както и на доброволните и частни организации в сектора в подобряването на общественото здраве.

Тръстовете към НЗС са задължени да изготвят бизнес планове. Това се налага, за да се начертаят техните очаквания във вид на разходи и приходи, като в същото време тези планове представляват важен компонент в планирането на капиталните решения. При желание на тръстовете за големи капитални инвестиции, те трябва да бъдат съгласувани с регионалните здравни власти и подкрепени от тях, след анализ на извършваните здравни услуги. ОПЛ и лекарите в доболничната помощ са също задължени да изготвят планове на годишния обем на извършваните от тях услуги¹⁶.

¹⁶ European Observatory on Health Care Systems (1999): „Health Care Systems in Transition: United Kingdom“, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, с. 24–27.

Качеството на извършваните медицински услуги е от централно значение за НЗС. Ключова задача на Министерството на здравеопазването за 2007 г. е да се подобри качеството и безопасността на здравните и социални услуги.

Няколко регулативни органа следят и оценяват качеството на здравните услуги, извършвани от публичните и частните доставчици. Те извършват регулярна оценка на всички извършители на здравни услуги, индивидуални проверки, в случай на сигнали, като в същото време предоставят препоръки, с цел да се осигурят най-добрите практики в извършването на медицински услуги. През 2008 г. трите органа, които са основно отговорни за регулацията в страната – Комисията по здравеопазване, Комисията по контрол на социалните грижи и Комисията за ментално здраве се сляха в общ орган.

Целите (таргетните стойности) на правителствената политика в сферата на здравеопазването обхващат редица променливи фактори, които оказват влияние върху качеството на извършваните медицински услуги. Някои от тези таргетни стойности са съблюдавани от регулаторните органи, споменати по-горе, докато други са под мониторинга на Министерството на здравеопазването или неговите регионални подразделения (10 на брой).

От 1998 г. Министерството на здравеопазването развива и внедрява Национални рамкови стандарти (НРС), целящи да подобрят специфични области на здравните грижи (като коронарни заболявания, ракови заболявания, психични заболявания и диабет, напр.). Тези стандарти регламентират ключови интервенции и тяхното прилагане за определени медицински услуги и/или определени клинични групи. Чрез тяхното внедряване се способства качеството на предоставяните услуги да се подобри, като в същото време се намалят различията в извършването им между отделните лечебни заведения.

Националната рамка за резултатите и качеството на лечението е нов метод за измерване и оценка на качеството на медицинските услуги, извършвани от ОПЛ. Въведена е през 2004 г., като част от договорните отношения на ОПЛ с НЗС. На практиките на ОПЛ се начисляват точки, които се обвързват с различно заплащане, в зависимост от това, колко добре е организирана практиката, как пациентите оценяват работата на ОПЛ, дали се предлагат допълнителни услуги (педиатрични и акушерни консултации, напр.) и как се лекуват пациентите с най-често срещани хронични заболявания като диабет и астма.

Ефективността на здравните услуги е другият ключов фокус в работата на НЗС. Нейното подобряване е резултат от няколко основни програми:

– Таргетиране на високоефективност: правителството на Великобритания очаква да постигне спестяване на 6,5 млрд. £ за 2008 г. чрез програмата Gershon (Gershon Efficiency Programme). Тя включва редица мерки като увеличаване на продуктивността на доболничния сектор, централизирана система за доставка на лекарства и консумативи (с цел да се постигнат по-изгодни цени, поради завишения обем), намаляване на разходите на извършителите на здравни услуги и на централната администрация на НЗС и не на последно място, увеличаване на

ефективността на социалните грижи. Регионалните подразделения на НЗС също са задължени да предприемат мерки за увеличаване на ефективността на разходите.

– Бенчмаркинг: Регионалните подразделения на НЗС са сравнявани едни с други по показатели, включващи клинични случаи на ден, продължителност на болничния престой при най-честите оперативни намеси, дял на повторно приети пациенти, референтни цени на НЗС (цени за стандартни процедури) и др.

– Институт за иновации и рационализации (Institute for Innovation and Improvement): Министерството на здравеопазването поддържа развитието на подобри и по-ефективни методи за извършване на медицински услуги, чрез полуавтономни органи като Института за иновации и рационализации. Институтът подпомага НЗС да развие и внедри нови технологии, промени в работата на медицинските служители и др.¹⁷

3.3. Финансиране и разпределение на финансовите ресурси

НЗС се финансира главно от общи данъци: директно данъчно облагане, ДДС и подоходно облагане. Финансирането на социалните грижи се осъществява чрез местни данъци и такси. Разходите на домакинствата за здравни услуги може да се обобщи като разходи за медицински рецепти, стоматологични и офталмологични услуги и частно застраховане/осигуряване.

Общите разходи за здравеопазване на Великобритания, могат да се характеризират като ниски, в сравнение със страните от ЕС-15. За 2002 г., те представляват 7,7% от БВП, 83%, от които са публични средства¹⁸. През 2006 г., дялът на общите разходи за здравеопазване се покачва до 8,4% от БВП, в резултат на увеличеното участие на публичното финансиране – 87%¹⁹.

Във Великобритания, бюджетът за здравеопазване се формира от Министерството на Здравеопазването, след което се одобрява от Парламента. По-нататък, бюджетът се разпределя на децентрализираната администрация по региони. Местните бордове по здравеопазване и ТДП, покривайки райони с население от 50 000 до 250 000 души, са основните „купувачи“ на здравни услуги. Централният бюджет се разпределя на ТДП и на Местните бордове по здравеопазване, чрез специална капитационна формула, с тежести за актюиране на риска.

ОПЛ са самонаети лица. От 1 април 2004 г. тяхното заплащане се формира на капитационен принцип, съчетан със система за оценка на качеството – Националната рамка за резултатите. Трябва да се отбележи, че повечето от населението е съсредоточено в градските райони, поради което достъпът, устойчивостта и качеството на предлаганите медицински услуги в отдалечените и селските райони се считат за понижени.

¹⁷ Boyle, S. The Health System in England, Eurohealth, Vol. 14, 2008, № 1, с. 1–2 .

¹⁸ Grosse-Tebbe, S., Figueras, J. Snapshots of Health Systems, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, Denmark, 2005, с. 49.

¹⁹ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2008, OECD Publications, Paris, 2008.

Болничните заведения получават финансиране както за дейност, така и по сключените договори. Повечето от болничния персонал е на фиксирано възнаграждение, но на болничните специалисти/консултантите е също така разрешено да практикуват в частния сектор.

Може да се каже, че системата на финансиране на здравеопазването във Великобритания е далеч по-проста, отколкото тази в страните със социално здравно осигуряване. НЗС се финансира основно от общи данъци, заедно с елемент на национални осигуровки, от доходно облагане. Трябва да се отбележи, че финансирането на здравната система чрез общо данъчно облагане, означава че съществува широка данъчна база, която облага всички форми на доходи, потребление и дивиденди/печалби. Понеже финансовият компонент във финансирането на НЗС не е отделно и специфично определен, не може да се определи с точност прогресивността на системата. Въпреки това, поради факта, че общата данъчна система е основно прогресивна, така може да се определи и системата за финансиране на НЗС. Финансирането чрез общо данъчно облагане означава също така, че разходите за набиране са сравнително ниски, защото средствата за НЗС се събират като част от целия процес на общо данъчно облагане.

В същото време общото данъчно финансиране представя и сравнително ниско ниво на прозрачност. Това е така, поради факта, че връзката между индивидуални данъчни вноски и получени здравни услуги от НЗС е слаба.

През периода 1970–1997 г., разходите за болнична помощ спадат от 50% от общите разходи за здравеопазване до 42%. Разходите за фармацевтични продукти за същия период, нарастват постоянно до 17,3% през 1997 г. Не на последно място, делът на разходите за извънболнична помощ нарастват плавно до 49,7% от общите разходи за здравеопазване²⁰.

3.4. Достъп

Във Великобритания доболничната помощ е публично доставяна от ОПЛ, организирани в групови практики, със средно по три ОПЛ на практика. За да бъде регистриран при ОПЛ, пациентът трябва да бъде жител на определен район, обвързан с лекарска практика. През 2002 г. в Англия един ОПЛ е отговорен за средно 1800 пациента.

Въпреки че има известни изключения (клиники на НЗС със свободен достъп, без направления), ОПЛ във Великобритания имат ролята на ограничители на достъпа до болничната помощ, за която за нужни направления. През 2006 г. във Великобритания има средно по 2,2 легла за активно лечение на 1000 души, което е сериозно под средното за ОИСР от 3,9 легла на 1000 души. През периода 1998–2006, осигуреността с болнични легла за активно лечение спада постоянно. Причина за този спад са намалението на средния болничен престой и увеличението

²⁰ European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition: United Kingdom, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 1999, с. 33–52.

на хирургичните интервенции (т.нар. микрооперации, вкл. ендоскопските операции), след които пациентите се изписват в рамките на деня.

През 2004 година, болничната помощ във Великобритания се осъществява от 209 тръста към НЗС. Отделно от тях, 23 тръста са специализирани в психиатричната болнична помощ и извършват специализирани медицински услуги в тази област. Съществуват и 240 частни болници за активно лечение. По-малко от 5% от всички болнични легла са в частните болнични заведения.

През 2001 година осигуреността с ОПЛ на 1000 души е 0,6 лекари. Счита се, че осигуреността с ОПЛ е под оптималната, особено що се касае за лекарите-специалисти. Нещо повече, цялостната осигуреност с лекари е 2,5 практикуващи лекари на 1000 души през 2006 (през 1998 показателя е 1,9!), което е много под средното за страните от ОИСР – 3,1 лекари на 1000 души. Сравнено с близките на Великобритания европейски страни – Франция, Германия, Швеция и др., където показателят е около 3,4 лекаря на 1000 души, разликата изглежда по-фрапираща. За да противодейства на това явление, правителството на Великобритания, предприема мерки за увеличение на осигуреността с лекари, чрез планиране на човешките ресурси в областта на здравеопазването и таргетиране.

В резултат от политиката по човешките ресурси, в последните години има значително увеличение на осигуреността с медицински сестри, след период на дълга относителна стабилност. През 2006 г. във Великобритания има 11,9 медицински сестри на 1000 души, докато през 1998 г. са били 8. Средната осигуреност на страните от ОИСР с медицински сестри през 2006 година е 9,7 на 1000 души, което прави Великобритания добре осигурена със среден медицински персонал.

През последното десетилетие, се наблюдава бърз растеж в достъпа на диагностични технологии като компютърни томографи (СТ скенери) и ядрено-магнитни резонанси в повечето страни от ОИСР. Въпреки че във Великобритания също се наблюдава растеж на тези технологии, осигуреността с ядрено-магнитни резонанси е 5,6 бр. на 1 млн. души, докато в страните от ОИСР средната осигуреност се равнява на 10,2 бр. на 1 млн. души. Нещо повече, осигуреността със СТ скенери във Великобритания през 2006 се запазва на 7,6 бр. на 1 млн. души, което е по-малко от половината на средната осигуреност на страните от ОИСР – 19,2²¹.

Специално място в анализа на достъпа до медицински услуги във Великобритания, авторите отделят на развитието и състоянието на телемедицината. NHS Direct е специален здравен орган в структурата на НЗС, който разполага с два отдела. NHS Direct Call – центровете фокусират дейността си върху телефонни консултации на симптоматиката на пациенти и само до определена степен – на доставянето на здравна информация и на информация за системата на здравеопазването.

NHS Direct Online (NHSDO) отдела има други приоритети – то предоставя най-вече информационни услуги, а в същото време – ограничена информация и

²¹ Organisation for Economic Co-operation and Development (2008): „OECD Health Data 2008“, OECD Publications, Paris.

консултации, спрямо симптоматиката на пациенти. До известна степен NHSDO разчита на кол-центровете и ресурсите им, за да развива дейността на интернет сайта си. Тази система изглежда много близка до атмосферата на големите корпорации, които чрез интернет сайтовете си предлагат на посетителите телефонен номер, в случай на допълнителни въпроси. NHSDO е развита през 1998 г., за да доставя на гражданите и на медицинските работници чрез интернет информация, относно здравето и здравеопазването. Чрез интернет портал се предлага информация, която помага на гражданите да навлязат в здравните въпроси и във въпросите на здравната система, които ги касаят, като в същото време, посочва потенциалните ползи, които те могат да получат. Връщайки се на кол-центровете, NHSDO позволява на ползвателите му да направят по-добър избор за услугите на НЗС, които (възнамеряват да) ползват. Това е услуга в допълнение на и допълваща NHS Direct Call – центровете.

И NHS Direct Call – центровете, и NHSDO са 24-часови услуги без прекъсване. Някои от посетителите на NHSDO могат да не открият пълната информация, която им е нужна на сайтовете ѝ, поради което им е нужна по-нататъшна помощ и/или изясняване, поради което те могат да разчитат и на услугите на NHS Direct Call – центровете.

Чрез NHS Direct гражданите могат да задават въпроси, на които ще получат отговор от оператор. Операторите са подсилени със специална програма, с цел да се постигне еднакво обслужване. Чрез NHSDO всеки ползвател може да провери онлайн отговорите на своите въпроси, без да има нужда от телефон, без да чака за свободен оператор или просто, ако не може да открие дежурен ОПЛ в извънработно време.

Трябва да се отбележи, че системата не може да бъде използвана при спешни случаи, но е напълно ефективна при рутинни оплаквания като стомашни болки или домашни наранявания. Посредством въвеждане на търсената информация и следване на инструкциите, ползвателите са насочвани към отговорите, които са им нужни. Интернет порталът предоставя обширна информация на теми като: начини на водене на здравословен живот, диети и здравно хранене, здраве и болестни състояния, здравна система, самолечение, здравни услуги по региони и др. Информацията се предоставя чрез достъп до редица компоненти на портала като „търсачка“ за здравна информация, здравна енциклопедия, сайт за най-добри лечебни практики, наръчник за самолечение, детайли за местните услуги на НЗС, често задавани въпроси, свързани със здравето и интерактивни услуги.

Броят на посетителите на NHSDO се увеличи чувствително от около 1,5 млн. през 2000 г. на 24 млн. през 2008 г. Броят на повторните посещения също се покачва за периода от една трета до една втора.

За периода 2000–2008 г. общите инвестиции по внедряване и поддръжка на системата се равняват на 22 млн. €. Годишните разходи за поддръжка през 2008 г. нарастват значително и се равняват на 12 млн. €. Въпреки тези цифри обаче, нетните икономически ползи са се повишили на около 112 млн. – през 2008 г.

Въпреки че очевидният директен резултат е самата услуга до всички ползватели, основната полза са избегнатите разходи за предоставянето на информация, съизмерима по количество и качество, чрез системата на доболничната помощ и директния контакт със специалисти. Това обяснява защо над 85 % от ползите са за НЗС, а само 13 % са директните ползи за ползвателите.

В заключение се подчертават основните преимущества на телемедицината във Великобритания:

- ползвателите имат директен достъп до здравна информация, както и до информация за здравната система
- на ползвателите се дава възможност да си помогнат сами и да избегнат посещения при ОПЛ, което им спестява време и пари
- разходите за персонал на кол-центровете са сведени до минимум и др.²²

4. Гърция

Гърция е парламентарна република. В държавата съществуват 13 „периферии“, разделени на 51 префектури.

През 2006 г., населението на Гърция наброява 10,7 млн., като 14,3 % са във възрастовата граница от 0–14 години, 66,6 % в границата от 15–64 години и 19,2 % в границата 65 + . Годишният прираст на населението възлиза на 0,127 %, а средната възраст е 41,8 години. Раждаемостта е 9,45‰, докато смъртността е 10,51‰. Специфичните демографски показатели, чрез които се анализира качеството на живота, а именно нивото на детска смъртност и средната продължителност на живота са съответно 5,16 – и 79,66 години²³. Основните причини за смърт в Гърция са сърдечносъдовите заболявания, неоплазми, нарушения на дихателната система и др.

4.1. Структура на гръцката здравна система

Гръцката здравна система се характеризира със съвместното съществуване на Национална здравна служба (НЗС), социално здравно осигуряване, което представлява задължителната компонента, и на доброволно частно застраховане. НЗС осигурява универсално покритие на населението и се ръководи от принципите на равен достъп до здравните услуги. Тук трябва да се отбележи, че 97 % от населението се ползва от здравното покритие на приблизително 35 различни здравноосигурителни дружества. Те подsigуряват задължителното здравно осигуряване, както и 8 % от населението с доброволно здравно застраховане.

Министерството на здравеопазването и социалната солидарност (МЗСС) отговаря за цялостната здравна политика, както и за националната здравна стратегия. То определя приоритети на национално ниво, дефинира размера на финан-

²² Stroetmann, K., Jones, T., Dobrev, A., Stroetmann, V. eHealth is Worth it - The economic benefits of implemented eHealth solutions at ten European sites, eHealthimpact, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2006, с. 49–50.

²³ General Secretariat of the National Statistical Service of Greece www.statistics.gr

сирането на здравната система по сектори и разпределя наличните ресурси. Седемнадесет регионални здравни власти са оторизирани със специални пълномощия за приложението и съблюдаването на националните приоритети на регионално ниво, с координацията на регионалните дейности и с управлението и организацията на здравеопазването и социалните услуги в подопечните им райони. Усилията за децентрализация на системата, предават отговорности на регионалните служби, както политически, така и управленски, но никога пълната финансова отговорност не им е делегирана. На регионалните служби не се предоставят индивидуални бюджети и всички финансови операции трябва да бъдат валидирани от самото министерство.

Гръцката здравна система представлява „смесена“ система от „обществен договор“ и „обществено интегрирани“ модели²⁴. Нейното финансиране е също смесица от общо данъчно облагане и социално осигуряване. Точно поради тази причина, може да се твърди, че гръцката здравна система е нито от тип „Бисмарк“, нито от тип „Бевъридж“. Въпреки това, поради преобладаващото бюджетно финансиране, чрез общо данъчно облагане, авторите на този труд са причислили гръцката здравна система към типа „Бевъридж“. За 2000 г., общите разходи за здравеопазване в Гърция са покрити по следния начин: 30,4 % представляват бюджетни средства (от които 58,4 % са приходи от индиректни данъци и такси), 25,9 % са покрити от социално осигуряване (социални вноски от заетите и работодателите), 2,3 % представляват средствата по частно застраховане, а останалите 41,5 % обхващат разходите на домакинствата. Тук трябва да се отбележи, че по-голямата част от разходите на домакинствата са под формата на неформални плащания.

Относно набирането на финансовите средства, самонаетите лица декларират по-ниски от реалните си доходи, с цел да избегнат данъчното облагане, докато в същото време, заетите лица и работодателите заедно допринасят с 44 % от брутното възнаграждение към системата на социалното осигуряване²⁵. Дребните търговци и занаятчиите на свой ред, допринасят с малки, фиксирани вноски, равностойни на между 17 и 37 % от брутното възнаграждение на един „общ работник“ в страната. Фермерите не внасят директни вноски, а отделни професии имат вноски, които биват допълвани от данъчни постъпления от трети източник. По този начин, държавните служители, заетите в банковата и телекомуникационната сфера, свободните професии и самонаетите лица допринасят по-малко за финансирането на НЗС и на социалното осигуряване като цяло, отколкото средното ниво за страната. Въпреки това, повечето лица от горепосочените „привилегирани“ групи получават по-добри здравни услуги, отколкото служител, осигурен в най-големите здравноосигурителни дружества. Едно възможно заключение е,

²⁴ **Docteur, E., Oxley, H.** (2003): „Health-care Systems: Lessons from the Reform Experience“, <http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>.

²⁵ **Bronchi, C.** (2001): Options for Reforming the Tax System in Greece. Paris, OECD Economics Department.

финансовата тежест на НЗС не е еднакво разпределена между професионалните групи²⁶.

Описаните финансови механизми означават че финансирането на гръцката здравна система е регресивно (разчита се на индиректни данъци и такси, което означава че финансовото натоварване на високодоходните групи и самонаетите лица, що се отнася до социалното осигуряване е по-благоприятно).

Съществуват три големи категории извършители на здравни услуги: НЗС (обществените болнични заведения, здравните центрове, селските операционни служби и спешната доболнична помощ); здравните услуги, извършвани от здравноосигурителните дружества (основно от ИКА) и частният сектор. НЗС осигурява универсално покритие на населението, но само на теория. На практика осигурени са само болничната помощ и доболничната помощ чрез около 200 здравни центъра и 1000 здравни поста за полуградските и селските райони.

Участието в социалното осигуряване е задължително за всички заети лица, като в същото време е базирано по професионален белег. Съществуват около 240 социалноосигурителни дружества, които предлагат набор от частично покритие за здравни услуги и пенсионно осигуряване. Около 30 са здравноосигурителните дружества, които предоставят покритие на 95 % от населението на страната²⁷. Трите най-големи дружества са ИКА, ОГА (Организация за осигуряване на селското стопанство) и ОАЕЕ (Здравноосигурително дружество на самонаетите). Лицата, заети в банковия и държавния сектор и част от самонаетите лица (около 5 % от населението), са осигурени в различни здравноосигурителни дружества. За държавните служители, военните и семействата им, правителството е предвидило и отделни схеми на осигуряване²⁸.

4.2. Управление, контрол и договаряне

Здравноосигурителните дружества са под юрисдикцията на Министерството на труда и социалното осигуряване (МТСО) от септември 1995. Те играят важна роля в извършването и финансирането на амбулаторната помощ. ИКА, който е най-голямото здравноосигурително дружество, осигуряващо основно висшия мениджмънт и обикновените работници, е отговорно за финансирането и извършването на здравни услуги, чрез своята широка децентрализирана мрежа от доболнични здравни заведения (над 200 градски поликлиники и клиники). ОГА – второто по големина здравноосигурително дружество, покрива фермерите и техните семейства (около 25 % от населението), което се ползва от здравните услуги на

²⁶ **Nikolentzos, A., Mays, N.** Can existing theories of health care reform explain the Greek case (1983_2001)?, *Journal of European Social Policy*, Vol. 18, 2008, № 2, с. 163–176.

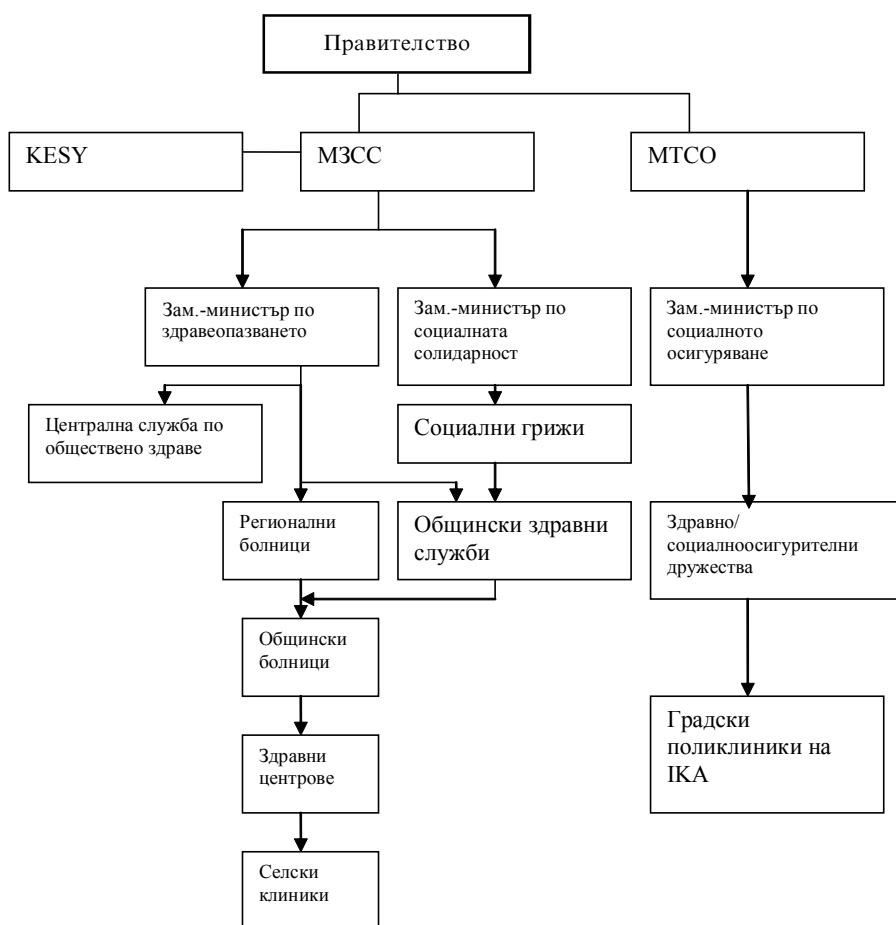
²⁷ **Karagiannis, G. и колектив.** IKA Primary Care Centres: an Integrated Information System for Primary Health Care Services. – В: *Pharmaceutical Policy in Greece and in Europe*, Athens, IKA, 2003.

²⁸ **Sissouras, A., Souliotis, K.** Health, Health Care and Welfare in Greece, Athens, Hellenic Republic – Ministry of Health and Welfare, 2003.

НЗС, предимно в селските райони. Дружеството е отговорно за селските здравни центрове. Останалите здравноосигурителни дружества, осигуряват здравни услуги на своите членове, основно чрез договаряне с лекарите на частна практика, за доболничния сектор, и с частните/публичните болници за болничното (вторично и третично) лечение. Вторичното и третично лечение е осигурено от НЗС – болниците, които са обществена собственост и се финансират главно от публични средства (държавния бюджет) и от здравноосигурителните дружества. Освен ключовата роля на МЗСС и на здравноосигурителните дружества, частният сектор играе също важна роля в извършването на здравни услуги.

Фиг. 1

Йерархична схема на управлението на гръцката здравна система



Източник: World Health Organisation. (1996), „Health Care Systems in Transition: Greece“, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, с. 9.

МЗСС, чрез своите централни и регионални служби е отговорно за планирането и прилагането на дейностите, свързани със здравеопазването, като общественото здраве, медицинските и социални грижи и др. Министерството също така координира някои от дейностите на частният сектор и на частните лица, които са свързани със здравеопазването. Централната администрация на Министерството се състои от министър, двама зам.-министри и двама генерални секретари на две централни служби (по общественото здраве и по социални грижи). На средно ниво има три генерални директората, един за общественото здраве и медицински грижи, един за регионалните администрации на МЗСС и един за социални грижи. Съществуват и няколко сфери, координирани директно от Министъра (правно осигуряване, връзки с обществеността, Секретариата на Централния здравен съвет (KESY), стратегическото планиране, отдела за анализи и прогнози, службите по наркомании и равенство между половете), както и някои сфери, които са под специален режим (службата по одит, статистическата служба и др.).

Централният здравен съвет (KESY), основан през 1983 г., е орган, който изготвя становища и експертни мнения за Министъра, свързани със здравната политика, както и със структурата и управлението на НЗС.

През септември 1995 г., МТСО поема контрола върху дейността и финансирането на социално/здравноосигурителните дружества, както и върху предлаганите от тях услуги. Министерството на отбраната отговаря за финансирането и управлението на 13 военни болници, които са извън системата на НЗС, а отговорността за здравните услуги за затворниците е на Министерството на правосъдието.

Членството в здравноосигурителните дружества е задължително за всички заети лица и за членовете на техните семейства, и е базирано на принципа на упражняваната професия. Повечето от дружествата са администрирани като публични предприятия и оперират по изключителния контрол на централната власт²⁹.

Управлението на здравноосигурителните дружества е отговорност на представители на работодателите, заетите и държавата. На пръв поглед, държавата изглежда доминиращата страна, поради факта, че тя отговаря пряко за финансирането. На практика това заключение не среща сериозни доказателства. Едно възможно обяснение е, че два от най-големите профсъюзи в Гърция – GSEE (Националната конфедерация на труда) и ADEDY (Конфедерацията на държавните служители), са контролирани от синдикалисти, които са твърде влиятелни в политическата партия PASOK, която управлява Гърция за дълъг период от време.

Като цяло, може да се твърди, че здравната система на Гърция е силно фрагментирана, по отношение на финансирането и извършването на здравни услуги. Закупуването и договарянето на здравните услуги от страна на здравноосигурителните дружества е некоординирано. Разпределението на финансовите ресурси

²⁹ World Health Organisation. Health Care Systems in Transition: Greece, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 1996, с. 9.

Развити системи за данъчно финансиране на здравеопазването от тип Бевъридж (NHSs)...

е базирано на исторически данни и цифри и регионалните различия между търсене на здравни услуги и достъп са сериозни³⁰.

Основните здравноосигурителни дружества са както следва:

– ИКА (Институт за социално осигуряване) – обхваща главно градското население, висшият мениджмънт на предприятията и производствените работници.

– ОГА (Организация за осигуряване на селското стопанство) – обхваща фермерите, селскостопанските работници и селското население.

– ОАЕЕ (Здравноосигурително дружество на самонаетите) – обхваща самонаетите лица, собствениците на магазини, занаятчиите и дребните търговци.

– ОТЕ; ДЕН – обхващат служителите в банките, телекомуникационния сектор и енергийния сектор.

Гръцката здравна система се характеризира с високо ниво на централизация и регулация. Повечето аспекти, свързани с финансирането и извършването на здравни услуги, се контролира от МЗСС. По-специфично контролът и регулациите които упражнява МЗСС, се съсредоточават в следните области:

– Здравноосигурителните дружества – въпреки че са самостоятелни организации, те са повече или по-малко регулирани от МЗСС, МТСО и Министерството на народното стопанство. Тези министерства определят спектъра на покриваните услуги, здравноосигурителните вноски, както и специалистите, до които осигурените лица имат достъп.

– МЗСС определя бройката на заетия персонал в болничните заведения, както и въздейства върху нивото на заплащане на персонала.

– МЗСС одобрява всички бюджети. Финансовото управление на всички обществено извършвани услуги е стриктно регулирано³¹.

Установяването на регионални здравни власти цели подобряването на слабоефективната администрация на гръцката здравна система. Вместо силно централизирания контрол и бюрократично осигуряване, от страна на МЗСС, чрез регионалните здравни власти се цели всеки регион да бъде управляван, като се вземат предвид специфичните му характеристики. На свой ред, добрата координация на управлението на регионалните здравни власти е добра основа за подобряването на достъпа до здравни услуги чрез въвеждането на интегрирана система за направления, по примера на останалите европейски страни³².

4.3. Финансиране и разпределение на финансовите ресурси

Здравните услуги в Гърция се финансират почти поравно от публични и частни източници. Публичните средства се набират посредством директни и инди-

³⁰ **Nikolentzos, A., N Mays, N.** Can existing theories of health care reform explain the Greek case (1983–2001)? *Journal of European Social Policy*, Vol. 18, 2008, № 2, с. 163–176.

³¹ World Health Organisation. *Health Care Systems in Transition: Greece*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 1996, с. 9–16.

³² **Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E.** Reforming the reform: the greek national health system in transition, *Health Policy*, 2002, № 62, с. 15–29.

ректни данъци и такси, както и чрез задължително социално осигуряване (както от заетите, така и работодателите, с някои споменати по-горе изключения). Доброволните плащания (сред които голям дял имат неформалните плащания) на осигурените лица или работодателите им, представляват доста голям дял от общите разходи за здравеопазване (повече от 42% през 2002 година, 57% през 2005 г.), което прави гръцката здравна система една от най-“(неформално)приватизираните”³³ сред страните от ЕС.

През 2002 г., общите разходи за здравеопазване в Гърция представляват 9,5% от БВП, като през 2005, те нарастват на 10,1%³⁴. Докато през 2002 г. 4,5% от БВП, или 47,4% от общите разходи за здравеопазване са частни, то през 2005 този процент нараства на 5,7 от БВП или на 57% от общите разходи за здравеопазване, което е най-високият процент в абсолютни размери за страните от ЕС-15.

Бюджетът на НЗС се определя годишно от Министерството на народното стопанство, на базата на исторически данни и след консултации с МЗСС. Данъчното финансиране осигурява около 70% от всички болнични разходи, като останалите 30% са поделени между социално осигуряване и директни плащания. Трябва да се отбележи, че най-често данъчното финансиране играе ролята на „буфер“, който запълва празнините на дефицитите на системата, резултат от официалното финансиране от социалното осигуряване и реалната стойност на извършените медицински услуги.

Въпреки последния закон за доболничната помощ (февруари 2004 г.), който залага постепенното установяване на финансова и административна автономия на медицинските центрове за доболнична помощ, последните са все още силно зависими от заложените им общи бюджети с респективните болнични заведения, покриващи техния район.

Всички заети в системата на НЗС (лекари, медицински сестри, стоматолози, фармацевти, технически и административен персонал) са държавни служители на твърдо възнаграждение. На лекарите, заети в НЗС, е забранено да имат частни практики (освен на изрично установени места в болничното заведение, където са наети, и само в извънработно време, за което им се заплаща на консултация). ИКА, най-голямото здравноосигурително дружество е основно отговорно за доболничната помощ на около 5,5 млн. души чрез системата си на градски поликлиники. Понастоящем дружеството изпитва пилотна програма за въвеждането на ОПЛ в системата на доболничната помощ и е в процес на изготвяне и внедряване на изчерпателен договор, който ще бъде сключван между него и ОПЛ, базиран на смесена капитация и възнаграждение на база клинични и финансови резултати³⁵.

³³ Според авторите на труда по-точен термин е десоциализирана, поради изключването на социалната компонента на здравната система, въпреки търсения социален ефект.

³⁴ Organisation for Economic Co-operation and Development (2007): „Health at a Glance 2007“, OECD Publications, Paris, с. 89.

³⁵ **Grosse-Tebbe, S., Figueras, J.** Snapshots of Health Systems, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, Denmark, 2005.

Частното финансиране на здравеопазването се разделя на директни (включително неформални) плащания и на частно здравно застраховане (15,6% от населението закупува частна здравна застраховка през 2005 г.). Директните плащания са много високи и се състоят от съпътстващи доплащания (за стоматологична и извънболнична помощ) и от неформални плащания (главно за болнична помощ). Неформалните плащания свидетелстват за невъзможността на гръцката държава да осигури пълно здравно покритие на населението, желанието на лекарите и на медицинския персонал за допълнителни доходи и (според някои автори) желанието на пациентите да изразят благодарност, с цел да си осигурят по-добро лечение и специално внимание. Незавършената и непълна система за финансиране на НЗС, води до процъфтяващ пазар на частните диагностични услуги и на частната доболнична помощ³⁶. Тук трябва да се отбележи, че за разлика от западноевропейските страни, в Гърция частното застраховане се закупува главно от заетите лица, а само 30% се договаря и заплаща чрез на работодателите³⁷.

4.4. Достъп

Публичната доболнична помощ в Гърция, представлява дуална (и често дублираща се) система, извършвана от лечебните заведения за доболнична помощ (собственост на ИКА) и болничните амбулаторни услуги, които са част от системата на НЗС.

Повечето от болничната помощ, се извършва в 123 общи и специализирани болнични заведения, с общо около 36 620 легла и 9 психиатрични болници с общо 3500 легла. Публичните болници извън НЗС включват 5 болнични заведения, собственост на ИКА, 13 военни болници, финансирани и управлявани от Министерството на отбраната и 2 университетски болници. През 2000 година, в Гърция има 3,9 легла на 1000 души, а през 2004, показателят намалява плавно до 3,8. Приблизително 75% от болничните легла са осигурени от обществения сектор, докато 243 частни болнични заведения (главно за активно лечение и клиники по акушерство и гинекология), съставляват останалите 25%. Установяването на нови регионални университетски болници има за цел да намали различията в разпределението на болничните легла до известна степен, но трябва да се отбележи, че повечето пациенти предпочитат болничните заведения в столицата Атина. През 2001 година осигуреността с практикуващи лекари е 4,5 на 1000 души, като през 2005 се покачва на 4,9, което е едно от най-високите в ЕС-15. Междувременно,

³⁶ **Nikolentzos, A., Mays, N.** Can existing theories of health care reform explain the Greek case (1983–2001)? *Journal of European Social Policy*, Vol. 18, 2008, № 2, с. 163–176.

³⁷ Economou, C. (2001): „Country Report: VHI in Greece“, Athens, National Public School of Health, 2001. Трябва да се отбележи, че закупуването на здравни застраховки е по-изгодно, чрез работодателите, защото представлява разход за тях и необлагаем приход за заетите лица. В същото време, ако заетото лице ги закупува, то доходът му бива първо облаган, поради което реалната икономическа цена на застраховката е реално по-скъпа.

въпреки конкретните мерки да се увеличи осигуреността с медицински сестри, показателят е 3,9 медицински сестри на 1000 души през 2001, като през 2005 намалява на 3,8 на 1000, което е едно от най-ниските равнища в цяла Европа.

Реформите в здравния сектор в Гърция са фокусирани главно върху увеличение на здравното покритие, увеличаване на публичните услуги в здравеопазването и подобряването на трудовите взаимоотношения, като общественото здраве остава на втори план. Съществуват значителни слабости в системата на общественото здраве в Гърция: няма национална стратегия по общественото здраве, няма национална програма за скрийнинг на заболяемостта по нозологии, няма национална здравна статистика, няма информационна система, която да събира и организира обществената здравна статистика и няма утвърдени специалисти по общественото здраве. Въпреки че на регионално ниво има директори по общественото здраве, техните отговорности се разпростират главно до инспектиране на здравните заведения и те нямат отношение към обществените здравни стратегии.

Съществува активен частен сектор за извършване на диагностични и терапевтични услуги (напр. клинична патология, физиотерапия, радиология, компютърна томография, ядрено-магнитен резонанс и хемодиализа). Понастоящем, 84,4% от лабораториите по радиология, 74,9% от лабораториите по ядрена медицина, 80% от ядрено-магнитните резонанси и 68% от СТ скенерите се намират в частни лечебни заведения. Осигуреността с СТ скенери на 1 млн. население в Гърция през 2005 г. е 25,8, далеч пред Германия с 15,4, Финландия с 14,7, Великобритания с 7,5.

Внедряването на нови технологии е базирано на влиянието на различни групи, вместо на резултати от икономически/клинични проучвания. Нещо повече, няма регулация на частния сектор по отношение на поддръжката и безопасността на високотехнологичните уреди в медицината. Поради неоптималното предлагане на високодиагностични услуги в публичния сектор, НЗС и/или здравноосигурителните дружества заплащат на частния сектор да ги извършва за техните пациенти. Нещо повече, може да се твърди, че много доктори от системата на НЗС получават неформални плащания, от страна на частните диагностични центрове, за да ги „снабдяват“ с пациенти за компютърна томография или ядрено-магнитен резонанс³⁸.

5. Дания

Дания е конституционна монархия с парламентарно управление. В държавата има централно правителство и местни правителства в 98 общини.

През 2009 г. населението на Дания наброява 5,5 млн., като 18,1% са във възрастовата граница от 0–14 години, 65,8% в границата от 15–64 години и 16,1% в границата 65+. Годишният прираст на населението възлиза на 0,28%, а средната възраст е 40,5 години. Раждаемостта е 10,54‰, докато смъртността е 10,22‰.

³⁸ **Petmesidou, M., Mossialos, E.** Social Policy Developments in Greece, Ashgate Publishing, Hampshire, England, 2006, с. 295–298.

Развити системи за данъчно финансиране на здравеопазването от тип Бевърлидж (NHSs)...

Специфичните демографски показатели, чрез които се анализира качеството на живота, а именно нивото на детска смъртност и средната продължителност на живота са съответно 4,34‰ и 78,3 години³⁹. Основните причини за смърт в Дания са сърдечносъдовите заболявания, неоплазми, нарушения на дихателната система, и др.

5.1. Структура на датската здравна система

В по-голямата си част, датската здравноосигурителна система е финансирана от местни (общински и областни) данъци и такси и се характеризира с интегрирано финансиране и извършване на здравните услуги на местно (общинско и областно) ниво. Повечето от доболничната медицинска помощ се извършва от частно практикуващи ОПЛ, на които се заплаща, чрез комбинирана система от капитация и такса за услуга. Общините контролират бройката и местоположението на ОПЛ, а техните такси и работните им условия се договарят централно. Общинските здравни власти осигуряват домашни посетители, домашни медицински сестри и училищно здравеопазване. Болничната помощ се извършва главно от болнични заведения, които са стопанисвани и управлявани от общините (изключение е Копенхагенската болнична корпорация в района на Копенхаген). Частните болнични заведения са силно ограничени, като те отговарят за по-малко от 1 % от всички болнични легла в страната.

Централното управление играе сравнително ограничена роля в сферата на здравеопазването. Неговите основни функции са да регулира и координира системата и да дава препоръки за нейното развитие и дейности. Основните отговорности на правителството са да изготвя приоритети и цели на националната здравна политика, да подготвя и обнародва законодателство за здравната система, да прилага регулативни мерки, да способства за съвместната работа на различните страни, свързани в здравеопазването, да издава препоръки за цялостната работа на системата, да предоставя здравна информация, както и информация за здравната система, да способства за подобрене на качеството на извършваните медицински услуги и да приема оплаквания и мнения на пациенти.

Ролята на Министерството на вътрешните работи и здравеопазването (МВРЗ) е главно административна. То е отговорно за здравната политика, за изготвянето на стандарти и законодателство, вкл. законодателство, отнасящо се до извършването на медицински услуги, медицинския персонал, болничните заведения, аптеките, лекарствените средства, ваксинациите, майчинските здравни грижи, здравните грижи за подрастващите и правата на пациентите. Министерството на финансите играе ключова роля за оформянето на икономическата рамка за здравния сектор.

Основан през 1932 г. и сега в структурата на МВРЗ, Националният съвет по здравеопазване (НСЗ) е отговорен за техническите аспекти на здравната система,

³⁹ Danmarks Statistik www.dst.dk

като контрола на медицинския персонал и здравните институции, изготвянето на експертни мнения за различните министерства и общини по здравни въпроси.

По-голямата част от здравеопазването в Дания се финансира и извършва от областите, чиито отговорности включват:

- финансиране на доболничната помощ
- финансиране на болничната помощ
- регулиране на практиките на ОПЛ
- стопанисване и управление на централните за родителски консултации
- стопанисване и управление на болнични заведения
- стопанисване и управление на специализирани институции за инвалиди
- извършване на психиатрични консултации и помощ
- поставяне под карантина и профилактика

Общините (които се управляват от общински съвети, избирани за срок от 4 години) са отговорни за извършването на следните услуги:

- управление на домовете за сестрински грижи
- здравни посещения по домовете (вкл. пренатални консултации и постнатални посещения)
- осигуряване на сестрински грижи по домовете
- домашна помощ (домашни помощници, които подпомагат ежедневните дейности)
- общински стоматологични услуги
- поставяне под карантина и профилактика⁴⁰.

5.2. Управление, контрол и договаряне

Въпреки че няма национален план или национална агенция по планирането в здравеопазването, законовата рамка, обнародвана през 1994 г., изисква от областите и общините да развият планове за здравеопазването на всеки четири години, с цел координация на всички техни профилактични дейности, както и за дейностите, свързани с активното лечение на пациенти. Координационният процес варира сериозно между различните области, но често се базира на срещи, семинари и работа на общи комитети, която се фокусира над специфични области, като здравеопазването за подрастващите, здравеопазването при възрастните и/или психичното здраве. Тези планове трябва да се предават на НСЗ за коментари, оценка и одобрение.

Годишното договаряне на бюджета на различните политически и административни нива, определя основната икономическа рамка за системата на здравеопазване. В последните години, централното правителство използва все повече и повече процеса на договаряне, за да въздейства върху основните посоки на развитие на здравеопазването в страната. Това се осъществява чрез набелязването на приоритетни сфери като кардиохирургия, лечение и профилактика на раковите

⁴⁰ **Vallgerda, S. и колектив.** Health care systems in transition: Denmark, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2001, с. 19–24.

заболявания, намаляване на времето на изчакване по пациентските списъци и предоставянето на специални „грантове“ за здравеопазване на областите и на общините, за постигането на цели като намаляване на горепосоченото време, увеличаване на броя на операциите за поставяне на байпас/и и увеличаване на обема на психиатричната помощ.

НСЗ упражнява контрол до известна степен върху предлагането на медицински специалисти, чрез лицензионни механизми, като в същото време е особено влиятелен в областта на медицинското образование и приетите бройки студенти.

Болничното лечение е отговорност на градовете и на областите, още от XVIII век, като през XIX век местното самоуправление поема отговорността за извършването на медицински услуги в подопечните им райони. До 1930 г., централното правителство е отговаряло за финансирането на здравната система и за извършването на здравни услуги, но през 1970 г., датския парламент делегира тези отговорности на областите и на общините, като част от радикално административно реструктуриране и реформиране на местните правителства, което намалява броя на областите от 25 на 14 и броя на общините от 1386 на 275.

Няколко здравни дейности, които преди това са били извършвани от държавата и общините са прехвърлени на областите, като по този начин, реформата е съвкупност от децентрализация и централизация, едновременно. От 1970 г., повечето решения, по отношение на вида и съдържанието на здравните дейности се извършват на областно и на общинско ниво.

Въпреки това, трябва да се отбележи, че съществуват важни системи за координация и договаряне между държавата, от една страна, и областите и общините, от друга, както и само между областите и общините. В последните години, фокусът върху контрола на разходите на здравната система се съсредоточава върху усилията за поощряване на високо ниво на формално сътрудничество на всички нива⁴¹.

5.3 Финансиране и разпределение на финансовите ресурси

През 2005 година, 84 % от общите разходи за здравеопазване се финансират от комбинация от национални, областни и общински данъци и такси⁴². Местните данъци са допълвани от държавни субсидии, които се начисляват годишно, според размера на местните постъпления от данъци и такси. Нещо повече, трансферират се финансови ресурси между различните области и общини, на базата на формула, която взема предвид следните фактори: възрастово разпределение, брой на деца в семейства на един родител, брой на лица, живущи в жилища под наем, ниво на безработица, брой на лица без образование, брой на емигранти от страни, извън ЕС, брой лица, живущи в социално неблагоприятни и отдалечени райони и процентът на пенсионирани лица, живеещи самостоятелно.

⁴¹ Vallgerda, S. и колектив. Health care systems in transition: Denmark, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2001, с. 25–30.

⁴² Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2007, OECD Publications, Paris, 2007, с. 95.

Достъпът до ОПЛ и болничното лечение е свободен за всички граждани и резиденти на Дания. Не се предоставя възможност на гражданите и резидентите на Дания да бъдат извън системата на задължително участие в здравеопазването (с изключение на споменатите по-долу случаи).

Не съществува позитивен списък на извършваните гарантирани здравни услуги, предоставяни от обществената система на здравеопазване в Дания, с изключение на някои контролни прегледи при подрастващите и бременните жени. Някои видове лечение трябва да се определят като полезни или наложителни от лекар, за да бъдат реимбурсирани с публични средства. Като пример може да се даде козметичната и естетична хирургия. Тя е безплатна, само в случаите, в които има лекарско решение, че е наложителна поради психологически причини у пациента. Решенията се вземат самостоятелно от лекарите (не е нужна лекарска комисия) и са отделни за отделните случаи (групови решения са недопустими). Лечението на безплодието е необичайно стриктно регулирано, като съществуват фиксирани забрани за някои процедури като подпомогнато и/или *in vitro* зачеване. Системата на обществено здравеопазване не покрива лечения, които се считат за „неконвенционални“ и „алтернативни“, като например зоневата терапия, акупунктурата, кинезиологията, хомеопатията и сра процедурите, както и за оптичните приспособления, освен ако пациентите нямат значително затруднено зрение. Разходите за физиотерапия, стоматологична помощ и медикаменти (предписани в системата на доболничната помощ) се покриват само частично от системата на обществено здравеопазване. Реимбурсирането на медикаментите се базира на позитивен лист на лекарствени средства, изготвян от Националната агенция по лекарствени средства.

Частното финансиране на здравеопазването се формира от директни плащания и доброволно частно медицинско застраховане (общо около 16 % от общите разходи за здравеопазване).

В Дания няма потребителски такси и съпътстващи доплащания за неклиничните услуги. Потребителски такси, под формата на съпътстващи доплащания (процент от общите разходи) се прилагат при физиотерапията, стоматологичната помощ и оптиката. Размерът на съпътстващите доплащания при стоматологичните услуги, варира сериозно, спрямо извършените медицински процедури, но обикновено са сравнително високи и поради тази причина предизвикват публични дебати и спорове, относно достъпността им и равенството на достъпа. Потребителските такси при посещение при ОПЛ, както и за болничен престой, са дискутирани като метод за редуциране на ненужната болнична утилизация, но винаги са били отхвърляни с мотива, че достъпът на лицата с ниски доходи до медицинска помощ може да бъде ограничен сериозно, като резултат от такива мерки.

Предписаните лекарствени средства в доболничната помощ са обект на вариращи нива на съпътстващи доплащания, чрез които пациентите покриват 100 %, 50 %, 25 % или 15 % от разходите на базата на индивидуалните разходи за медикаменти, през определен период от време. Хронично болните пациенти, с

перманентна и висока употреба на медикаменти, могат да кандидатстват за пълно освобождаване от съпътстващите доплащания, щом техните годишни разходи за лекарствени средства надхвърлят годишния таван от 3600 датски крони (DKr). Съществуващите специални правила за пенсионерите бяха отменени, въпреки че пенсионерите, които срещат трудности да заплащат за медикаментите си, могат да кандидатстват за финансова подкрепа от тяхната община. Пациентите с твърде ниски доходи, могат да получат частично подпомагане за съпътстващите доплащания за медикаменти, според спецификата на случая им. Пациентите от т.нар. група 2 (разгледана детайлно по-долу), трябва да заплащат посещенията си при ОПЛ и специалисти. Потребителските такси, както и съпътстващите доплащания не са освободени от данъци и такси.

Около 30% от населението закупува доброволна съпътстваща здравна застраховка, за да покрие разходите за съпътстващи доплащания в обществената система. Допълнителното пълно частно медицинско застраховане (даващо достъп на застрахованите лица до частни болнични заведения) се развива бързо в последното десетилетие, поради някои дефекти на обществената система (пациентските списъци и дългото време за изчакване и др.). Допълнителното пълно медицинско застраховане е съществена част от трудовото договаряне и понякога се включва в централно договаряни колективни трудови договори, в някои сектори и/или отделни фирми. Този тип здравно застраховане покрива основно лицата в предпенсионна възраст. Понеже всички видове заболявания са с по-ниска инцидентност в тази възрастова група, и понеже спешните болестни състояния са поемани незабавно в обществения сектор на здравеопазването, този вид застраховане е силно ограничен за момента. Като цяло може да се каже, че пазара за частно медицинско застраховане се разраства в резултат от лошото качество на системата на обществено здравеопазване. В същото време, след като заетите лица и работодателите се убедят в някои от ограниченията на доброволното здравно застраховане, а правителството увеличи обществените средства за финансиране на обществената система, е възможно да се стигне до стагнация или спад на търсенето на частни медицински застраховки. Трябва да се отбележи, че няма централен източник на информация, относно частното медицинско застраховане, а самите застрахователни дружества не предоставят характеристики и проучвания на застрахованите от тях лица, както и на предоставените им услуги.

През 2005 година, общите разходи за здравеопазване в Дания се равняват на 9,1% от БВП. 84% от общите разходи по здравеопазване са публични средства, а 16% са частни. Разходите по здравеопазване, като дял от БВП падат през 70-те и 80-те години на миналия век, но започват бавно да се покачват през средата на 90-те. Според националната статистика, общите разходи за здравеопазване в реално изражение, за периода 1988–1999 растат със средно 2,3% на година, като за периода 1999–2005, показателят е 2,8%.

Най-важният механизъм за разпределение на финансовите ресурси в Дания е договарянето на националния бюджет за здравеопазването в страната. Бюджетът

се договаря веднъж годишно между МВРЗ, Министерството на финансите и Националната асоциация на местните власти. Целта на договорния процес е да определи основни лимити на средния темп на растеж на бюджетите за здравеопазване на общините и областите, както и да определи нивата на финансиране.

Обществените болнични заведения са основно финансирани, чрез глобално бюджетиране, което се определя от областните управи след договаряне с болничните администрации. Бюджетът се базира на данни за клиничното и финансовото представяне на болничните заведения за минали години, като се модифицират при внедряването на нови дейности, както и при промени в основните задачи и в специфичните нужди на пациентите. Няколко инициативи са въведени от централното правителство и от областната администрация, с цел да се противодейства на негативните аспекти на глобалното бюджетиране, сред които внедряването на заплащане, изцяло базирано на ДСГ, за пациентите, които са лекувани в болнични заведения извън тяхната област на местоживеене (в съответствие със свободния избор на лечебно заведение). Преди гореспоменатата реформа от 2000 г., болниците за реимбурсирани за такива пациенти, на базата на леглоден. ДСГ са предпочитана форма на реимбурсиране и са предмет в договарянето на дейности на всяка областна болница, при договарянето на глобалния ѝ бюджет. Според тази система, болничните заведения получават предварителна бюджетна рамка, 90% от която представляват средства получавани предварително за договорените ДСГ-дейности, според т.нар. case-mix система, а 10% представляват средства, които се изплащат според извършените дейности.

Заплащането на ОПЛ е смесица от капитационни плащания на тримесечие, за записаните при тях пациенти и такси за услуга. Средно около една трета от заплащането на ОПЛ идва от капитационни плащания. Останалите средства са плащания за консултации и такси за индивидуални процедури. Лицензираните от областните власти специалисти в доболничната помощ са заплатени изцяло чрез такси за услугите, които извършват. Лекарите и медицинският персонал, зает в обществените болници получават фиксирано заплащане⁴³.

5.4. Достъп

Здравните услуги в Дания се извършват от:

- Самонаети здравни работници – ОПЛ, специалисти, физиотерапевти, стоматолози, фармацевти и др.
- Болнични заведения – основно финансирани, стопанисвани и управлявани от областите или от Копенхагенската болнична корпорация; съществуват и частни болници, но те отговарят за около 1% от всички болнични легла.
- Общински служби – отговарят за домовете за сестрински грижи, патронажните служби (включително дородилните и следродилните консултации), за

⁴³ **Vallgerda, S и колектив.** Health care systems in transition: Denmark, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2001, с. 27–31.

социалните помощници и посещенията по домовете, за медицинските грижи по домовете, за общинските стоматологии и за здравеопазването в училищата.

Доболничната медицинска помощ се извършва от самонаети здравни специалисти и от общински здравни служби.

ОПЛ играят важна роля в датската здравна система, като първи контакт с пациента и като ограничители на достъпа до болничната помощ, специалистите в доболничната помощ и физиотерапевтите. Поради свободния избор на болнично заведение, въведен през 1993 г., ОПЛ също така поемат ключовата функция да съветват пациентите, кое болнично заведение да изберат.

От 1973 г. резидентите и гражданите на Дания над 16-годишна възраст, могат да избират измежду две опции за ОПЛ, известни като Група 1 и Група 2. Достъпът до ОПЛ е свободен за всички лица избрали Група 1, но лицата, избрали Група 2, трябва да заплатят определена сума за консултацията във вид на потребителска такса. Лицата от Група 2 могат да посещават всеки ОПЛ, по техен избор, както и специалисти без направление, но заплащат определен процент от извършените им услуги, с изключение на болничното лечение. Само 1,7% от населението на Дания е избрало опцията да участва в Група 2, отчасти заради допълнителните разходи, които предлага тази опция, както и заради общото удовлетворение от системата на направления, издавани в доболничния сектор.

ОПЛ управляват частни практики, самостоятелно (около една трета от всички практики), или в съдружие с други ОПЛ. Като резултат от сдружаването между различните практики, услугите, извършвани от ОПЛ са достъпни 24 часа на ден. Много болнични заведения извършват спешна медицинска помощ със свободен достъп, въпреки че някои области в страната са ограничили достъпа до тези услуги, като се изискват направления за спешна хоспитализация или спешните случаи се поемат от специални служби по спешна помощ.

Някои услуги по общественото здраве са интегрирани към услугите за активно лечение, докато други са организирани като отделни дейности, извършвани от специализирани институции. През 1999 г. централното правителство започва национална програма за подобряване на общественото здраве и профилактиката в страната, с основни задачи да се подобри чувствително общественото здраве, да се намалят социалните различия, както и 17 други по-специфични задачи. През 2002 година, една нова и модифицирана програма е започната от новото правителство. Отговорността за наблюдението и контрола на общественозначимите заболявания е отредена на отговорниците по общественото здраве, наети в МВРЗ, които разполагат с правомощията да затварят цели институции, с цел да избегнат разпространяването на инфекции. Основните ваксинационни планове са отговорност на ОПЛ, и се финансират от областите на принципа такса за услуга. Подрастващите лица имат право на свободен достъп до безплатни здравни прегледи. Бременните жени имат достъп до безплатни предродилни консултации, извършвани от ОПЛ, акушерки и други специалисти.

Повечето от болниците в Дания са стопанисвани, управлявани и финансирани от областите. Изключения са болниците в района на Копенхаген и частните болнични заведения (регистрирани като търговски дружества). Както беше неведнъж споменато, тези болнични заведения, отговарят за около 1 % от общия брой на болничните легла в страната. Всяка област разполага поне с една централна болница и по-малки районни болници, като се има предвид, че размерът на болничния сектор, варира чувствително между различните области.

Осигуреността с болнични легла на 1000 души пада от 7,6 през 1980, 4,9 през 1995, 3,7 през 1999 на 3,1 през 2004 година. Относителното намаление на болничните легла е най-чувствително в психиатричните болници, най-вече поради политиката на деинституционализация. Като друга причина за общия спад на осигуреността с болнични легла може да се посочи увеличението на броя на доболничните консултации. Средната продължителност на болничния престой спада от 13,3 дена през 1980, 5,6 дена през 1999 на 3,5 дена през 2005. Основната причина за спада в средния болничен престой е спадът в престоя на лицата на възраст над 65 години.

От 1993 г. много области въвеждат „нефиксиран“ договори с болничните заведения, които допълват глобалните бюджети и си поставят за цел, да повишат отчетността по разходите, като в същото време да повишат нивото на дейностите, като таргетираат обема, услугите и качеството им. В някои случаи договорите предоставят мотивация под формата на финансиране, базирано на дейността, или бонуси за определени насоки и практики на лечение. В тази връзка се наблюдава тенденция да се делегират управленски решения и финансова отговорност, даже на по-ниски нива, като болнични отделения, за да се създаде по-добра финансова отчетност, като в същото време се предоставят силни икономически стимули за клинична и икономическа ефективност на извършените услуги.

Преди 1993 г. в Дания съществуват стриктни правила, относно направленията за болнично лечение, пациентите се насочват само и единствено към болнични заведения по местоживеене, като имат правото да избират измежду болниците в своята област. От 1993 година пациентите имат правото на свободен избор на болнично заведение навсякъде в страната, стига то да е със същото ниво на специализация, за което е направлението. За момента само ограничен брой пациенти са се възползвали от тази реформа (между 5 % до 10 % от неспешните хоспитализации). Към днешна дата, реформата е оказала най-голямо въздействие в областта на плановата хирургия.

Социалният и медиен интерес по въпроса за времето за изчакване по пациентските списъци провокира серия от проучвания и доклади, инициирани на централно ниво през 90-те години на миналия век. По-конкретни мерки, които са взети, включват разпределението на допълнителни средства към общините и до фиксирането на максимално допустими времена за изчакване за различните видове лечение по нозологии. Последната административна мярка за фиксиране на

времето за изчакване е приета през юли 2002 г. и определя максималното допустимо време на два месеца.

Повечето от социалните грижи в Дания са извършвани от общините, включително: плащането на социални помощи (болнични и инвалидни пенсии), старчески домове, домове за инвалиди, домове за пациенти с хронични заболявания (вкл. ментални разстройства), както и общински центрове по психично здраве (само в някои региони). Общините са също така отговорни за осигуряването на подслон за ментално болните и бездомните. Областите извършват някои социални услуги за специални групи, като предоставянето на специални технически средства и грижи за ментално болните, инвалидите с висок процент на загубена трудоспособност и наркозависимите пациенти.

Осигуреността с практикуващи лекари на 1000 души население в Дания се увеличава постепенно от 2,18 лекари през 1980, 2,84 през 1999 на 3,6 за 2005. Темпа на растеж на този показател е по-нисък, отколкото средния за ЕС-15, поради ограничения достъп до медицинско образование през 70-те и 80-те години на миналия век. Около 60% от лекарите са наети от болничните заведения. Около 23% са ОПЛ. Докато разпределението на ОПЛ е равномерно в страната, практикуващите специалисти в доболничната помощ са концентрирани в столицата и другите големи градове. Най-сериозният проблем за датската здравна система е набирането на медицински сестри и липсата на лекари в определени области на страната. Недостигът на медицински сестри е причинен главно от ниските нива на заплащане, тежкото натоварване и лошите условия на труд.

Фармацевтичните продукти се предлагат от частни аптечни заведения в системата на доболничната помощ, както и от болнични аптеки (собственост на областите). Частните аптечни заведения са обект на стриктна регулация, като техният брой и географско разпределение се регулират от МВРЗ. От октомври 2001 г. се либерализира пазара на лекарствени средства, за които не се изисква медицинска рецепта. Болничните заведения закупуват около 90% от лекарствените средства, от прилежащите им болнични аптеки.

Датският Институт за оценка на здравните технологии (ДИОЗТ) е основан през 1997 година. Ключова функция на института е да прилага националната стратегия за оценка на здравните технологии, развита от НСЗ през 1996 година. ДИОЗТ прилага националната стратегия, съвместно със заинтересованите страни в сферата на здравеопазването. Понастоящем институтът е в структурата на Центъра за оценка на болничните заведения⁴⁴.

6. Ирландия

Ирландия е република с парламентарно управление и двукамерен парламент. В държавата съществуват 26 области.

⁴⁴ **Vallgerda, S. и колектив.** Health care systems in transition: Denmark, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2001, с. 39–69.

През 2009 г., населението на Ирландия наброява 4,2 млн., като 20,9% са във възрастовата граница от 0–14 години, 67,1% в границата от 15–64 години и 12% в границата 65+. Годишният прираст на населението възлиза на 1,12%, а средната възраст е 35 години. Раждаемостта е 14,23‰, докато смъртността е 7,75‰. Специфичните демографски показатели, чрез които се анализира качеството на живота, а именно нивото на детска смъртност и средната продължителност на живота са съответно 5,05‰ и 78,24 години⁴⁵. Основните причини за смърт в Ирландия са сърдечносъдовите заболявания, неоплазми, нарушения на дихателната система и др.

6.1. Структура на ирландската здравна система

Ирландската здравна система се характеризира с микс от публично и частно финансиране и извършване на здравните услуги. Централното правителство отговаря за здравната система чрез Отдела по здравеопазването и децата (ОЗД). Към 2005 година, извършването на здравни услуги и индивидуални социални грижи попада под юрисдикцията на седем регионални здравни борда и на Източната регионална здравна служба (ИРЗС), която отговаря за Дъблин и областта.

Всички резиденти имат достъп до всички здравни услуги. Пациентите, попадащи в Категория 1, или около 29% от населението на страната, притежават медицински карти, които им дават правото на свободен достъп към здравни услуги, особено в доболничната помощ. Квалификационният критерий за получаването на такива карти е свързан основно с доходите, а отпък – с възрастта на пациентите. Пациентите, попадащи в Категория 2, имат здравно покритие за публичните болнични заведения, които са обект на фиксирани такси, както и обект на процентни вноски за разходите на специфични медицински услуги.

Доброволното здравно застраховане играе важна роля в ирландската здравна система за период от над 50 години. През 2002 г. изчисленото на ниво общност доброволно здравно застраховане, покрива около 50% от населението. Бордът по доброволно здравно застраховане, основан през 1957 г., функционира като организация с идеална цел, полудържавна здравна застрахователна структура с борд на директорите, избирани от Министъра на здравеопазването и децата. Бордът държи около 80% от пазарния дял на здравното застраховане. Около една четвърт от населението не притежава нито медицинска карта, нито здравна застраховка. По принцип много хора се включват към доброволното частно здравно застраховане, понеже това им гарантира незабавен достъп до някои болнични услуги. Здравните грижи, финансирани чрез доброволното здравно застраховане, могат да бъдат извършени чрез държавния сектор, доброволни организации и частни лечебни заведения⁴⁶.

⁴⁵ Central Statistics Office www.cso.ie

⁴⁶ The Adelaide Hospital Society. The Irish Health Service: Vision, Values, Reality, Dublin, 2007.

6.2. Управление, контрол и договаряне

Услугите в здравеопазването за населението на Ирландия се извършват главно чрез публично финансираната здравна система под надзора и контрола на централното правителство, чрез което теоретично всички жители на Ирландия имат право на достъп до медицински услуги. За разлика от НЗС във Великобритания, достъпа до безплатни или частично безплатни медицински услуги се базира на разплащателната способност на населението, което е разделено на 2 основни категории.

Както беше вече споменато, 29% от населението попадат в Категория 1, която покрива нискодоходните социални групи. Лицата, попадащи в Категория 1 имат право на достъп до всички медицински услуги безплатно. Болшинството от населението, попадащо в Категория 2, трябва или да заплаща директно или да закупи доброволна частна медицинска застраховка за доболничната помощ и за здравните услуги. Лечението в публичните болнични заведения е обект на умерена система на съпътстващи доплащания, базирани на леглоден.

Ядрото на ирландската здравна система е съсредоточено в националната схема, насочена към населението, попадащо в Категория 1, която обхваща нискодоходните социални групи. Условието за включване в тази група се състоят от фактори като: доходи, брой членове на семейството, възраст и др. Предпоставка за достъп до безплатни медицински грижи е медицинската карта, която се издава от осемте здравни борда. Доболничната помощ се доставя безплатно според Генералната схема за здравни услуги (за пациентите в Категория 1). Пациентите, попадащи в Категория 2, са длъжни да заплащат всички здравни услуги в доболничната помощ.

Разходите за медикаменти над определено равнище са реимбурсабилни, независимо от доходите на пациента или други фактори. Болничната помощ в публичните болници са също така безплатни за пациентите в Категория 1, докато пациентите в Категория 2 са длъжни да заплащат определен процент от разходите, чрез съпътстващи доплащания.

Някои медицински услуги са извършвани безплатно за всички видове пациенти, като лечението на инфекциозни заболявания и определени педиатрични здравни услуги.

Националната здравна схема на Ирландия се фокусира върху пациентите в неравностойно социално положение. Поради тази причина, пропуските в публичната система на здравеопазването се попълват чрез частно застраховане. Бордът по доброволно здравно застраховане, както и BUPA Ирландия, отговарят за доброволното здравно застраховане. Правната обосновка на доброволното частно здравно застраховане е регулирана със Закона за здравно застраховане от 1994 г. В закона е посочено че за всяко различно ниво на здравно покритие, застрахователната компания трябва да изисква застрахователна премия, която е еднаква за всички застраховани лица, без значение на фактори като възраст, пол и (асоции-

рани) здравни рискове. Застрахователните премии се формират на базата на специфичен процес на рейтинговане на географски разпределеното население, който включва механизъм за еквилибриране (изравняване) на риска. Законът също така постановява, че частните застрахователи, трябва да функционират на принципа на „отворените врати“, което означава, че частният застраховател е задължен да сключи застраховка с всеки желаещ клиент, без значение на други фактори, освен желанието на клиента.

ОЗД отговаря за социалната сигурност, за прилагането на здравни политики, за планирането на здравната система и за контрола върху извършването на медицински услуги. Местните власти имат по-силно ограничена роля в ирландската здравна система.

На регионално ниво, здравните услуги се извършват чрез осемте борда, които обслужват население, вариращо от 200 000 до 1,2 млн. души. Всеки борд има свой изпълнителен директор и се състои от избрани местни представители, няколко министерски номинации и представители от определени лекарски професии, на щат към бордовете. Широк спектър от доброволни организации играят важна роля при извършването на медицински услуги, като здравните бордове са оторизирани да сключват споразумения с тях (според Здравния закон от 1970 г.)⁴⁷.

6.3. Финансиране и разпределение на финансовите ресурси

Общите разходи за здравеопазване, като процент от БВП остават стабилни през последните години, като през 2005 година представляват 7,3%. Публичните разходи като дял от общите разходи за здравеопазване се покачват чувствително от 1996 г. до 2005 г., от 71,4% до 80,6%. Директните плащания също се покачват като дял от частните източници на финансиране на здравеопазването от 48,3% през 1996 на 61% през 2005.

Лицата, които търсят убежище имат право на същия набор от медицински услуги като лицата, притежаващи медицинска карта. Остатъкът от обществото, който попада в Категория 2, е обект на съпътстващи доплащания в болничната помощ на базата на леглоден. Съпътстващото доплащане е в размер на 60 EUR на ден, като в същото време съществува годишен максимум от 600 EUR. Пациентите в Категория 2 заплащат директно доболничните услуги, които ползват с изключение на онези, които притежават специална карта за посещения при ОПЛ. Извънболнично предписаните фармацевтични средства се заплащат напълно от пациентите в Категория 2, до месечен максимум от 85 EUR. Пациентите в същата категория заплащат също така частно за стоматологичните и офталмологичните услуги, като известно реимбурсиране за тези разходи може да бъде получено чрез схемата „социални помощи за лечение“. През 2005 г. правителството въвежда нова „карта за посещения при ОПЛ“ с цел да се предостави свободен достъп до услугите на ОПЛ. Прагът на доходите за получаването на такава карта е с 50% по-висок от

⁴⁷ The Adelaide Hospital Society (2007): The Irish Health Service: Vision, Values, Reality, Dublin.

минималния праг за получаване на медицинските карти. Частното здравно застраховане покрива над 50% от населението. То играе смесена допълнителна и/или заместваща роля, предлагаща по-бърз достъп до медицински грижи, достъп до частния медицински сектор, реимбурсиране на съпътстващите доплащания в доболничната помощ и (ограничено) реимбурсиране на болничните съпътстващи доплащания.

Здравната система в Ирландия се финансира основно чрез общо данъчно облагане и прогресивни здравни вноски, удържани от доходите. Подоходните здравни вноски са в размер на 2% за доходите под 100 000 EUR годишно и 2,5% върху доходите над това ниво. Притежателите на медицински карти и останалите нискодоходни социални групи са изключени от системата на здравни вноски. Общото данъчно облагане и здравните вноски представляват около 70% и респективно 10% от общите разходи за здравеопазване. Пазарът на частно здравно застраховане е силно регулиран.

Застрахователните дружества са задължени да работят на принципа „отворени врати“ (за лица до 65 години), като в същото време са длъжни да предоставят и минимални пакети от здравни услуги. Също така дружествата са длъжни да извършват финансови трансфери заради механизма на рисково еквилибриране, в сила от 2006 г.

Общото данъчно облагане и подоходните здравни вноски се събират от отдела по финанси и се трансферират на Изпълнителната здравна служба и Националния фонд за заплащане на лечението (НФЗЛ, основан през 2002 г., за да противодейства на проблема със списъците на изчакващи пациенти). Бюджетът за здравеопазването се гласува на годишна база от парламента.

Изпълнителната здравна служба и Националният фонд за заплащане на лечението се договарят с извършителите на здравни услуги и с болничните заведения. Бюджетът за здравеопазване се формира на базата на историческите преразпределения на минали бюджети, с фиксирани средства към обществените болнични заведения и доброволните болнични дружества. Тук трябва да се отбележи, че в някои болнични заведения преразпределението на ресурсите и бюджетирането се формират на базата на кейс микс система и на базата на обем дейност. Националният фонд за заплащане на лечението отговаря за всички пациенти, които изчакват лечение в продължение на три или повече месеца.

Публичните ОПЛ получават възнаграждение според ценоразпис от такси, базиран на капитационна схема с тегла, подкрепена от допълнителни такси за специални услуги, като домашни посещения в извънработно време или противогрипни ваксинации. Частните ОПЛ получават възнаграждение на базата на такса за услуга. Болничните специалисти в публичните болници и в доброволните болнични дружества получават фиксирано възнаграждение, докато тези, които работят в частните болници, получават заплащане на базата на такса за услуга. Болничните

специалисти, заети в публичните болници, са възнаграждавани също на принципа такса за услуга, когато лекуват частни пациенти⁴⁸.

6.4. Достъп

ОПЛ са самостоятелно заети лица, 50% от които практикуват в самостоятелни практики, а останалите в партньорства от двама или трима. Болшинството лекуват, както частни, така и публични пациенти, и договарят условия за извършването на медицински услуги на пациенти, попадащи в Категория 1, в замяна на капитационно възнаграждение за проведеното лечение. ОПЛ имат сложна роля, ограничаваща достъпа до болничната помощ. От друга страна, пациенти, които нямат достъп до безплатни медицински грижи в доболничния сектор, могат да отидат директно в болничните заведения. Съществуват малки съпътстващи доплащания за консултации на не спешни случаи на пациенти, които нямат направление от ОПЛ.

В Ирландия са въведени мултидисциплинарни екипи в доболничната помощ, като целта им е да обслужват население между 3000 и 7000 души в зависимост от това дали местоположението е градско, или селско. Между 600 и 1000 такива екипи ще бъдат внедрени в бъдещите 10 години, като първите 60 от тях функционираха в началото на 2006 г. Здравните бордове са също така отговорни за извършването на набор от профилактични здравни услуги, както и на превантивни здравни услуги в цялата страна, вземайки предвид както местните нужди, така и националните стратегии за цялостното население, а също така и специфични социални групи, класифицирани като често мигриращи.

Болничният сектор включва в себе си доброволните болнични дружества, публичните болници и болници на здравните бордове. Последните се финансират директно от държавата, като в същото време се управляват от здравните бордове. Доброволните болнични дружества се финансират основно от държавата, но се управляват от религиозни организации или граждански бордове от гуверньори. През 2000 г. съществуват 60 болници за активно лечение в Ирландия, 23 от които са в юрисдикцията на ИРЗС. Тук трябва да се отбележи, че съществуват малко на брой болници, които са изцяло в частния сектор. Болничните специалисти са възнаграждавани с фиксирано възнаграждение за лечението на пациенти от публичната система на здравеопазването. Въпреки това техните договори позволяват широка възможност за частна практика, която им носи доходи на базата такса за услуга⁴⁹.

Болничните легла в публичните болници и в доброволните болнични дружества са предназначени, както за публични, така и за частни пациенти, за да се

⁴⁸ Thomson, S., и колектив. "Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses", World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009, с. 150–160.

⁴⁹ The Adelaide Hospital Society. *The Irish Health Service: Vision, Values, Reality*, Dublin, 2007.

Развити системи за данъчно финансиране на здравеопазването от тип Бевъридж (NHSs)...

защити достъпът до болнична помощ (препоръчителното съотношение е 80:20). Данните от 2000 г. сочат, че частната употреба на болничните легла е по-висока за избирателните медицински процедури. През 2002 г. осигуреността на 1000 души с болнични легла за активно лечение е 3, а с лекари – 2,4, като и двата показателя са под средните за ЕС-15. С осигуреността от 15,3 медицински сестри на 1000 души население през 2002 г., осигуреността с медицински сестри е сред най-високите за ЕС-15. Съществува ясна нужда за по-висока осигуреност с ОПЛ, други специалисти в доболничния сектор, както и болнични специалисти, които да проведат планираните реформи в унисон с Европейската директива за работното време.

ОЗД контролира назначаването на целия персонал на здравните бордове, а по този начин контролира човешките ресурси в областта на здравеопазването като цяло. Това е една от причините осигуреността с практикуващи лекари да е толкова ниска. Съотношението на специалисти към ОПЛ е почти едно към три.

ОЗД контролира стриктно вложенията за ресурсоемко медицинско оборудване в публичния сектор, поради което нивото на осигуреност с високо-технологично медицинско оборудване е почти най-ниското в ЕС-15⁵⁰.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

Atkinson, A., Sandmo, A. Welfare Implications of the Taxation of Savings. The Economic Journal, No 90, Vol. 359, 1980, с. 529–49.

Barros P., de Almeida Simxes J. Health care systems in transition: Portugal, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2007с. 13–30.

Bentes, M., и колектив. Health care systems in transition: Portugal, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2004.

Boyle, S. The Health System in England. Eurohealth, Vol. 14, 2008, № 1, с. 1–2 .

Bronchi, C. Options for Reforming the Tax System in Greece. Paris, OECD Economics Department, 2001.

Central Statistics Office www.cso.ie

Danmarks Statistik www.dst.dk

Department of Health (2007): Departmental Report 2007, London, Department of Health.

Docteur, E., Oxley, H. „Health–care Systems: Lessons from the Reform Experience“, <http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>, 2003.

Donatini, A. и колектив. Health care systems in transition: Italy, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2001.

Duran, A. и колектив. Health care systems in transition: Spain, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2006.

⁵⁰ European Parliament. Health care systems in EU: A comparative study, Luxembourg, 1998.

Economou, C. „Country Report: VHI in Greece“, Athens, National Public School of Health, 2001.

Ervik, R. The Redistributive Aim of Social Policy: A Comparative Analysis of Taxes, Tax Expenditure Transfers and Direct Transfers in Eight Countries. New York: Syracuse University Press, 1998.

European Observatory on Health Care Systems. „Health Care Systems in Transition: United Kingdom“, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 1999, с. 24–27.

European Parliament. Health care systems in EU: A comparative study, Luxemburg, 1998.

Ferrera, M. The ‘Southern Model’ of Welfare in Social Europe, Journal of European Social Policy Vol. 6; 17, 1996.

Fisman, R., Gatti, R. „Decentralization and Corruption: Evidence from U.S. Federal Transfer Programs“, Public Choice No 113, 2002, с. 25–35.

General Secretariat of the National Statistical Service of Greece www.statistics.gr

Glennerster, H. Paying for Welfare: Towards 2000, 3rd edn. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1997.

Glennard, A., и колектив. Health care systems in transition: Sweden, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2005.

Grosse-Tebbe, S., Figueras, J. „Snapshots of Health Systems“, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, Denmark, 2005.

Instituto Nacional de Estadística de España. <http://www.ine.es/>

Instituto Nacional de Estatística www.ine.pt

Instituto Nazionale di Statistica www.istat.it

Jonsson, B. and Musgrove, P. (1997) Government financing of health care, в G.J. Schieber (ed.) Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference, 10–11 March 1997. Washington, DC: World Bank..

Karagiannis, G. и колектив. „IKA Primary Care Centres: an Integrated Information System for Primary Health Care Services“, в: Pharmaceutical Policy in Greece and in Europe, Athens, IKA, 2003.

Magnussen, J. The Scandinavian Health Care System, Medical Solutions, May 2009, 2009, с. 63–68.

Manning, W. G. and Marquis, M. S. Health Insurance: The Trade-off between Risk Pooling and Moral Hazard (R-3729-NCHSR). Santa Monica, CA: RAND, 1989.

Mossialos, E. и колектив. Funding Health Care: Options for Europe, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2002.

Newhouse, J. „Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection“, Journal of Economic Literature, Vol. 34, No. 3, 1996, с. 1236–1263.

Nikolentzos, A., N Mays, N. „Can existing theories of health care reform explain the Greek case (1983–2001)?“, Journal of European Social Policy, Vol. 18; 2008, № 2, с. 163–176.

Office for National Statistics, www.statistics.gov.uk

Organisation for Economic Co-operation and Development. „Health at a Glance 2007“, OECD Publications, Paris, 2007.

Organisation for Economic Co-operation and Development. „OECD Health Data 2008“, OECD Publications, Paris, 2008.

Petmesidou, M., Mossialos, E. „Social Policy Developments in Greece“, Ashgate Publishing, Hampshire, England, 2006, c. 295–298.

Population register center www.vaestorekisterikeskus.fi

Savedoff, W. „Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences“, Discussion Paper No4/2004, World Health Organisation, Geneva, 2004.

Sissouras, A., Souliotis, K. „Health, Health Care and Welfare in Greece“, Athens, Hellenic Republic – Ministry of Health and Welfare, 2003.

Statistics Sweden www.scb.se

Stroetmann, K., Jones, T., Dobrev, A., Stroetmann, V. „eHealth is Worth it – The economic benefits of implemented eHealth solutions at ten European sites“, eHealthImpact, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2006.

Tanzi, V., Zee, H. „Tax Policy for Emerging Markets: Developing Countries.“ National Tax Journal, 2000, № 53, Vol. 2, c. 299–322.

The Adelaide Hospital Society. The Irish Health Service: Vision, Values, Reality, Dublin, 2007.

Thomson, S., и колектив. „Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses“, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E. „Reforming the reform: the greek national health system in transition“, Health Policy, 2002, № 62, c. 15–29.

Townsend, J., Roderick, P. и Cooper, J. Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity, British Medical Journal, 309(6959), 1994, c. 923–7.

Vallgerda, S. и колектив. Health care systems in transition: Denmark, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2001.

Vuorenkoski, L. и колектив. Health care systems in transition: Finland, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2008.

Wagstaff, A. Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD, The World Bank, Washington, 2009.

World Bank. World Development Report 2004: „Making Services Work for Poor People“, Washington DC, The World Bank, 2004.

World Health Organisation. „Health Care Systems in Transition:Greece“, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 1996.

World Health Organization. World Health Statistics, Geneva, World Health Organization, 2007.

Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., Murray, C. „Household catastrophic health expenditure: a multi country analysis.“ The Lancet, 362 (9378), 2003, c. 1–13.

Yosifov, Y. „A call for radical reform: an analysis of the Bulgarian health care system and its management“, South East Europe Review, № 2/2007, c. 109–117.

Част 2

7. Испания

Испания е конституционна монархия с парламентарно управление. В държавата съществуват 15 автономни провинции с широка степен на самоуправление.

През 2009 г., населението на Испания наброява 40,5 млн., като 14,5% са във възрастовата граница от 0–14 години, 67,4% в границата от 15–64 години и 18,1% в границата 65+. Годишният прираст на населението възлиза на 0,072%, а средната възраст е 41,1 години. Раждаемостта е 9,72‰, докато смъртността е 9,99‰. Специфичните демографски показатели, чрез които се анализира качеството на живота, а именно нивото на детска смъртност и средната продължителност на живота са съответно 4,21 – и 80,05 години¹. Основните причини за смърт в Испания са сърдечносъдовите заболявания, неоплазми, нарушения на дихателната система и др.

7.1. Структура на испанската здравна система

Основният Закон за здравеопазването от 1986 година подчертава основните принципи на испанската национална здравна система (НЗС)². Тази система, създадена на основата на социалното здравно осигуряване, предоставя универсално покритие и свободен достъп до здравни услуги и се финансира от публични средства – главно от данъци, като има и регионална организационна структура.

На централно ниво испанското Министерство на здравеопазването и потребителите (МЗП) поема отговорността за определени стратегически направления, включително генералната координация на системата и основното здравно законодателство; дефиниране на гарантирания от НЗС пакет от здравни услуги; международно здравеопазване и здравно сътрудничество; фармацевтична политика; висше (бакалавър и магистър) медицинско образование. 17-те автономни общности отговарят за здравното планиране, както и за организацията и капацитета на извършваните в подопечните им райони, здравни услуги. Междутериториалният съвет на НЗС, съставен от представители на автономните общности и държавата, има за цел да поощрява координацията и единността на здравната система.

Държавните служители разполагат с избора да бъдат осигурени от един от трите публично финансирани здравни взаимни фонда. Частните застрахователи предоставят допълнително здравно застраховане, като основната им цел е да предоставят услуги, извън основния гарантиран пакет на НЗС. Често здравни застра-

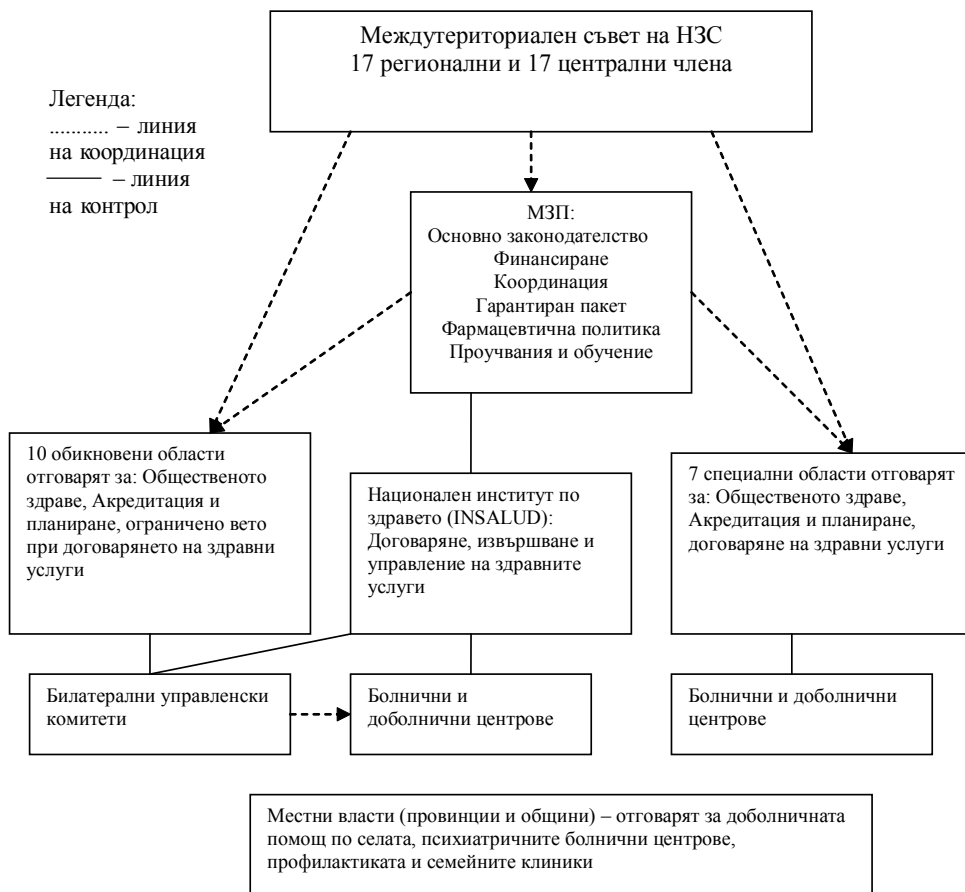
¹ Instituto Nacional de Estadística de España. <http://www.ine.es/>

² **Duran, А. и колектив.** Health care systems in transition: Spain, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2006, с. 15.

Развити системи за данъчно финансиране на здравеопазването от тип Бевърлидж (NHSs)...

ховки се закупуват и с цел да се избегне времето за изчакване по пациентските списъци.

Фиг. 2
Структура на испанската здравна система



Източник : World Health Organisation. (2000), „Health Care Systems in Transition: Spain“, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, с. 22.

7.2. Управление, контрол и договаряне

Политическите решения в Испания се вземат основно на регионално ниво, като регионалните здравни власти и регионалните правителства играят ключова роля в процеса. МЗП си запазва отговорността за няколко аспекта на здравната политика, включително координацията на здравната система и медицинското образование. Десет от седемнадесетте регионални здравни министерства разполагат със служби по планиране. „Здравните планове“, развивани от МЗП и от

автономните общности са принципните инструменти за постигане на националните цели и приоритети в сферата на здравеопазването.

Организацията и управлението на НЗС продължава да следва класическия модел, интегриращ функциите на финансиране, здравно застраховане и извършване на здравните услуги. Планирането и регулирането на здравната система е област на споделена отговорност. Автономните общности изготвят здравни планове, но също така и национален здравен план, които се утвърждава от централното управление. Въпреки че автономията означава значима независимост, правителствата на държавата и на автономните общности се стремят да стигнат до консенсус, които да удовлетворява различните политически интереси и интересите на регионалните администрации, както и да гарантира изпълнението на националните приоритети, навсякъде в страната.

Държавният план по здравеопазване, приет през 1995, полага основите на здравната система и на междусекторните програми, които се изпълняват от различните администрации. Планът фиксира 14 приоритетни области – възрастни хора, СПИН, заболявания на сърдечносъдовата, респираторната, храносмилателната, опорно-двигателната системи, инфекциозни болести, ракови заболявания, туберкулоза, захарен диабет, пред- и постродилна помощ, неонатална помощ, психично здраве, дентално здраве и противодействие на инцидентите, които са съгласувани и с регионалните здравни планове. Централното правителство определя, също така гарантиран пакет от здравни услуги, които НЗС трябва да предоставя във всички области; в същото време то определя и минимални изисквания, които са общовалидни за областите по отношение на общественото здраве, здравеопазването и лечебните заведения.

МЗП регулира (със съдействието на Министерството на образованието) висшето медицинско образование на медицинските специалисти, фармацевтичната политика и стандартизацията на медицинските и здравни продукти като цяло. Агенцията за оценка на здравните технологии е основана през 1994 г. с цел да се закрие отделът по оценка на медицинските технологии към МЗП. Основни задачи на агенцията са установяването на технически критерии за избора, внедряването и освобождаването на здравни технологии. Трябва да се отбележи и, че някои автономни общности са основали свои собствени агенции, които не са зависими, но координират действията си с националната.

Регионалните здравни министерства в съответните автономни общности, както и МЗП, контролират регионалните здравни услуги, както и работата на Националния институт по здравето (INSALUD), като по този начин гарантират и съблюдават отблизо ефективното управление на здравните услуги и спазването на националните стандарти.

От 1991 г. някои автономни области като Каталония, започват процес на отделяне на регионалните функции на INSALUD, на извършител и покупчик на здравни услуги. Според този модел купувачите (регионалните здравни подразде-

ления на INSALUD) се договарят за здравните услуги с обществените и с частните болнични заведения, а в някои случаи и със здравни центрове, които покриват специфични групи пациенти. Договорите определят пакети от здравни услуги, които трябва да бъдат извършвани в съответствие с определен обем дейност, клинични и финансови показатели и др. Моделът е още на ранна фаза на развитие в повечето автономни общности.

Специално място се отделя и на силната децентрализация в испанската здравна система. Различни здравни компетенции са били трансферирани на регионите на няколко етапа на децентрализация. През периода 1981–1994 г. отговорността за системата на социална сигурност от здравни центрове е прехвърлена на 7 региона. През януари 2002 г., се предприема децентрализация с прехвърляне на правомощия на още 10 региона, която поставя край на процеса на асиметрична децентрализация в Испания. Разпределението на политическите отговорности, представлява ключов момент в страната, отчасти поради неразрешените политически спорове спрямо териториалната структура на държавата.

Автономните общности обикновено са с разделени здравни компетенции между здравните власти и управлението на здравните услуги. Всички общности изготвят здравна карта, която определя териториални подразделения (здравни области и зони). Здравните области и основните здравни зони са основни структурни елементи на испанската здравна система. Всяка здравна област, отговорна за управлението на здравните заведения и извършването на здравни услуги в подопечните им географски граници, трябва да покрива население, не по-малко от 200 000 души и не повече от 250 000 души. Здравните области отговарят главно за доболничната помощ – ОПЛ и специалисти в сектора. Основните здравни зони са най-малките единици на организационната структура на здравната система. Те обикновено са организирани около един екип за доболнична помощ (Equipo de Atención Primaria, EAP), които представляват основния вид управление на здравните зони и координират профилактиката, превенцията на заболяванията, лечението и дейностите, свързани с общественото здраве³.

7.3. Финансиране и разпределение на финансовите ресурси

Понастоящем всички публични разходи по здравеопазване (с изключение на взаимните фондове на държавните служители), се финансират от общо данъчно облагане, което замести модела на социално здравно осигуряване. Новият модел на финансиране е приет през 2001 г., с цел да се гарантира финансовата стабилност на системата. Двата основни източника на финансиране са данъчното облагане и трансферите от централното управление. Взаимните фондове на държавните служители, се финансират около 70% от държавата и 30% от вноски на държавните служители във взаимните фондове.

³ **Duran, A. и колектив.** Health care systems in transition: Spain, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2006, с. 15–34.

Частните здравни плащания, са резултат от три основни източника – съпътстващи доплащания към обществената система на здравеопазване, директни плащания към частният сектор на здравеопазването и доброволно частно медицинско застраховане. Разходите на домакинствата за здравеопазване стават значими през 2003 г., като представляват 23,7% от общите разходи за здравеопазване. Официално в испанската обществена система на здравеопазването, няма съпътстващи доплащания, освен за фармацевтичните средства и повечето от видовете протезиране. При метода на съпътстващите доплащания са приложени механизми за защита на неравнопоставени социални групи. Частното здравно застраховане е допълнително и не е широко разпространено в Испания.

Здравният пакет, гарантиран от НЗС, включва доболничната медицинска помощ (включва специализирана и педиатрична медицинска помощ), превенция на заболявания, профилактика и рехабилитация; специализирана болнична помощ, която покрива всички медицински и хирургически специалисти в сферата на активното лечение, финансова помощ при закупуване на определени медикаменти, както и финансова помощ при протезиране и ортопедични продукти. Гарантираният пакет не включва социалните грижи, както и основните услуги, които в миналото са били субоптимално предлагани, а именно стоматологичната помощ.

Публичните средства през 2005 г. са 71% от общите разходи за здравеопазване, което е по-ниско от средното за страните от ЕС-15. В последните години рязък ръст, спрямо общите разходи, бележат основно разходите за лекарствени средства. През 2004 г., разходите за лекарствени средства нарастват с 6,26% и достигат до 20,56% (26% през 2005 г.) от общите публични разходи по здравеопазване. За сравнение през 2003 г. номиналният растеж на тези разходи е 12,84% на годишна база, а средно за периода 1995–2005 г. растежът им в реално отношение е 5,4% на годишна база.

Болничните заведения в системата на НЗС се финансират основно чрез глобален бюджет, а от 1991 г. в него се включват агрегирани показатели на нивото на активност (извършени дейности), което позволява сравнения между болничните заведения, разделени на четири основни групи, според капацитета им.

ОПЛ получават възнаграждения под формата на заплата плюс капитационен компонент, който достига до около 15% от цялостното заплащане. ОПЛ, които работят самостоятелно, се възнаграждават единствено на капитационен принцип. Лекарите, заети в частният сектор, получават такси за услуга. Всички болнични и амбулаторни специалисти получават фиксирано възнаграждение. Основната заплата на лекарите от публичния сектор се регулира от националното правителство, въпреки че отделните региони имат правото сами да определят някои компоненти от заплащането, което води до различия между автономните общности⁴.

⁴ **Duran, A. и колектив.** Health care systems in transition: Spain, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2006, с. 45–58.

7.4. Достъп

След 1984 г., доболничната медицинска помощ преминава през дълъг процес на институционална реформа и увеличение на капацитета. Първичната болнична помощ, представлява интегрирана система от медицински центрове, съставени от мултидисциплинарни екипи, които предоставят индивидуални и обществени здравни услуги (единичните практики са ограничени в малките градове и са по-често в частния сектор). Доболничната помощ в Испания е основно публично финансирана и управлявана. ОПЛ имат ролята на ограничители на болничната помощ, като в същото време играят и ролята на първия контакт на пациента със системата. През 2001 година съществуват около 50 ОПЛ на 100 000 души в Испания, което е едно от най-ниските нива за целия ЕС. Поради тази причина, може да се твърди, че ОПЛ в Испания са много по-натоварени, отколкото колегите им от съседните на Испания страни.

Реформата в доболничния сектор никога не е била политически приоритет, въпреки задачите, подчертани и изнесени в Основния закон за здравето от 1986 година. Една от индикациите, че доболничният сектор не функционира добре, е постоянно увеличаващият се брой на пациентите, които влизат в болнично заведение директно през отделенията по спешна помощ. През 2004 г. само 21,5 % от спешните болнични хоспитализации са резултат от направление от ОПЛ. Някои причини за „отбягването“ на доболничния сектор включват:

- Възприятието на пациентите, че получават по-добро качество на медицинските услуги в болнично заведение, поради по-добрите клинични и диагностични услуги, които са по-добре технологично обезпечени.

- Системата на направления често е оценявана от пациентите като непълноценно функционираща.

- Общественото мнение пренебрегва традиционно доболничния сектор.

МЗП отговаря за единната здравна информационна система и за развитието на инфраструктурата, както и за оценката на общественото здраве. От друга страна, отговорността за общественото здраве е предадена до голяма степен, както от държавата, така и от местната власт на автономните общности. В същото време, може да се твърди, че са постигнати чувствителни подобрения в общественото здраве, въпреки че понякога възниква липса на интеграция на системата.

Интеграцията на всички компетенции и отговорности по общественото здраве на едно ниво води до координация и управление на епидемиологичното наблюдение на регионално ниво. Мерките по превантивна медицина и профилактиката са интегрирани в доболничния сектор и се извършват от ОПЛ и медицинските сестри към практиките им, като част от техните задължения.

Националната система за епидемиологично наблюдение е основана през 1996. Отговорността за профилактиката на СПИН е поделена между централното правителство и автономните общности. Зависимостите са сериозен проблем в Испания, особено що се отнася до наркотичните зависимости. За противодействие на горепосочения проблем, МЗП организира план за борба със зависимостите.

Специализираната болнична помощ е централен елемент на испанската здравна система. Моделът на доставяне на болничната помощ се различава между различните автономни области. Повечето болнични заведения са обществена собственост и болшинството от персонала са наети на фиксирано възнаграждение.

Основните проблеми на сектора са координацията с центровете от доболничната помощ, дублирането на здравните картони (лични амбулаторни книжки), дублирането на диагностични процедури и изследвания, ненавременно лечение на някои заболявания и времето за изчакване по пациентските списъци. Нещо повече, трябва да се отбележи, че бройката на хоспитализациите по спешност е значително висок. Въпреки това болничната помощ в Испания е оценена като задоволителна от пациентите.

Социалните грижи са отговорност на регионите, докато домашните посетители и домашните посещения са отговорност на местните общински власти. Дългосрочните медицински грижи са слабо развити в Испания. Едно от основните предизвикателства, в тази област, е липсата на координация. Някои усилия да се подобри интеграцията на здравните и социалните услуги в доставянето на дългосрочни медицински грижи на централно ниво представляват споразумения между МЗП и Министерството на труда, както и комисия, основана от Междутериториалния съвет към НЗС. През декември 2000 година е обнародван един нов „Национален план“, който основава принципите и стратегиите, свързани с палиативните грижи. Психичното здраве в Испания не получава адекватно внимание, за дълъг период от време, въпреки нарастването на нуждите от такъв тип услуги, до края на миналия век, когато се въведе правна рамка за извършването на психиатричните услуги.

През 2005 г. в Испания има 3,8 квалифицирани лекари на 1000 души население. От тях, около 40% са жени. В сравнение с други страни осигуреността с лекари е втора след Гърция и наравно с Италия в ЕС. За разлика от високата си осигуреност с лекари, Испания се класира на шесто място по най-ниска осигуреност с медицински сестри в ЕС, с показател 7,4 медицински сестри на 1000 души (2005 г.) и е единствено пред Гърция, Португалия, Полша, Словакия и Италия. Разпределението на човешкия ресурс между доболничната и болничната помощ е съответно 21% на 79%.

Повечето медицински персонал, работещ в НЗС, има статус, подобен на този на държавните служители. Планирането на човешките ресурси има някои недостатъци, поради факта, че политиката по управлението им е фокусирана върху краткотрайни цели и задачи⁵.

8. Италия

Италия е демократична парламентарна република с двукамерен парламент. В държавата съществуват 20 региони, като 5 от тях имат специален автономен статус.

⁵ **Duran, A. и колектив.** Health care systems in transition: Spain, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2006, с. 71–100.

През 2009 г., населението на Италия наброява 58,13 млн., като 13,5% са във възрастовата граница от 0-14 години, 66,3% в границата от 15–64 години и 20,2% в границата 65+. Годишният прираст на населението възлиза на -0,047%, а средната възраст е 43,3 години. Раждаемостта е 8,18‰, докато смъртността е 10,72‰. Специфичните демографски показатели, чрез които се анализира качеството на живота, а именно нивото на детска смъртност и средната продължителност на живота, са съответно 5,51 – и 80,2 години⁶. Основните причини за смърт в Италия са сърдечносъдовите заболявания, неоплазми, нарушения на дихателната система и др.

8.1. Структура на италианската здравна система

Италианската здравна система е организирана на три нива: централно, регионално и местно.

На централно ниво, основната ключова институция е Министерството на здравеопазването (МЗ). То е отговорно за:

- Определяне на здравни цели спрямо Националната здравна система (НЗС), чрез Национален здравен план.

- Изготвяне на рамково законодателство.

- Гарантиране на равномерно разпределение на ресурсите между различните региони.

- Координиране на дейностите на Националните институти за Научни проучвания (НИНП) и за Здравеопазване (НИЗ) (това е основният научен и технически орган).

През 1992 г. МЗ спира регулирането на цените и на критериите за включване в списъка на публично реимбурсивните медикаменти. Тази отговорност е прехвърлена на Междудепартаментната комисия по икономическо планиране (МКИП) през 1994 година. МЗ работи в тясно сътрудничество с други министерства, а именно: с Министерството по социалните въпроси (за да се осигури координация между здравните и социалните услуги); и с Министерството на държавната хазна (което участва в определянето на бюджета по здравеопазване, поддържа контрол и подкрепя финансирането на здравните услуги).

От 1992 г. т.нар. регионално ниво (регионалните парламенти и правителства) са отговорни за законодателството, управлението и регионалното планиране на здравните услуги, както и контролира качеството и ефективността на местните здравни единици (МЗЕ) и на обществените и частни болнични заведения. От 1998 г. регионалните власти са отговорни и за съблюдаването на водещите национални цели и приоритети, утвърдени от Националния здравен план.

На местно (общинско) ниво МЗЕ са отговорни за оценката на здравните потребности, както и за извършването на изчерпателни здравни услуги. Регионите дефинират своята организационна структура и съблюдават стриктно оперирането и работата ѝ. Здравните услуги са териториално структурирани на четири нива:

⁶ Istituto Nazionale di Statistica www.sistan.it

– Публичните болнични тръстове, които извършват високоспециализираните болнични грижи, имат статус на полунезависими агенции и попадат под директната юрисдикция на регионалните здравни власти.

– Второстепенни болнични заведения, организирани и управлявани на нивото на МЗЕ.

– Доболнична помощ, амбулаторни медицински специалисти, здравни услуги по местоживеене и др., са организирани в здравни райони.

– Профилактиката и превенцията на заболяванията, са отговорност на отделите по обществено здраве по места.

НИНП, заедно с акредитирани частни извършители на медицински услуги завършват мрежата на извършителите, опериращи на местно ниво от 1992 г. насам. Те са отговорни за амбулаторната и болничната медицинска помощ, както и за диагностичните услуги, финансирани от НЗС.

През 2005 година, около 15% от населението е покрито от частна медицинска допълнителна застраховка⁷. Частното медицинско допълнително застраховане е регулирано със закон от 1999 година и има за цел да осигурява здравни услуги, които не са включени в гарантирания пакет на НЗС, както и финансиране на съпътстващите доплащания в общественния сектор.

8.2. Управление, контрол и договаряне

Здравната реформа от 1978 година установява разделяне на отговорностите за здравно планиране между централното и регионалните правителства. Въпреки реформата, нито един национален здравен план не е обнародван до 1992 г., а регионите започват планирането, даже по-късно. От началото на 90-те години, италианският модел на планиране и управление на здравната система се е променил значително. Системната загриженост за рязкото нарастване на разходите, неадекватния достъп до здравни грижи и неудовлетвореността на пациентите от здравните услуги, дава път на реформата от 1992 г., която придвижва НЗС от обществено-интегриран модел към децентрализиран, пазарноориентиран модел. Основната цел на пазарно-ориентирания модел е да поощри ефективността, ефикасността и качеството на медицинските услуги и на работата на НЗС. Промяната към пазарни решения в областта на здравеопазването включва паралелна промяна в начина, по който се възприема ролята на държавата, която постепенно се ограничава до установяване и съблюдаване на основните принципи на извършване на здравни услуги, както и контрол върху общите разходи за здравеопазване, чрез съответната правна база. От друга страна, реформата от 1999 г. е „обратен завой“ на пазарните принципи и предефинира ролята на държавата, като утвърждава и разширява отговорностите ѝ по здравно планиране, както в същото време се упражнява и контрол върху регионалните здравни власти.

⁷ **Grosse-Tebbe, S., Figueras, J.** Snapshots of Health Systems, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, Denmark, 2005.

Според формалната регулаторна рамка, здравеопазването трябва да се планира, чрез участието на всички заинтересовани страни на централно, регионално и местно ниво и трябва да отговаря на основните цели на НЗС. Следващите параграфи описват накратко какви са задачите и отговорностите на различните заинтересовани страни – задачи, които често не се съблюдават.

В зависимост от наличните ресурси, установени в 3-годишния Национален финансов план, обществените средства се разпределят годишно за различни програми, фигуриращи в националния годишен финансов бюджет. Разпределението на ресурсите за здравеопазването се базира на Националния финансов план и на задачите, заложи в Националния здравен план. Според настоящата правна база целите, задачите и заложените действия в Националния здравен план, трябва да бъдат дефинирани, като се вземат предвид предложенията, представяни всяка година от регионалните здравни власти, които са базирани на здравния статус на населението и предлагането на здравни услуги. Всяка задача, включена в Националния здравен план, е по-широко разработена в група от таргетни подзадачи, някои от които са дефинирани основно, а други – с помощта на количествени индикатори, които трябва да бъдат изпълнени на местно ниво. Нещо повече, всяка задача е свързана с действия, които трябва да представляват приоритетна област на дейност и се включват в регионалните и местните планове.

Националният здравен план за 1998–2000 г. е посветен на следните приоритетни дейности и области:

- Инициативи за подобряване на здравния статус, включително програми по здравословно хранене, програми за ограничаване на употребата на алкохол и цигари, както и програми, поощряващи физическата активност и активния спорт.
- Инициативи за превенция на болести, включително церебрално-васкуларни и сърдечносъдови заболявания, ракови заболявания, инфекциозни заболявания, специфични рани и професионални заболявания.
- Инициативи за подобряване на състоянието на околната среда.
- Проекти за предпазване на специфични групи хора: лица с ниски доходи, емигранти, наркозависими пациенти, деца и възрастни хора.
- Инициативи, способстващи НЗС да отговаря на европейските стандарти.

Националният здравен план за 1998–2000 дефинира и стратегии за промяна и реформа. В този контекст той:

- Установява дефинирането на основен здравен пакет услуги, както и неговото финансиране.
- Описва средствата, чрез които основният пакет здравни услуги се гарантира.
- Създава национална програма за оценка на здравните услуги, както и набор от индикатори за оценка на качеството на извършените медицински услуги.
- Поощрява продължителните медицински грижи при хроничните заболявания, както и при пациентите-инвалиди, като в същото време поощрява достъпа до диагностични и терапевтични услуги.

МЗ е отговорно за техническата подкрепа, мониторинга и оценката на приложението на задачите, заложените в Националния здравен план. Отделът по здравно планиране в МЗ съблюдава директно приложението на Националния здравен план и контролира извършителите на здравни услуги.

Регионалните здравни власти са отговорни за изпълнението на националните задачи на регионално равнище. Регионалните здравни планове на свой ред представят задачите и подзадачите чрез финансови и организационни мерки, като вземат предвид регионалните нужди за здравни грижи, позовавайки се на специфични епидемиологични проучвания. Стратегическото здравно планиране на регионално ниво трябва да се формализира в регионален здравен план, като неговото ефективно приложение трябва да се съблюдава от комисията по регионално здравно и социално планиране.

Трябва да се отбележи, че регионите носят отговорност пред централното правителство за изпълнението на заложените задачи в сферата на здравеопазването. Декретът 229/1999 гласи, че регионите трябва да изготвят годишни доклади за постигнатите резултати по приложението на регионалните здравни планове. Тези доклади целят да улеснят мониторинга и да осигурят постигането на основните задачи, заложените в Националния здравен план. Връзката „център–региони“ в процеса на стратегическото здравно планиране е укрепена, чрез делегирането на правото на регионите да изготвят предложения за Националния здравен план, базирани на оценките, извършвани на местно ниво. Не на последно място, ключови задачи, свързани с планирането и трансфериране на регионите, са: дефиниране на граници на местните здравни единици и здравни области и изготвяне на критерии за контрол на клиничното и финансово представяне на местните здравни единици.

Местните здравни единици са отговорни за осигуряването на основния пакет от здравни услуги, чрез директното извършване на здравни услуги или чрез финансирането на болнични тръстове и частни лицензирани извършители. Дейностите, които се извършват са дефинирани в местните здравни планове, които трябва да бъдат съобразени с регионалните. Според реформата от 1999 г. МЗЕ трябва да гарантират равен достъп до здравни услуги на всички граждани, ефикасността на превантивните, лечебните и рехабилитационните интервенции и ефективността в извършването и разпределението на здравните услуги.

МЗЕ са организирани в здравни области, отговорни за гарантирането на достъпа, постоянността и ефективността на извършваните здравни услуги. Здравните области също така имат ролята на „свързващото звено“ в междусекторната методика на здравната профилактика, като осигурява интеграцията между различните нива на извършване на здравни и социални грижи, както и между самите здравни и социални услуги. Следователно може да се твърди, че здравните области представляват както операционна структура за извършване на услуги, така и средство за изпълнение на здравни проекти, в които се интегрират различните операционни структури, в съответствие със стратегическите планове на регионите и на

МЗЕ. Работата на изпълнителния директор на дадена здравна област, е подкрепяна от координационен офис. Той включва ОПЛ, педиатри и специалисти, които отговарят за интегрираното извършване на здравните и социални грижи⁸.

8.3. Финансиране и разпределение на финансовите ресурси

Реформата от 1978 г. залага универсално здравно покритие, както и изцяло данъчно финансирана обществена система на здравеопазване, като в същото време на частното финансиране е отделена незначителна роля. Целта за установяване на универсално покритие е почти напълно постигната, въпреки че нелегалните емигранти имат достъп само до ограничен брой здравни услуги. Системата на пълно данъчно финансиране не е напълно приложена, тъй като през целия период на 90-те години на миналия век, здравноосигурителните вноски, представляват дял по-голям от 50% от общото публично финансиране. Очакваното намаление на относителния дял на частното финансиране също така не се състои.

Въпреки че финансирането на здравеопазването в Италия след 1978 г. е значително подобро, спрямо предходните системи, може да се твърди, че то все още е проблематично. В частност съществуват осезаеми различия между заетите лица и самонаетите, като в същото време стимулите и механизмите за контрол на разходите са относително слаби, което води до натрупване на финансови дефицити по районите. В същото време фискалните реформи в периода 1992–1993 и 1997–2000 целят да противодействат на тези негативни явления чрез въвеждането на стимули за оптимизиране на разходите и въвеждането на т.н. „фискален федерализъм“. Въпреки взетите мерки може да се твърди, че проблемите с нарастването на публичния дълг в системата, остават нерешени.

Реформата от 1978 г. гарантира достъп до широк набор от обществени услуги, но не определя детайлно правила, относно точното съдържание на пакетите от здравни услуги. Трябва да се отбележи, че въпреки, че в Националния здравен план от 1998–2000 се подчертава нуждата от механизми за явно дефиниране на съдържанието на хомогенен здравен пакет от услуги, няма практически прогрес в тази насока.

В Италия съществуват два вида директни плащания, като и двата се ползват от данъчни облекчения. Първият е съпътстващо доплащане за диагностичните процедури, медикаментите и консултациите с лекари-специалисти. От 1993 г. пациентите заплащат напълно за извършените им здравни услуги в доболничната помощ. Но до определен таван, който през 2000 г. е 36€. Пациентите с хронични или редки заболявания, бременните жени и инвалидите са освободени от тези плащания. Съществуват и критерии за освобождаване от съпътстващите доплащания, базирани на дохода на пациента. Вторият вид директни плащания, представляват разходите за частно извършваните здравни услуги и разходите за лекарствените средства.

⁸ **Donatini, A. и колектив.** Health care systems in transition: Italy, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2001, с. 35–50.

Видовете търсене на частно медицинско застраховане включват: корпоративно (когато фирми застраховат наетия персонал, а понякога и семействата на персонала) и доброволно (частни лица закупуват здравна застраховка за тях или за членовете на семейството). Това търсене се постеща от търговски дружества (60 %) и организации с идеална цел (40 %). Частното медицинско застраховане е зле интегрирано в системата на общественото здравеопазване, така че застрахователните дружества по-скоро предлагат медицински услуги, които по-скоро заместват, отколкото допълват здравните услуги, извършвани от НЗС.

Реформата от 1999 г. на частния сектор в здравеопазването цели разширяването на пазара на допълнително здравно застраховане, с цел да се покрият съпътстващите доплащания, както и някои допълнителни здравни услуги, изключени от основния пакет, предоставян от обществената система на здравеопазването.

От 1980 г. до 1999 г., общите разходи за здравеопазване са се увеличили от 43,7 млн. – на 85,5 млн. €. През 2005 г. те съставляват 8,9 % от БВП на страната. Въвеждането на схеми за съпътстващи доплащания в доболничната помощ и медикаментите повишават относителния дял на частните разходи за здравеопазване, които представляват 23 % от общите разходи за здравеопазване през 2005 г.⁹

През периода 1978–1992 г. разпределението на финансовите ресурси за здравеопазване между регионите на страната е базирано на прости капитационни формули. През 1997 г. е въведена капитационна формула с коригиран риск, която взема предвид възрастовата структура и здравния статус на регионалното население. На базата на капитационната формула регионите трансферират средства на МЗЕ.

Реформите от периода 1997–2000 г., които въвеждат т.нар. система на фискален федерализъм, започват процес на една чувствителна промяна на регионалната система на здравно финансиране. Въведено е регионално събираем данък върху добавената стойност (ДДС), изискуем от фирмите и от заплатите на заетите в публичния сектор. Като допълнение е въведен още един регионален диференциран данък, като сегмент от националния данък общ доход (ДОД). Понастоящем, регионите получават почти целите приходи от тези налози. Централното правителство отговаря за фискалния механизъм за изравняване на финансовите средства, финансиран чрез ДДС. Този механизъм трансферира средства до онези региони, които са неспособни да наберат достатъчно финансови средства.

След реформата от 1992 г., някои от болничните заведения придобиват статут на болнични тръстове, които имат разширени финансови свободи. Обществените болнични заведения, които не са трансформирани в тръстове, придобиват също известна финансова и икономическа автономност, въпреки че остават под контрола на МЗЕ. Реформата от 1992 г. има и други аспекти – тя замества механизмите на ретроспективно реимбурсиране със система за бъдещо потенциално

⁹ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2008, OECD Publications, Paris, 2008, с. 95.

реимбурсиране както за доболничните, така и за болничните медицински процедури (в случаите за рехабилитационни болнични грижи или дългосрочни болнични грижи, съществува реимбурсиране на база леглоден). Болничните заведения се реимбурсират според национално утвърдени цени. Регионите могат да предефинират и предоговарят тези цени, като ползват националните цени като максимални.

Не на последно място през 1999 г. е въведена нова реформа, с цел да се утвърди принципът на бъдещо потенциално заплащане, като финансирането се обвързва с диагностично-свързани групи за доболничната и болничната помощ, със средните разходи за трансплантации, спешна медицинска помощ, профилактика, дългосрочни медицински грижи и социални грижи.

ОПЛ и педиатрите са независима страна по договарянето на здравни услуги и се възнаграждат основно на капитационен принцип. Реформите от 1992 г. и 1999 г. допълват основната капитационна такса с два допълнителни финансови инструмента, за да се подобрят стимулите за ефективност. Това са таксите за специфични лечения (напр. микрохирургия): и финансовото възнаграждение за ефективно намаляване на разходите (калкулирано като пропорция от позитивната разлика между очакваните и реалните разходи).

Болничните лекари получават фиксирано месечно възнаграждение. Структурата на работната заплата на болничните лекари, зависи основно от поеманите от тях служебни отговорности¹⁰.

8.4. Достъп

Доболничната помощ се извършва от ОПЛ и педиатри, които са независима страна по договарянето с НЗС. Те имат ролята на ограничители на достъпа до болнична медицинска помощ. Пациентите могат да изберат всеки лекар, който пожелаят, ако неговият списък със записани пациенти не е достигнал максимално допустимата бройка. Реформата от 1999 г. си поставя за цел да подкрепи груповите практики, както и да поощри по-тесни връзки на доболничния сектор с предоставянето на социални грижи.

МЗЕ са отговорни за предпазването и подобряването на общественото здраве, основно чрез превенция на заболявания (особено имунизации), здравно образование, профилактика и контрол на хранителните продукти. Те са също така отговорни за ветеринарната медицина, която в Италия е интегрирана в системата на НЗС.

Специализираната болнична помощ се извършва или директно от МЗЕ, или чрез договаряне с обществени и частни здравни заведения, акредитирани от МЗЕ. След като ОПЛ дава направление за болнично лечение, пациентите са свободни да изберат извършителя, между болничните заведения, акредитирани от НЗС. От

¹⁰ **Donatini, A. и колектив.** Health care systems in transition: Italy, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2006, с. 59–76.

1993 г. насам, пациентите заплащат пълните разходи за доболничната помощ до определен таван (36 – за 2000 година). Високите съпътстващи доплащания, заедно с дългите списъци на чакащите пациенти, неизбежно водят до занижено качество на медицинските услуги, извършвани в системата на НЗС, което провокира пациентите да търсят медицински грижи извън НЗС, което е най-силно осезаемо в централните и южните райони на страната.

Болничните грижи са извършвани основно от публични структури (61 % от всичките болнични легла), които предоставят както болнични, така и извънболнични услуги. Останалите 39 % представляват договорени с НЗС болнични услуги, предоставяни главно от организации с идеална цел. Осигуреността с болнични легла на 1000 души население намалява плавно от 7,2 легла през 1990 г. и 5,9 през 1997 г. на 3,3 през 2005 г. През периода 1990–1997 г. нараства броят на хоспитализираните пациенти на 100 души от 15,5 на 18,3, а средната продължителност на болничния престой е намалена с около 3 дена. През 2005 г., средната продължителност на болничния престой, намалява до 6,8 дена (през 1990 г. показателят е 9,5). Едно възможно обяснение за подобрената продуктивност и утилизация на болничните заведения, може да се намери в системата за бъдещо потенциално финансиране, въведена през 90-те години на миналия век.

Между 1970 г. и 1995 г. осигуреността с медицински специалисти в Италия нараства. Осигуреността с лекари и фармацевти на 1000 души население в Италия е рекордна за страните от Западна Европа. От друга страна, осигуреността със стоматолози и медицински сестри е една от най-ниските за целия ЕС. Поради тази причина, чрез Националния здравен план за периода 1998–2000 г. се въвежда регулиране на професионалното медицинско обучение. През 2005 г. осигуреността с практикуващи лекари на 1000 души население е 3,8, докато осигуреността с медицински сестри е все още една от най-ниските за ЕС – 7.

9. Португалия

Португалия е демократична република с парламентарно управление. В държавата съществува административно деление на 308 общини, които се делят по-нататък на 4000 енории.

През 2009 г. населението на Португалия наброява 10,7 млн., като 16,3 % са във възрастовата граница от 0–14 години, 66,1 % в границата от 15–64 години и 17,6 % в границата 65 + . Годишният прираст на населението възлиза на 0,275 %, а средната възраст е 39,4 години. Раждаемостта е 10,29‰, докато смъртността е 10,68‰. Специфичните демографски показатели, чрез които се анализира качеството на живота, а именно нивото на детска смъртност и средната продължителност на живота са съответно 4,78 – и 78,21 години¹¹. Основните причини за смърт в Португалия са сърдечносъдовите заболявания, неоплазми, нарушения на дихателната система и др.

¹¹ Instituto Nacional de Estatística www.ine.pt

9.1. Структура на португалската здравна система

Португалската здравна система се характеризира с три взаимно съществуващи системи на здравно покритие: Националната здравна система (НЗС), специални здравноосигурителни системи за определени професии (здравни подсистеми) и доброволно здравно застраховане.

Централното правителство, представлявано от Министерството на здравеопазването, е отговорно за провеждането на здравната политика и за управлението ѝ чрез НЗС. Министерството на здравеопазването е съставено от четири директората и шест института.

Регионалните здравни администрации (РЗА) са отговорни за регионалното изпълнение на националните задачи и приоритети в сферата на здравеопазването. Техните отговорности включват развитието на стратегически инструкции, координацията на всички аспекти на извършването на здравни услуги, контрола на болничните заведения и на здравните центрове, изготвянето на споразумения и протоколи с частните организации, както и представляват връзка между държавната администрация, общинските съвети и частни организации с идеална цел.

Две десетилетия, след основаването на НЗС, историческите остатъци от системата на социално здравно осигуряване, продължават своето съществуване под формата на здравноосигурителни схеми, с членство, базирано на професионален принцип. Тези схеми са известни като здравни подсистеми и покриват около 25 % от населението. Частното здравно застраховане представлява основно допълнение към НЗС, но също така може и изцяло да го замества.

Здравната система в Португалия представлява една мрежа, съставена от публични и частни извършители на здравни услуги, всеки от които е свързан по различен начин с пациентите и с Министерството на здравеопазването. По-голямата част от населението може да избере между (или и двете) два вида здравно застраховане – НЗС и доброволно частно медицинско застраховане. Извършителите на здравни услуги, могат да бъдат както публични, така и частни, като всеки от тях се различава, спрямо техните финансови потоци и методи за реимбурсиране, вариращи от бюджети, които са базирани на исторически разходи, до изцяло проспективни плащания. Разходите на домакинствата за здравеопазване представляват голям процент от общите разходи в системата. Само капитационните плащания, поне до този момент, отсъстват от основната финансова рамка в процеса на договаряне¹².

9.2. Управление, контрол и договаряне

Границите между основните функции на здравната система – планиране, регулиране, финансиране, контрол и управление – се припокриват, поради интегрираната същност на модела за извършване на здравни услуги, а именно правителството играе ролята, както на извършител така и на платец на здравните грижи.

¹² **Barros P., de Almeida Simxes, J.** Health care systems in transition: Portugal, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2007, с. 13–30.

Понеже НЗС не разполага със своя собствена централна администрация, повечето от функциите по планиране, регулация и управление се извършват от Министерството на здравеопазването. РЗА играят също важна роля за съблюдаването на изпълнението на политиката на Министерството на здравеопазването по места.

Основната отговорност за регулацията, изготвянето на приоритети и националните стандарти за качество, се носи от Генералния директорат по здравето към Министерството на здравеопазването. През 1999 г. под прякото ръководство на директората се основава институт за по качеството на здравните услуги. Неговите компетенции, покриват изготвянето на политика, стратегии и процедури, които подкрепят медицинските специалисти и организациите на извършителите на здравни услуги в сферата на непрекъснатото подобрене на качеството на извършваните здравни услуги. В същото време институтът изготвя методи за сертифициране на здравните институции и непрекъснато обучение на здравните специалисти. Значителен прогрес в тази област представлява организационният модел за качеството MoniQuor, който се прилага в доболничната помощ, както и King's Fund Certification Process (съвместна програма с Института по качеството и Британския кралски фонд), който се прилага в една трета от НЗС – болничните заведения.

Относно регулаторните механизми, португалската система може да се разглежда като високонормативна, с широка правна база. Съществуват например, многобройни и понякога твърде рестриктивни контролни мерки относно фармацевтичните продукти, високотехнологичното оборудване и медицинското образование, обучението и регистрацията на здравния персонал. Въпреки това трябва да се отбележи, че стриктно дефинираните правила и процедури не са винаги прилагани и/или спазвани, което води до явление, по-известно като „регулационен дефицит на управлението“ в системата на публичното здравеопазване. Основният принцип, че стопанските инициативи са предпоставка за внедряването на адекватни контролни и регулаторни мерки, с цел да се намери баланс между собствения интерес и социалния интерес, извежда въпроса за оптималната регулация на преден план, в рамките на португалската здравна система. Създадена е независима комисия за контрол на дейността на новите публично-търговски болнични заведения. Идеята на тази мярка е в бъдеще компетенциите на тази комисия да се разпрострат, включвайки лечебните заведения, които се управляват чрез публично-частно партньорство. Дългосрочните задачи на комисията са подчинени на целта да се гарантира качеството на извършваните медицински услуги, спрямо определени финансови и качествени параметри, без да се прави разлика между отделните извършители на здравни услуги (този процес може да се разглежда и като стандартизация на здравните услуги).

Националният институт по лекарствените средства и медицината (НИЛСМ), основан през 1993 г., е реорганизиран през 1999 г., с цел да посрещне новите и по-строги изисквания на Европейския съюз в сферата на лекарствените средства. Той е отговорен за регулацията на лекарствените средства и медицинското обо-

рудване, като в тези си дейности е подкрепян от Службата за фармацевтичен контрол, Лекарствената служба и Официалната лаборатория за качествен контрол на фармацевтичните средства. Пълното описание на компетенциите и отговорностите на тези служби е определено чрез „Закона за фармацевтичен контрол“.

На последно място Сметната палата, която представлява независим орган, който извършва периодичен независим външен одит на НЗС, издава годишни доклади, относно финансовото представяне на сектора. В повечето случаи, тези годишни анализи подчертават важността на значителни организационни и финансови проблеми, като в същото време се дават препоръки за по-оптималното функциониране на системата¹³.

Един от основните принципи на Закона за здравето постановява, че НЗС трябва да бъде управлявано на регионално равнище.

На практика обаче отговорността за планирането и разпределението на ресурсите в португалската здравна система продължава да бъде силно централизирано, дори и след създаването на петте РЗС. Теоретично създаването на РЗС, означава и децентрализирана финансова отговорност: на всяка РЗС се възлага бюджет, с цел да се извършват здравни услуги за определено население. Въпреки това, на практика, автономията на РЗС относно определянето и разходването на бюджета е ограничена до доболничната помощ, поради факта, че бюджетите на болничните заведения продължават да бъдат съставяни и разпределяни от централната власт.

Съществуват и други мерки, целящи децентрализиране на португалската здравна система, най-значимите сред които са опитите да бъдат създадени „регионални договорни агенции“ и локални здравни единици, които имат за цел да въведат децентрализирано управление на ниво болнично заведение. За съжаление повечето от тези проекти не са били никога напълно приложени¹⁴.

9.3. Финансиране и разпределение на финансовите ресурси

Както повечето от европейските здравни системи, португалската здравна система е микс от публични и частни източници на финансиране. НЗС, която осигурява универсално покритие се финансира основно чрез данъчно облагане. Здравните подсистеми, които осигуряват или пълно, или частично здравно покритие за около една четвърт от населението, се финансират главно от осигурителни вноски, заплащани от заетите лица и работодателите. Значителна пропорция от финансирането е частна, основно под формата на директни плащания от пациентите и в по-малка степен, под формата на премийни плащания към частните застрахователни дружества и към взаимоспомагателните дружества, които покриват съответно 10% и 6,5% от населението.

¹³ **Bentes, M. и колектив.** Health care systems in transition: Portugal, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2004, с. 31.

¹⁴ **Barros P., de Almeida Simxes, J.** Health care systems in transition: Portugal, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2007, с. 63–68.

Няколко международни публикации сочат, че теоретично относително прогресивната редистрибутивна подоходна данъчна система се оказва леко регресивна, поради големия дял на директните плащания и на сериозната зависимост от индиректни (косвени) данъци за финансирането на здравната система. Косвените данъци върху стоки и услуги съставляват 42,6 % от общите данъчни приходи, докато данъците върху доходите и печалбите, съставляват 28,5 % от общите данъчни постъпления. Тези цифри свидетелстват за това, че здравните разходи натоварват изключително много нискодоходните домакинства.

Здравното покритие, осигурявано от НЗС, не включва явно дефиниран пакет от здравни услуги. На практика обаче съществуват някои видове медицински услуги, които би трябвало да се предоставят от НЗС, но не са достъпни (напр. стоматологичните грижи за възрастните). Въпреки че няма рაციониране на здравни услуги, по принцип де факто съществува рაციониране в НЗС, като резултат от затруднения достъп, от отсъствието на специалисти и лекари в селските райони, както и поради пълната липса на определени медицински услуги. Списъците на чакащите пациенти са често пъти разглеждани като средство за рაციониране в публичния сектор на здравеопазването, поради което представляват и основната причина, поради която португалските граждани се насочват към частния сектор на здравеопазването.

Съществува национален списък на утвърдените лекарствени средства и субстанции, които могат да се ползват в португалските болнични заведения към НЗС. Около 30 % от предписваните лекарствени средства в болничните заведения, не са в този списък. Това се дължи на факта, че в доболничните отделения и в амбулаторните сектори, на лекарите е позволено да предписват всяко едно лекарство средство, което присъства на португалския фармацевтичен пазар. Почти всички лекарствени средства са напълно или частично финансирани от НЗС системата.

Около 10 % от населението е покрито от някаква форма на доброволно допълнително здравно застраховане/осигуряване. В повечето случаи доброволното здравно застраховане е под формата на групова здравна застраховка, предоставяна от работодателя. Около 7 % от населението е покрито от взаимоспомагателни дружества, които се финансират основно от доброволни здравноосигурителни вноски. Тези дружества представляват организации с идеална цел, които предоставят ограничени по брой и вид услуги като консултации, заплащане на нужните лекарствени средства и в много редки случаи – ограничена болнична помощ. През последните години се засилва въвеждането на съпътстващи доплащания в системата на здравеопазването, с цел да се понижи търсенето на здравни услуги. Както беше споменато, директните плащания, от страна на пациентите, съставляват над 30 % от общите разходи за здравеопазване през последните 10 и повече години. Съществуват и външни средства за системата на здравеопазването, предоставяни от структурните фондове на ЕС.

Общите разходи за здравеопазване в Португалия нарастват плавно от 3% от БВП през 70-те години на миналия век, през 9,2% през 2001 г., до 10,2% през 2005 г.

Бюджетът на НЗС се определя на годишна база от Министерството на финансите, на основата на историческите разходи и на плановете, зададени от Министерството на здравеопазването. Министерството на здравеопазването на свой ред преразпределя бюджета към петте РЗС на базата на географски дефинираното население, включено във всяка една РЗС.

Бюджетите на болничните заведения се сформират и разпределят от Министерството на здравеопазването, чрез Института за финансово управление и информатика. Понастоящем публичните болнични заведения разполагат с глобални бюджети, които се адаптират частично с т.нар. кейс-микс система. Традиционно бюджетите на болничните заведения се базират на бюджетите от минали години, коригирани с инфлацията, но от 1997 г. насам нараства делът на ДСГ в бюджета, както и на заплащането на база на обем извънболнични услуги.

Здравните центрове не разполагат с финансова или административна автономия. Министерството на здравеопазването преразпределя средства към РЗС, които на свой ред спонсорират основните дейности на всеки здравен център чрез подрегионална координационна система. Всички разходи се покриват от тази подрегионална координационна система, което означава, че не съществува никакъв контрол спрямо натрупаните разходи¹⁵.

9.4. Достъп

Доболничната помощ в Португалия се извършва от микс от публични и частни извършители на здравни услуги. Доболничната помощ в публичния сектор е основно извършвана от публично финансираните и управлявани здравни центрове. Здравните центрове понастоящем не разполагат с финансова или административна автономия и са директно управлявани от РЗС, които на свой ред получават бюджетите си от Министерството на здравеопазването. Множество международни публикации и изследвания сочат, че консултациите с лекар в доболничната помощ на глава от населението (3,4 през 1998 и 3,9 през 2005) е един от най-ниските в ЕС, като от европейските страни само Швеция и Турция имат по-нисък коефициент от Португалия¹⁶.

На национално ниво организацията на общественото здраве е отговорност на Генералния директорат по здравеопазването (ГДЗ). Службите по общественото здраве в Португалия са отговорни за наблюдението на здравния статус на населението, както и за проследяването на детерминантите му. Те също така са отговорни за профилактиката и превенцията на болестни състояния на местно ниво, а също така и за оценката на възприетите профилактични и превантивни дейности.

¹⁵ **Barros P., de Almeida Simxes, J.** Health care systems in transition: Portugal, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2007, с. 35–63.

¹⁶ Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2008, OECD Publications, Paris, 2008, с. 69

Някои от вертикалните програми по здравно образование са провеждани от отделни организации, под шапката на Министерството на здравеопазването, като например Националният съвет по превенцията с неговата инициатива срещу тютюнопушенето или Националният съвет по въпросите по СПИН. Националният институт за наркотични зависимости, който е основно ангажиран в проучвания в сферата на наркотичните и алкохолните зависимости, наскоро бе влят в координиращата институция за лечение на наркотичните зависимости и превенция към Министерството на здравеопазването.

Болничната помощ се извършва основно в болнични заведения, въпреки че съществуват някои здравни центрове, които извършват микро- и едnodневни операции. През 1999 г. в Португалия съществуват 205 болнични заведения, от които 110 са публични (в НЗС), 84 са частни и 11 – други. Почти половината от частните болнични заведения са собственост на частни търговски организации. Неклиничните услуги като поддръжка, сигурност, кетъринг, пералня, изгаряне на болнични отпадъци са обект на аутсорсинг и се изпълняват от частния сектор. Също така диагностичните и терапевтичните услуги в амбулаторния сектор, са извършвани главно от частния сектор.

Тенденциите в бройката на болничните заведения са подобни на тези в другите европейски страни. Налице е значителен спад в осигуреността с болнични заведения през последните 30 години, от общо 634 през 1970 на 205 през 1999 (спад с 67 %).

Съществува неравномерно разпределение на ресурсите между отделните региони, като регионите Alentejo и Algarve са най-ощетените. Като пример Algarve има не само най-ниската обща бройка на болнични легла, но в същото време и най-ниският коефициент на осигуреност с болнични легла на глава от населението. Лисабон и Vale do Tejo заедно имат 35 % от общия брой на болничните легла.

В Португалия публичното извършване на социални услуги е силно ограничено. Тук са включени дългосрочните медицински грижи, дневните центрове и социални услуги за хронично болните, възрастните и някои други групи със специални нужди като ментално болните и менталните/физическите инвалиди. В Португалия съществува традиционна културна зависимост към семейството като основна форма на предоставяне на социални грижи, особено в селските райони. Въпреки това демографските промени като увеличението на заетостта при жените, както и разпадът на широките фамилни структури поради миграция към градските центрове, определят проблема, че все повече и повече възрастни хора не могат да разчитат на тези неформални форми на социална грижа. Както в много други европейски страни, застаряващото население на Португалия се увеличава, а с него и натискът да се осигурят адекватни здравни и социални грижи.

Наблюдава се значителен ръст на заетите в здравния сектор, спрямо общия брой на заетите лица от 2 % през 1974 г. до 2,7 % през 1998 г. През 1999 г., Министерството на здравеопазването е вторият най-голям работодател в публичния сектор, с общо 115 590 заети лица или 19 % от заетите в публичния сектор.

Според данните на Португалската медицинска асоциация през 1998 г. има 31 758 регистрирани лекари в страната. В същото време, по данни на ГДЗ, 23 158 от тези лекари са заети в НЗС, повечето в болничната помощ. Общопрактикуващите лекари/семеините лекари и специализантите за общопрактикуващи лекари съставляват 29,5% от общия брой заети лекари в НЗС. 42,5% са болничните лекари и 2% са лекари, заети в сферата на общественото здраве. През 2005 г., осигуреността с лекари на 1000 души население в Португалия е 3,4.

Португалия увеличава коефициента на осигуреност с медицински сестри на 1000 души постоянно, но въпреки това все още има един от най-ниските коефициенти в ЕС. За 2005 г. коефициентът е 4,6 медицински сестри на 1000 души население.

От 1990 г. няколко правни промени, в резултат от законодателството на ЕС и новоприетите директиви, са въведени с цел да се гарантира качеството и безопасността на фармацевтичните продукти. НИЛСМ е основан през 1993 г. и отговаря за вписването и одобрението на всички лекарствени средства, подлежащи на реимбурсиране от НЗС и за определянето на процента на реимбурсиране. От 1994 г., правомощията на НИЛСМ се увеличават, като покриват вече не само фармацевтичните продукти, но също така и медицинското оборудване.

Португалия няма традиции в оценката на медицинските технологии. През 1995 г., се въвежда ново законодателство, което вдига ограниченията върху компютърните томографи и ядрено-магнитните резонанси. Съществува Национален списък на медицинското оборудване, публикуван през 1998 г., който определя разпределението на специфично медицинско оборудване и на специфични медицински услуги на територията на Португалия. Първоначално, този документ е нямах за цел да се превърне в инструмент за проследяване на разпределението на медицинското оборудване, но по-късно той дава възможност на отговорните за планирането лица да набелязват потенциалните пропуски в извършването на здравни услуги¹⁷.

10. Финландия

Финландия е представителна демокрация с полупрезидентска парламентарна система. В държавата съществуват 6 големи административни провинции с широка степен на автономия.

През 2009 г. населението на Финландия наброява 5,25 млн., като 16,4% са във възрастовата граница от 0–14 години, 66,8% в границата от 15–64 години и 16,8% в границата 65+. Годишният прираст на населението възлиза на 0,098%, а средната възраст е 42,1 години. Раждаемостта е 10,38‰, докато смъртността е 10,07‰. Специфичните демографски показатели, чрез които се анализира качеството на живота, а именно нивото на детска смъртност и средната продължителност

¹⁷ **Barros P., de Almeida Simxes, J.** Health care systems in transition: Portugal, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2007, с. 89–112.

на живота са съответно 3,47 – и 78,97 години¹⁸. Основните причини за смърт в Финландия са сърдечно-съдовите заболявания, неоплазми, нарушения на дихателната система и др.

10.1. Структура на финландската здравна система

Централното правителство и общинските власти са двете най-важни страни в организацията на здравеопазването във Финландия. Провинциите, които представляват административното деление на централната власт, са също натоварени с някои функции относно осъществяването на мониторинг в областта на здравеопазването. Болничните окръжия, съставени от асоциации на общините, са отговорни за някои от управленските функции в болничния сектор и представляват едни критични инструменти, които имат за цел да превъзмогнат проблемите на икономическата ефективност и равния достъп, които неминуемо възникват поради малкия мащаб на основните управленски органи в областта на здравеопазването, като например общините.

На национално ниво Министерството на социалните работи и здравеопазването (МСРЗ) подготвя рамково законодателство, регулирайки политиките по здравеопазването и социалните грижи, като в същото време стриктно наблюдава приложението на горепосоченото рамково законодателство. Важен орган на министерството е Съветът по първична сигурност, който гарантира качеството и равният достъп при извършването на здравни услуги от страна на общините. Съществуват няколко агенции и институции, които са също част от министерството, а именно Националният център по изследователска и развойна дейност в сферата на здравеопазването и благосъстоянието, Националният орган за медицинско-правни работи и Националната агенция по лекарствените средства.

Общините (448 през 2000 г.) са отговорни за профилактиката и превенцията на болестните състояния, медицинските грижи, медицинската рехабилитация и стоматологичната помощ. Решенията относно планирането и организацията на здравеопазването са осъществявани от общинските здравни комитети (понякога сливани с общинските комитети по социални грижи), общинския съвет и общинския изпълнителен борд. Всички те са политически отговорни към гражданите на общината. Страната е разделена на двадесет болнични окръжия, които представляват федерации от общини, отговорни за извършването и координирането на специализирани медицински грижи в подопечните им региони. Всяка община е задължена да бъде член на болнично окръжие.

От 1995 г. съществуват пет провинции (плюс островите Аланд), които възприемат националните и регионалните цели и задачи на централната администрация. Те са отговорни за решенията относно капиталните инвестиции, като в същото време издават препоръки и контролират публичната специализирана медицинска помощ и доболничния сектор¹⁹.

¹⁸ Population register center www.vaestorekisterikeskus.fi

¹⁹ **Vuorenkoski, L. и колектив.** Health care systems in transition: Finland, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2008, с. 1–21.

10.2. Управление, контрол и договаряне

По принцип след реформата от 1993 г. относно държавните субсидии, централното регулиране се превръща в по-слабо детайлизирана правна рамка, с цел да се позволи насърчаването на различни местни решения в политиките по здравеопазването. В частност, ролята на централното правителство е предефинирана, като фокусът пада върху управлението на цялостната система чрез информация, рамково законодателство и експериментални проекти. Въпреки това съществуват някои критични аспекти, като таваните на потребителските такси, които продължават да бъдат регулирани на централно ниво.

Общинските власти договарят на годишен принцип извършването на болнични услуги в рамките на техните подопечни болнични окръжия, като в този процес се дефинират ясни цени на услугите. Разделението финансираща страна–извършител не е въведено все още във Финландия и следователно болничните окръжия не възприемат ролята на трета страна в тези отношения. Съществува принцип на уеднаквяване, който функционира по отношение на болничните окръжия и който цели да разпредели равномерно риска на пациентите, асоциирани с високи медицински разходи, между общините, включени във всяко едно окръжие.

На последно място работодателите организират свои собствени частни застрахователни инициативи в областта на здравеопазването. Тези инициативи се основават на закона по трудова медицина от 1979 г., който задължава работодателите да извършват превантивни услуги по трудова медицина за заетите лица.

Финландската здравна система се характеризира със силна децентрализация поради факта, че общините са отговорни за регулацията и управлението на здравните услуги. Като резултат се проявяват значителни различия между общините относно клиничните практики, извършването на здравни услуги и разходите на глава от населението, свързани със здравеопазването²⁰.

10.3. Финансиране и разпределение на финансовите ресурси

Финландската здравна система осигурява пълно здравно покритие на всичките си резиденти, като здравната система се финансира основно от данъчни постъпления. Както държавата, така и общинските власти имат правото да налагат данъци и такси. През 1999 г. около 43 % от общите разходи по здравеопазване са финансирани от общините, 18 % от държавата (основно чрез държавни субсидии), 15 % от Националното здравно осигуряване (НЗС) и около 24 % от частни източници (основно домакинствата). През 90-е години на миналия век държавният дял във финансирането на здравеопазването намалява (публичните разходи се редуцират в контекста на икономическата рецесия в началото на 90-те години на миналия век), докато относителният дял на НЗС се увеличава главно поради нарастващата употреба на нови скъпи фармацевтични средства. Около половината от приходите на общината се сформират от данъчни постъпления, като в същото

²⁰ **Vuorenkoski, L. и колектив.** Health care systems in transition: Finland, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2008, с. 21–38.

време общините разходват около 25 % от техния бюджет за нуждите на здравеопазването. Съществуват няколко публични източника на финансиране, което създава трудности с координацията на цялата система, поради което изглежда, че системата на публично финансиране трябва да бъде уточнена и опростена.

Не съществуват планове за явно дефиниране на основни пакети от здравни услуги, които са гарантирани за населението. Някои здравни услуги са изключени от задължителната здравна система, като например стоматологичната помощ за определени групи (въпреки че се предполага, че в близко бъдеще цялото население ще премине към публично финансирана стоматологична помощ). Очилата не са обект на публично финансиране, но оплождането ин витро и операциите за разширени вени са включени в системата на публичното здравеопазване.

Увеличението в директните плащания доведе до увеличение на общия дял на частното финансиране в здравеопазването. Съществува относително увеличение в частното финансиране в абсолютни и относителни стойности (поради факта, че се наблюдава значителна редукция в публичното финансиране). Това се дължи на увеличения на потребителските такси за общинските услуги, забраната за данъчни намаления относно разходите по лекарствени средства и медицинско лечение и намаленията на реимбурсирането на фармацевтични средства от НЗС. Не съществуват изключения при прилагането на потребителски такси при нискодоходните групи (както и за всички други групи), поради което те трябва да търсят помощ от системата за социално подпомагане. От началото на 2000 г. е въведен национален таван за здравните разходи.

Ролята на частното здравно застраховане е все още сравнително маловажна във Финландия и бележи ръст само отскоро. През 1980 г. то съставлява около 0,8 % от общите разходи за здравеопазване, като през 1990 г. нараства на около 1,7 %. Сегашните нива от около 2 % се дължат главно на увеличението на рехабилитационните услуги, които се предлагат по частните застрахователни компании. Общите разходи за здравеопазване, като дял от БВП съставляват 7,5 % през 2005 г.

През 1993 г. системата за преразпределение на ресурсите към общините, която канализира държавните субсидии, е реформирана, така че средствата са заложили предварително (и изплащани предварително) и престават да бъдат диференцирани. Преразпределението на средствата се калкулира основно според бройката на жителите, възрастовата структура и заболяемостта, под формата на капитационна система с тежести. ЩО се отнася до капиталните инвестиции, бъдещите прогнози сочат постепенно редуциране на държавните субсидии (до около 25 % от разходите). На общините е позволено да получават кредити, за да финансират капиталните инвестиции или други дейности.

Като резултат от реформата на системата на държавно субсидиране, от 1993 г. болниците получават техните приходи от общините според извършените медицински услуги. Въпреки че здравните услуги са дефинирани и цените им се формират по много различни начини, болниците и болничните окръжия имат все по-

нарастващ интерес към ДСГ, като основа за реимбурсиране от страна на общините.

Болничните лекари и повечето лекари в общинските здравни центрове получават твърдо възнаграждение. Те обикновено разполагат с основна месечна заплата и допълнително възнаграждение в случаите, когато са повикани по спешност или при издаването на сертификати, удостоверяващи здравния статус. При системата на личните лекари на лекарите се заплаща чрез комбинация от основна заплата (около 60%), капитационно плащане (20%), такса за услуга (15%) и местни надбавки (5%).

Комисията на местните държавни работодатели и синдикатите независимо договарят заплатите, допълнителното материално стимулиране и таксите за здравния персонал²¹.

10.4. Достъп

След влизането в сила на Закона за доболничната помощ във Финландия се създава мрежа от центрове за доболнична медицинска помощ, в които мултидисциплинарни екипи извършват доболнични лечебни, профилактични и превантивни медицински услуги за подопечното им население. Въпросните центрове са публична собственост и публично управлявани. Законодателството не навлиза в подробности относно това как здравните услуги трябва да бъдат извършвани, като в повечето случаи това е оставено в компетенциите на общините. Медицинските сестри имат ключова роля в здравните центрове, особено що се отнася до майчинските и неонаталните грижи. Изборът на лекар или болнично заведение, на практика е силно ограничен, въпреки че са на лице усилени дискусии за реформи, целящи да увеличат свободата на пациентския избор.

Системата на лични лекари е въведена през 80-те години на миналия век, като фокуса на тази реформа пада върху подобряването на семейното и общественото здраве, а също така да подобри и достъпа до доболничните лекари, чрез намаляване на времето за изчакване на пациентите. Тази система е усъвършенствана по-късно така, че цялостната отговорност за здравния статус на подопечното население е съсредоточена в мултидисциплинарните доболнични здравни екипи.

Здравните центрове извършват повечето превантивни медицински услуги, включително майчинските и постнаталните консултации, като в същото време отговарят и за училищното здравеопазване. Политиката по общественото здравеопазване е особено ефективна в борбата с рисковите фактори, както и факторите причиняващи смъртност при кардио-васкуларните (сърдечно-съдовите) болести. Въпреки това, трябва да се отбележи, че доболничната и болничната помощ са не винаги добре координирани и съществува нуждата да се подобри непрекъснатия процес на лечение във всички сфери на здравеопазването.

²¹ **Vuorenkoski, L. и колектив.** Health care systems in transition: Finland, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2008, с. 43–67.

Болничната помощ се извършва чрез публичните болнични заведения и чрез техните амбулаторни и болнични отделения. През 90-те години на миналия век болничните легла намаляват с около една трета (особено в сферата на краткосрочните лечебни грижи) на 7,6 болнични легла на 1000 души през 1999 г., като в същото време средният болничен престой пада с около 40%. За сравнение, хоспитализациите се увеличават за същия период със средно около 20%. Понижението на средния болничен престой е силен индикатор за клиничната ефективност на клиничното управление, постигната чрез внедряването на нови медицински технологии, развитието на едnodневната хирургия, както и измествения фокус към превантивната вместо към институционализираната медицина.

Тук трябва да се отбележи, че много от пациентите, нуждаещи се от дългосрочни психиатрични грижи, са прехвърлени от институционализирани грижи към доболничната помощ. Въпреки това, трябва да се има предвид, че темпът на намаляване на болничните легла е по-голям, отколкото темпа на разрастване на неинституционалната медицина. Нещо повече, психиатричните медицински услуги са водещ приоритет в финландската здравна система. Държавните субсидии към общините за подобрене на психиатричните грижи са увеличени през 2001 г. В същото време МСРЗ и Финландската асоциация на местните власти и регионите публикуват насоки за извършването на психиатрични медицински услуги.

Извършването на социални услуги е задължение на общините и се състои главно в целодневни грижи за децата, грижи за застаряващото население, инвалидите и наркозависимите. Социалните грижи за застаряващото население поемат сериозен удар поради икономическата криза от началото на 90-те години на миналия век. Като резултат се наблюдава намаление на ресурсите и следователно намаляване на обема на услугите, което е сериозен проблем, като се вземе предвид темпът на застаряване на населението. Като последствие са въведени нови мерки (като например издаването на национални насоки по качеството на услугите за застаряващото население и др.). Допълнителното застраховане се сочи като възможност за финансирането на бъдещите разходи в тази сфера. Тук трябва да се отбележи фактът, че не са възприети мерки да се прокара частно здравно застраховане за дългосрочните медицински грижи.

Повечето здравни специалисти са наети от общините. За 2005 г. показателят осигуреност с лекари на 1000 души е 2,4, което е едно от най-ниските нива за ЕС. От друга страна, осигуреността с медицински сестри е 7,6 на 1000, което е близко до средното за ЕС. Като резултат от застаряването на населението се очаква да нарасне търсенето на медицински услуги, което ще обостри недостига на лекари и други медицински специалисти.

Фармацевтичните продукти се допускат на пазара с разрешението на Националната агенция по лекарствените продукти. Бордът по фармацевтично ценово определение (БФЦО) регулира цените на реимбурсираните от НЗС лекарствени средства. Болшинството от лекарствените средства подлежат на реимбурсиране.

Развити системи за данъчно финансиране на здравеопазването от тип Бевъридж (NHSs)...

Аптечните заведения са частна собственост, но трябва да имат лиценз от Националната агенция по лекарствените средства.

От 1997 г. са въведени редица мерки за ограничение на разходите по лекарствени средства, като програмата по лекарските практики за предписване на фармацевтични продукти. Въпреки това разходите за лекарствени средства продължават да растат галопиращо, което означава, че са необходими допълнителни мерки.

През 1995 г., е основан Независим център по оценка на медицинските технологии, в рамките на Националният център по изследователска и развойна дейност в сферата на здравеопазването и благосъстоянието, който регулира ефективността и финансовата ефективност на здравните грижи²².

11. Швеция

Швеция е конституционна монархия с парламентарно управление. В държавата съществуват 21 области и 290 общини.

През 2009 г., населението на Швеция наброява 9,059 млн., като 15,7% са във възрастовата граница от 0–14 години, 65,5% в границата от 15–64 години и 18,8% в границата 65+. Годишният прираст на населението възлиза на 0,158%, а средната възраст е 41,5 години. Раждаемостта е 10,13%, докато смъртността е 10,21%. Специфичните демографски показатели, чрез които се анализира качеството на живота, а именно нивото на детска смъртност и средната продължителност на живота са съответно 2,75 – и 80,86 години²³. Основните причини за смърт в Швеция са сърдечносъдовите заболявания, неоплазми, нарушения на дихателната система и др.

11.1. Структура на шведската здравна система

Шведската здравна система е организирана на три нива: национално, регионално и местно.

Регионалното ниво чрез областните съвети и заедно с централното правителство формират основата на шведската здравна система. Общата отговорност за състоянието на здравния сектор е съсредоточена на национално ниво чрез Министерството на здравеопазването и социалните работи (МЗСР). Националният борд по здравеопазване и благоденствие (НБЗБ) представлява полунезависима обществена институция, която е натоварена с надзорна функция върху областните съвети, като в същото време играе ролята на централна правителствена експертна и надзорна агенция по здравеопазване и централни грижи. Бордът контролира прилагането на обществените политики и съответното законодателство, свързано със здравеопазването и социалните грижи. МЗСР и НБЗБ си сътрудничат с множество правителствени агенции на централно ниво, най-важните от които са Бордът

²² **Vuorenkoski, L. и колектив.** Health care systems in transition: Finland, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2008, с. 97–121.

²³ Statistics Sweden www.scb.se

по медицинска отговорност, Агенцията по лекарствени средства, Шведският съвет по технологична оценка в здравеопазването, Бордът за фармацевтично подпомагане и Националният институт по обществено здраве.

На регионално ниво 18 общински съвета, 2 регионални институции (Västra Götaland и Skåne) и 1 община, не принадлежаща към общински съвет (Gotland), са отговорни за извършването на медицински услуги от първичния до болничния сектор, включително общественото здраве и програмите по превенция на болестните състояния. Общинските съвети са групирани в шест региона по здравни грижи. Тези региони са основани с цел да подпомогнат сътрудничеството в болничната помощ между общинските съвети.

На местно ниво съществуват 290 общини с техни собствени сфери на отговорност. Отговорностите на общините включват задачи, касаещи непосредствената околна среда на гражданите, например училища, социални услуги, пътища, ВИК и енергетика. Освен осигуряването на социално подпомагане социалните услуги в Швеция включват осигуряване на целодневни грижи за деца и детско здравеопазване, училищно здравеопазване, хигиена на околната среда, грижи за застаряващото население, инвалидите и пациентите, нуждаещи се от дългосрочни психиатрични грижи. Общините управляват обществени домове за сестрински грижи и извършват медицински грижи по домовете. Обществените съвети и местните власти са членове на Шведската асоциация на местните власти и регионите (ШАМВР), която представлява техните интереси²⁴.

11.2. Управление, контрол и договаряне

Общинските съвети планират развитието и организацията на здравеопазването според нуждите на обслужваното население. Техните отговорности относно планирането включват също така здравните услуги, извършвани от други извършители, като частни лекари и лекари по трудова медицина. Общинските съвети регулират пазара на частните лекари по такъв начин, че веднъж лицензирани частните лекари могат да получат публично реимбурсиране за своите услуги. Повечето здравни заведения са собственост и се управляват от областните съвети. МЗСР изготвя експертни становища за правителствените комисии, предложения към Парламента по отношение на ново законодателство, като в същото време изготвя и други правителствени регулации. НБЗБ е централният експертен и надзорен орган в сферата на здравните услуги, опазването на здравето и социалните грижи.

Осемнадесетте области съвета, двата региона и автономната община формират основата на шведската здравна система. В исторически план Швеция има устойчиви традиции по отношение на местното самоуправление. Отговорностите относно здравеопазването са децентрализирани към регионалните и местните правителствени органи, с изключение на националните цели, задачи и политики, които се определят на национално ниво. Политическата отговорност за финанси-

²⁴ **Glenngard, A. и колектив.** Health care systems in transition: Sweden, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2005, с. 1–10.

рането и извършването на здравни услуги е съсредоточена в компетенциите на областните съвети, като в същото време общините са отговорни за извършването и финансирането на дългосрочните медицински грижи за застаряващото население, инвалидите и пациентите, нуждаещи се от дългосрочни психиатрични грижи. Общините не са подчинени или финансово отговорни към областните съвети.

Децентрализацията на отговорностите в шведската здравна система не се отнася само за законовия застой между централните и местните правителствени органи, но също така включва и децентрализация в рамките на всеки общински съвет. От 70-те години на миналия век финансовата отговорност е децентрализирана в рамките на всеки общински съвет и степента на децентрализация, организация и управление варира значително между всеки областен съвет²⁵.

11.3. Финансиране и разпределение на финансовите ресурси

Шведската здравна система се финансира основно чрез данъчно облагане. Както областните съвети, така и общините имат правото да налагат пропорционално подоходно облагане на тяхното подопечно население. Като допълнение към тези данъчни постъпления, финансирането на здравните услуги се допълва от държавни грантове и потребителски такси.

През 2003 г. 72 % от постъпленията на областните съвети представляват регионални данъци. Остатъкът е съставен от държавни грантове (18 %), потребителски такси (3 %) и други източници (7 %). Пропорцията на общите данъчни постъпления на областните съвети се увеличава значително през последните 20 години. Общините генерират най-голямата част от своите приходи чрез местни такси (69 % през 2003 г.). През последните пет и повече години потребителските такси, като дял от общите общински приходи, намаляват с 0,6 %, докато местните данъци и такси се увеличават с 3,7 %.

Социалноосигурителната система, управлявана от Шведската агенция по социално осигуряване, осигурява финансовата сигурност в случай на болест и/или инвалидизиране. Субсидиите за стоматологична помощ и предписани медикаменти също се покриват от националната социалноосигурителна система. Осигуряването е задължително и покрива риска при загуба на доход вследствие на болест (болнични плащания), както и разходите по здравни услуги. В по-голямата си част националното социално здравно осигуряване е финансирано от вноски, платими от работодателите, като остатъкът се финансира от специфични трансферни плащания от страна на централното правителство. Частното здравно застраховане е изключително ограничено в Швеция, като през 2003 г. едва 2,3 % от населението има допълнителна здравна застраховка. Не е дефиниран основен пакет от медицински грижи или лекарствени средства в шведската здравна система. Вместо това съществуват някои дефиниции относно това какво попада и какво не попада в областта на здравеопазването, като също така съществуват основни насоки относно

²⁵ **Glenngard, A. и колектив.** Health care systems in transition: Sweden, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2005, с. 15–28.

но приоритетите в здравния сектор. Приоритетите трябва да бъдат дефинирани посредством три основни принципа: принципът на човешкото достойнство, принципът на нуждата и солидарността и принципът на икономическата ефективност. В случай на болестно състояние или нараняване на пациента са гарантирани медицински грижи от институции, които имат нужната компетенция и ресурси. С изключение на редуцираните субсидии за стоматологична помощ, не съществуват значителни промени в пакета от здравни услуги през последните 20 и повече години. Пациентите имат правото да избират свой лекар в доболничната помощ без всякакви географски ограничения.

Според условията на социалната здравноосигурителна система, пациентът заплаща пълните разходи на предписаните фармацевтични продукти, вписани в националната схема за фармацевтично подпомагане до 900 шведски крони. Над този размер се включва нарастваща система за субсидиране с таван от 1800 SKR в период от 12 месеца. Фармацевтичните продукти, които не са вписани в националната схема за фармацевтично подпомагане, са единствено достъпни чрез пълното покриване на разходите от страна на пациента. Националната социалноосигурителна система включва покритие на риска при болест, майчинство, основна пенсия при пенсиониране и/или инвалидност, допълнителна пенсия, детски надбавки, социално доходно подпомагане и финансово подпомагане за настаняване.

От общите разходи на областните съвети през 2003 г., 92% са директно свързани със здравните и стоматологични услуги. През същата година 30% от общите разходи на общините представляват разходи за грижи, свързани със застаряващото население, инвалидите.

Принципите за разпределение на ресурсите варират между различните областни съвети. Повечето областни съвети са децентрализирали финансовата отговорност към здравни райони чрез глобални бюджети. Дейности като психиатрия, гериатрия и спешна помощ са също така финансирани чрез глобално бюджетиране. В около половината от областните съвети плащанията както към болничните, така и към доболничните заведения, са базирани на глобални бюджети. Една малка група от около пет области съвета продължава да развива система от плащания за случаи с таван за разходите за някои здравни услуги (основно при болничните заведения) и капитационни модели за доболничната помощ. Друга малка група от областни съвети основава доболничната помощ на базата на капитация, като глобалното бюджетиране се използва за всички други видове здравни услуги. Фиксираните плащания, базирани на случай, реимбурсирането на база леглоден, глобалното бюджетиране, таксите за услуга или комбинация от горепосочените, се използват традиционно, за да покрият пълните здравни разходи.

Поради факта, че повечето от извършителите на здравни услуги в шведската здравна система са публично управлявани, лекарите, стоматолозите, фармацевтите и членовете на други професионални групи получават твърдо възнаграждение. През 2003 г. лекарите, които са наети от областните съвети получават средно около 5300 EUR на месец. Това включва и възнаграждението през извънработно време,

при спешно повикване. За сравнение, медицинските сестри получават 2600 EUR месечно. Стоматолозите получават средно под 3900 EUR месечно. За сравнение, средната месечна заплата през 2003 г. за всички служители, наети от областните съвети е около 2700 EUR.

Частните извършители на здравни услуги и стоматологичните клиники използват смесица от твърдо заплащане, капитация и такси за услуга, като възнаграждение за наетите професионалисти. Шведската агенция по социално осигуряване реимбурсира частните стоматолози и лекари²⁶.

11.4. Достъп

Целта на доболничния сектор е да подобри общото здравно състояние на населението и да лекува болестни състояния и наранявания, които не изискват хоспитализация. Той е също така отговорен за насочването на пациента към правилния сектор на здравеопазването. Според правителствените решения от 1995 г., всички лекари в доболничната помощ са задължени да имат специалност като общопрактикуващи лекари. Термините общопрактикуващ лекар, семеен лекар и участъков лекар варират в зависимост от местните политически и организационни решения, но всички те се отнасят до специалисти по обща медицина в доболничния сектор на здравеопазването. Общопрактикуващите лекари провеждат лечения, дават консултации и съвети и са натоварени и с профилактични дейности. Други заети в този сектор на здравеопазването са медицински сестри, акушерки, физиотерапевти и гинеколози.

Всеки областен съвет разполага с компетенциите да решава по какъв начин да организира и управлява доболничната помощ за нуждите на подопечното си население. Доболничната помощ е предимно публично финансирана и извършвана. Въпреки това съществуват частни извършители на медицински услуги в доболничния сектор, а също така като допълнение към местните здравни центрове и операционните клиники на общопрактикуващите лекари, съществуват и частни лекари и физиотерапевти, частни клиники за сестрински грижи и частни клиники за пред- и постнатални здравни услуги. Частните здравни клиники са относително често срещани в големите градове и градските райони. През 2003 г. в Швеция работят около 1100 здравни центъра, от които 300 са частна собственост.

В международен план, в Швеция консултациите с лекар на глава от населението са сравнително ниски. През 2003 г., този параметър сочи 2,8 консултации на глава от населението в доболничния сектор.

Националният институт по общественото здраве е отговорен за подобряването на здравния статус на населението и за програмите по превенция на заразните болести на национално ниво. НБЗБ е натоварен със специфичната задача да контролира и да осъществява мониторинг на дейностите по общественото здраве на областните съвети и отделните общини. Центърът по епидемиология осъществява

²⁶ **Glenngard, A. и колектив.** Health care systems in transition: Sweden, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2005, с. 41–53.

мониторинг и анализ на здравния статус и социалното положение на населението. Общините, на свой ред отговарят за по-голямата част от местните политики по околната среда, като превенция на заразни болести и оценка на качеството на хранителните продукти и питейната вода.

Превантивната и насочена към населението медицина е интегрирана в доболничната медицинска помощ. В медицинските центрове, достъпът до услуги като измерване на кръвното налягане и нивото на холестерола в кръвта се определя от клиничната ситуация или се осъществява по желание на пациентите. Съществуват и специални образователни програми по здравна култура, засягащи проблемите свързани с тютюнопушенето, наднорменото тегло и нездравословното хранене и алкохолизма, които са задължение на общопрактикуващите лекари. Общопрактикуващите лекари са също така задължени да предоставят някои диагностични услуги, да провеждат необходимите имунизации при децата, както и да осъществяват т.нар. „детски консултации“. Акушерките, областните сестри и общопрактикуващите лекари са натоварени с отговорността да осъществяват консултации по семейно планиране за своите пациенти.

За клиничните състояния, които изискват болнично лечение, се предоставят медицински услуги в областните и регионални болнични заведения. За сравнение с други Европейски страни, в Швеция сравнително голям дял от ресурсите, разходвани за медицински услуги са преразпределени към извършването на болнични медицински услуги и дейности. Болничните заведения са разделени на окръжни областни болници, централни областни болници и регионални болници, в зависимост от техния размер и степен на специализация. За високоспециализираните медицински грижи, в Швеция съществуват шест големи района за медицински грижи, в които областните съвети си сътрудничат помежду си в тази сфера. Също така има по една или две болници на регион, които обслужват население от около 1 до 2 млн. души. Стойността на средната продължителност на болничния престой се понижава постоянно от 1,6 дена средно през 90-те години на миналия век до 1,1 дена през 2000 година. Осигуреността с болнични легла на 1000 души население също се понижава от 5.5 легла през 1993 на 3 през 2003, което е относително рязък спад, а в същото време показателят е един от най-ниските за ЕС 15.

Общините са отговорни за извършването и финансирането на дългосрочните медицински грижи за застаряващото население и инвалидите, както и за пациентите, нуждаещи се от дългосрочни психиатрични грижи. През 2003 г. около 238 900 пенсионера са постоянни пациенти в специални институции, а на 110 900 се предлага помощ по домовете. 9% от грижите по домовете се поемат от частния сектор.

Бройката на персонала, зает в системата на здравеопазването, изразен като отношение към 1000 души население спада от 46,7 през 1992 г., на 31,9 през 2002 г. Основната причина за този спад са структурните промени, т.е прехвърлянето на фокуса от болничната към доболничната медицинска помощ. Общата осигуреност с болнични легла се свива с повече от 40% в периода 1993–2003 г. Осигуреността

Развити системи за данъчно финансиране на здравеопазването от тип Бевъридж (NHSs)...

с лекари е около 3 на 1000 души население, което е значително под средното за ЕС 15. Между отделните области осигуреността с лекари на 1000 души население варира значително от 2,3 до 4,4. В Швеция съотношението на лекари, заети в болничния сектор, спрямо тези, заети в доболничния е чувствително по-високо, спрямо другите страни от Северна Европа: повече от 60% от всички заети лекари работят в болничната помощ.

По отношение на висшето медицинско образование, бройката на медицинските студенти е ограничена, като всяка година около 1100 студенти са приемани в медицински университетски програми. Медицинското образование е изцяло финансирано от централното правителство. Обучението на лекари, стоматолози и други медицински професии е пряко свързано с университетските болнични заведения и други взаимосвързани сектори на медицинските грижи. В Швеция има шест висши медицински училища, които отговарят за висшето медицинско образование в страната. За да вземе регистрация за практикуване, един лекар се нуждае от успешно дипломиране в 5,5 годишна университетска програма, като след това специализира обща медицина за период от 21 месеца. Специализацията завършва с полагането на писмен изпит. След като изпълни тези изисквания, лекарят има правото да се регистрира и лицензира за практикуване на медицинската професия. Повечето лекари обаче избират да продължат своето обучение, с цел да придобият тясна специалност. Това означава още 5 години специализация в една от 62-те признат тесни специалности в медицината. Съществуват около 30 училища за медицински сестри. Всяка година студентите, които са приети за обучение по сестрински грижи, наброяват около 5500 души. Обучението се състои от 3-годишен основен учебен курс, последван от специализация.

Всички лекарствени средства на фармацевтичния пазар в Швеция, трябва да се регистрират и одобряват от Агенцията по лекарствени средства. Бордът за фармацевтично подпомагане е натоварен с отговорността да определи дали даден лекарствен/медицински продукт трябва да бъде реимбурсиран. Ако се стигне до решение за субсидиране/реимбурсиране, то Бордът определя цената на продукта след преговори с производителите. Държавната Национална корпорация на шведските аптеки (Apoteket AB) притежава единствено правото да продава лекарствени средства на населението, чрез общински аптечни заведения. Нещо повече, тя управлява и болничните аптеки на базата на годишни договори с областните съвети²⁷.

12. Състояние и перспективи на системите за данъчно финансиране на здравеопазването

Системите за данъчно финансиране на здравеопазването в Европейския съюз могат да бъдат разделени на три основни клона, според конкретните специфики на тяхната организация, а именно – Скандинавски (Северен) модел,

²⁷ **Glennard, A. и колектив.** Health care systems in transition: Sweden, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2005, с. 73–93.

Класически модел Бевъридж и Смесен модел (моделът на държавите от Южна Европа).

В сегашно време във Великобритания и Ирландия се прилага класическият модел Бевъридж, който е резултат от доклада Бевъридж от 1942 г. Тази система обезпечава безплатно медицинско обслужване, обхващащо цялото население, с цел да се постигне универсално покритие в случай на болестно състояние. Това представлява държавна здравна система, в която болничните заведения са в повечето случаи подчинени на държавните органи, а болничните лекари имат статус на наеман персонал. Терапевтите работят или по договаряне с НЗС, или се договарят с местните държавни органи по здравеопазването. Основният недостатък на този модел са дългите списъци на изчакващите пациенти, породени от дефицита на инвестиране и нововъведения в организационната структура. Неотдавна след въвеждането на механизми за конкуренция, се наблюдава обрат в посока на частното финансиране и стремително развитие на сектора на частно медицинско застраховане, което е признак за пренасочване на целия класически модел Бевъридж към по-либерален такъв. В резултат на либералния завой може да се твърди, че в системата скоро ще започне да се наблюдава рисково селектиране на пациентите, които в общи линии ще се делят на рентабилни и нерентабилни (от гледна точка на предоставящите здравни услуги), в случай че не се въведе по-нататъшна регулация.

Скандинавският модел представлява едновременно държавна и децентрализирана здравна система.

Здравната система на трите скандинавски страни (Швеция, Финландия и Дания) се характеризира с: финансиране чрез данъци, осигуряване на универсален достъп до здравни услуги и широкозастъпен публичен сектор в силно децентрализирана организация на здравеопазването. Реформите от 90-те години усилват децентрализацията (с изключение на Дания) и увеличават финансовите отговорности на местните здравни органи: в Швеция 90% от дейността на общинските съвети е свързана със здравеопазването. В същото време са въведени методи за частно управление и повишаване на отчетността на заетите в сферата на здравеопазването: по-мотивиращи механизми на възнаграждения за лекарите, на които се заплаща на базата на твърда заплата, комбинирано с такса-за-услуга, като в същото време периодично се атестират медицинските работници с цел по-добро обслужване. Тук трябва да се подчертае уникалността на скандинавския модел относно човешкия фактор. В случаите, когато се наблюдава недостиг на лекари с придобита специалност, то на медицинските сестри, след определено обучение, се позволява да изпълняват някои специфични медицински дейности. В Швеция също така е позволено на медицинските сестри да изписват определени видове лекарства. Поради силно изразената автономия на общините съществува регионално неравенство в достъпа до медицинско обслужване и безкрайни списъци с изчакващи пациенти за високоспециализираните услуги в болничните заведения.

Моделът на южноевропейските страни е по-известен като система за смесено финансиране на здравеопазването. Някои от страните в Южна Европа (Испания, Италия, Португалия, Гърция) имат черти, които напомнят на държавни системи със социално обезпечение (като модела Бисмарк), но предприемат реформи, основани на децентрализация, особено в Италия и Испания. Това се дължи главно на социално-историческото развитие на Южна Европа, като отделен социо-културен регион. В Испания съществува всеобщо и безплатно медицинско обслужване. Автономните испански области разполагат с пълни правомощия и компетенции в здравните и в социалните сфери: 70% от средствата за финансиране на здравеопазването произтичат от данъчни постъпления, прехвърлени от държавния бюджет. Значителен дял от здравеопазването е съсредоточен в частния сектор (25% от болничните услуги). За 2004 г. в Италия различните области са отговорни за собствени балансирани бюджети. В резултат от смесения модел се наблюдава неравен достъп на медицинско обслужване за гражданите поради факта, че методите на управление в различните децентрализирани райони могат да бъдат много различни.

Скандинавските страни – Норвегия, Швеция, Дания и Финландия, заемат северната част на континентална Европа и често са възприемани като подобни от външните академични анализатори. Като основание за съвкупното им разглеждане съществуват значими исторически причини: три (Норвегия, Дания и Швеция) от тези четири държави са били обединени от Калмарския съюз от 1397 до 1523, а след неговия разпад продължават да бъдат обединени в различни аспекти, докато получават пълна независимост през XX век. Общата история е използвана често като основен отговор на въпроса защо Скандинавските страни сред другите си прилики са избрали обща социална политика и модел.

Скандинавският модел на социална държава се превърна в световноизвестен през последните години. Негова основна характеристика е доминантната роля на държавата в сферата на провеждането на социални политики, откъдето произхожда и наличието на изчерпателен обществен сектор, отговарящ за приложението на тези политики. Въпреки наличието на много обособени и строго разграничени различия, общите характеристики включват широк спектър на социална политика, универсално социално покритие, както и безплатни или силно субсидирани социални услуги.

Скандинавските здравни системи са основани на принципите на универсализъм, чрез който се поставя на преден план целта да се постигне равен достъп до медицински услуги, без значение на социалната класа, доходи или местожителство. За да се постигне тази цел, Скандинавският модел разчита на публично управление и контрол, ограничена употреба на пазарно-базирани механизми – като право на определен избор или конкуренция, както и на ограничаване на обема здравни услуги, чрез въвеждането на списъци на изчакващите пациенти (в повечето случаи – дълги). Директните плащания играят малка роля в здравните системи от скандинавски тип, като в същото време са съпроводени от наличието на „осигу-

рителни мрежи“ (safety nets) под формата на годишен таван на директните плащания. Нещо повече, скандинавските страни са известни с извършването на медицински услуги чрез децентрализиран публичен модел. Това означава, че местните политически органи – общини и/или области, са отговорни за здравните услуги, предоставяни на подопечното им население, както и за управлението на извършителите на здравни услуги.

Тук трябва да се отбележи, че през последните 20 години Скандинавският здравен модел претърпя сериозни промени, но въпреки това основните му послания бяха запазени. Настъпилите промени са своеобразен отговор на външни и вътрешни фактори.

На първо място, и трите страни са членове на ЕС (Дания от 1973, Финландия и Швеция – от 1995). Въпреки че здравните политики в рамките на ЕС са въпрос на националните стратегии, самото съществуване на съюза, създава значителен натиск върху отделните здравни системи. По-специално тенденциите в ЕС да се създават детайлни регулации са в пряк конфликт със Скандинавския модел, който традиционно е по-гъвкав към местни решения и разлики между отделните страни.

На второ място, изборът, досега разглеждан като ненужна характеристика на пазарно-базираните здравни системи (като напр. САЩ), е вече въведен във всички скандинавски страни. Това се дължи отчасти на факта, че информационният бум засегна и сферата на здравеопазването. Пациентите днес трябва да бъдат разглеждани като информирани и изискващи потребители, а не просто приемници на здравни грижи. Също така, въведеното право на избор говори за признание, че увеличената употреба на пазарни механизми е един чудесен начин да се коригират неефективностите в системата, която се характеризира със закостенялост, както в структурен, така и в управленски план. В Скандинавския модел изборът на пациента е ограничен до избор на болнично заведение, като изборът на лекуващ лекар в болниците е все още под въпрос.

На трето място, а също така и повлияно от паралелни структури и реформи в други страни, методът на финансиране на здравните услуги се променя от годишни бюджети на базата на исторически разходи от предишни периоди, на сложно договорно бюджетиране, целящо подобрене на клиничната и финансовата ефективност, както и на качеството на услугите. Механизми като отделянето на страните, които заплащат и извършват здравните услуги, употребата на финансиране на базата на дейност и др. се прилагат с ясна цел да се увеличи ефективността като цяло.

Наблюдават се и сериозни промени в извършването на здравните услуги. Болничните заведения постепенно се превръщат във високоспециализирани лечебни центрове, докато по-леките клинични случаи се поемат от доболничната помощ. Нещо повече, специализираните болнични услуги се извършват във все по-малко и във все по-големи болнични заведения. Мотивацията за това решение е спестяване на разходи, чрез създаването на „икономики на мащаба“, както и по-висока

степен на качество на услугите, поради по-големия обем на сложни клинични състояния, лекувани от всеки лекар. Последната мярка често среща силна опозиция както от някои изявени експерти, така и от населението на районите, които са лишени от болнични заведения. Скандинавските страни, с изключение на Дания имат големи, но слабонаселени райони. Да се запази географското равенство, а в същото време да се оползотворят медицинските и икономическите ефекти на „икономиките на мащаб“ представлява едно сериозно предизвикателство за Скандинавския модел.

В Дания като резултат от тази дилема се стига до централизация на отговорността за извършването на болничните услуги от общините към по-големите региони. Зад тази централизация се крият няколко причини. Една от тях е, че традиционният силно децентрализиран Скандинавски модел е доказано скъп. Тук трябва да се отбележи, че въпреки че се предполага, че такава мярка има потенциала да намали напрежението върху здравните разходи, по-скоро се постига обратен ефект. Здравните разходи продължават да се покачват, докато реструктурирането на системата изглежда дори още по-сложно. В Дания се предвижда по-нататъшна централизация на 14-те области в 5 региона, с цел да се решат проблемите с географските различия при употребата на специализирани здравни услуги, както и проблемите, свързани с болничните структури и икономическата ефективност. Засега е прекалено рано да се даде оценка на такава политическа мярка, но може да се направи прогноза, че в Дания процесът на централизация ще се задълбочи.

Би могло да се очаква, че Швеция ще последва същите политики. Но тук трябва да се подчертае, че засега политиката на Швеция е да запази и да се придържа към собствения си модел на 21 области – въпреки ясните препоръки, от страна на правителствените комитети, тези области да бъдат слети в по-големи и по-малко на брой здравни региони. По този начин може да се заключи, че бъдещето развитие на Скандинавския модел остава силно неясно.

Кои са другите основни предизвикателства пред скандинавските страни? Както и в другите страни от света, в условията на световна финансова криза, фискалната устойчивост на системата е под голям натиск. В рамките на социалните държави, на този проблем може да се противодейства по три начина: да се намалят здравните услуги, да се увеличи данъчното облагане или да се увеличи ефективността на цялостната система. До този момент скандинавските страни нямат традиции или желание да разглеждат съдържанието на здравните пакети от услуги. Поради бързото развитие както във фармацевтичен, така и в технологичен план, става ясно че универсалният достъп до (почти) безплатно здравеопазване започва да означава липса на достъп до качествени здравни услуги. В тази посока би трябвало да се създаде ясна регулация относно какво се покрива и какво не се покрива от публичния сектор. Начинът по който разглежданияте три страни ще се отнесат към въпроса за въвеждането на нови и скъпоструващи технологии в близко бъдеще,

ще бъде ясен сигнал за това как се отнасят към въпроса за разпределянето на здравните услуги и нуждата за разпределение като цяло.

Трудно е да се предвиди разрастване на здравния сектор, базирано на данъчно финансиране. Скандинавските страни са вече сред страните с най-високо ниво на данъчно облагане и може да се счита, че няма да има политическо решение за по-нататъшно увеличаване на данъчното бреме. В Дания например консервативното правителство въведе през 2002 г. закон, с който се забранява на общинските власти да увеличават данъчното облагане.

Гореспоменатите наблюдения водят до заключението, че единственият начин да се избегне по-нататъшно ограничаване на достъпа до здравни услуги е да се увеличи ефективността им. Въпреки че здравните системи на скандинавските страни са все още стабилно основани на принципите на Северния модел на социална държава, може да се твърди, че постепенно се залага все повече и повече на икономическата мотивация, с цел да се постигне диверсификация при извършването на здравните услуги, а в същото време да се усъвършенстват моделите на управление, които се справят ефективно с предизвикателствата на една поддинамична и по-пазарно ориентирана система.

Здравеопазването в скандинавските страни е, както повечето социални услуги, разглеждано като основно право на гражданите. Когато този факт е комбиниран със силната тенденция да се опонира на всяко решение, които би довело до географско или социално неравенство, става ясно защо един паралелен частен пазар на медицински услуги рядко бива посочван за алтернатива на държавната система. В това отношение скандинавските страни се различават силно от подобната на тях в културно отношение Великобритания. Вече се наблюдават тенденции за растеж в частното допълнително здравно застраховане в трите страни. Поради факта, че натискът от страна на ЕС най-вероятно ще продължи и ще се засили в посока да се създадат чужди болнични заведения в разглежданите страни, най-логичното развитие на скандинавския модел е да се ограничи публичният пакет от здравни услуги в комбинация с облекчаване на рестрикциите относно прилагането на частни медицински услуги. Дали една подобна либерализация ще сложи край на скандинавския модел, такъв какъвто го познаваме, е спорен въпрос, чийто отговор може да бъде проследен само в бъдещето²⁸.

Въпреки че се наблюдава висока институционална фрагментация между различните професионални групи относно системите за социална сигурност, южно-европейските социални държави се характеризират с универсалистичен подход към техните здравни системи. Комбинацията между системите за социална сигурност и универсализма в здравеопазването е втората характерно открояваща се черта на социалните страни от Южна Европа. Открито формулиране на здравеопазването, като основно гражданско (вместо работническо) право, е вписано в италианската, испанската, гръцката и португалската конституции и въпреки че истори-

²⁸ **Magnussen, J.** The Scandinavian Health Care System, Medical Solutions, May 2009, 2009, с. 63–68.

ческото наследство от техните здравни системи е било и все още е (като системите за социална сигурност) силно професионално фрагментирано, всичките четири страни полагат големи усилия да реформират тези системи в последните три десетилетия с цел да се установи пълноценна система за национално здравеопазване, характеризираща се със свободен достъп за всички резиденти, стандартизирани правила и организация, както и данъчно финансиране на здравните услуги.

Този стремеж към универсализъм е най-ярко изразен в Италия, където от 1978 г. се потиска съществуването на професионалните схеми и цялото население се включва в НЗС, като в същото време се въвежда стандартизиране на здравните услуги и една единствена (силно децентрализирана) организационна структура в цялата страна.

Португалия формално преминава от професионално към универсално покритие през 1976 г. след революцията. За разлика от Италия тази страна не отменя предишните задължителни застрахователни схеми, така че нейната НЗС продължава да бъде дуалистична структура, в която облагодетелстваните работници (особено държавните служители) се ползват с привилегирован достъп до здравни услуги (главно заради по-високата свобода на избор, произлизаща от специалните застрахователни схеми в публичния сектор).

Испания формално въвежда универсално покритие през 1986 г., но този принцип става ефективен едва през 1990 г. Испанският универсализъм не е изцяло „пълнен“, тъй като най-високодоходното население (около 0,5 %) е освободено от членство в НЗС. Нещо повече, организационната стандартизация не е напълно достигната в рамките на цялата страна. Системата се управлява от множество агенти, включително INSALUD, автономните общности и други. Почти 2,4 милиона държавни служители се ползват с покритие по специални схеми, имайки по-голям достъп до лечение спрямо покритието на INSALUD.

Гръцката здравна система е най-дистанцирана от НЗС модела, базиран на универсално членство, единни регулации и структура. Въпреки че Гърция се счита обикновено за държава с национална здравна система, базирана на универсално покритие, достъпът до медицински грижи е все още предопределен от професионалните системи за здравно застраховане.

Тези граждани, които не са покрити от никоя схема, получават здравни грижи чрез системата на обществено подпомагане.

Трябва да се отбележи, че никоя от южноевропейските здравни системи не споделя специфичния подход на силно преобладаващо данъчно финансиране, възприет от скандинавските страни и страните със системи от тип класически Бевъридж. Въпреки че всичките четири страни постоянно правят опити да реформират системата си от здравно осигуряване към пълно данъчно финансиране, никоя от тях не е успяла да постигне тази цел напълно към днешна дата. Продължаващите професионални различия относно достъпа и лечението (особено в Португалия и Гърция), големите териториални разлики и смесената форма на финансиране генерират широки преразпределителни смущения в структурата на здравеопазването

в Южна Европа, въпреки опитите за универсализиране и относително универсалистичната риторика.

Друга значителна особеност на южноевропейските здравни системи се отнася до наличието на публично-частен микс. Във Великобритания и Скандинавия основаването на НЗС не само означава пълно универсално покритие и структурна стандартизация, но също така и обезкуражаване на частните извършители на здравни услуги (особено частните клиники и болници) в здравния сектор – или поне ясно разграничаване между сферите и ролите на публичната и частната медицина. Публично-частният микс се развива различно в Южна Европа. Тук основаването на НЗС (по италиански или иберийски модел) не предоставя засилване на публичния сектор и обезкуражаване на частните извършители на здравни услуги, но продуцира особен вид симбиоза между публично и частно извършване на здравни услуги, често със сериозни преимущества и печалби за частния сектор. В Южна Европа НЗС персоналът (дори болничните лекари) се характеризират с относителна свобода на предоставяне на частни медицински услуги, даже и под шапката на публичните структури. Още повече, НЗС се договаря с частните извършители (в Испания и Италия) относно извършването на широка гама от услуги: от диагностични тестове до малки и средни хирургични манипулации. В Португалия и Италия голям процент от публичните разходи за здравеопазването е насочен към частните медицински центрове²⁹.

Във Великобритания, като основен представител на модела „класически Бевъридж“ данъчното финансиране предоставя универсално покритие. Директните плащания от страна на пациентите са сравнително ниски и системата може да бъде класифицирана като безплатна, в по-голямата си част. Въпреки че е трудно да се измери и да се установи със сигурност, се счита че системата за финансиране на здравеопазването, базирана на националната данъчна система, е леко прогресивна по своята природа.

Дилемите, пред които е изправена здравната система във Великобритания, засягат ефективността, достъпа, времето за достъп и равнопоставеността в здравеопазването. Последните реформи, особено в Англия, целят да предоставят на пациентите по-широк избор на болнични заведения, въпреки че изборът на пациента, относно вариантите на лечение остава силно ограничен. Развива се договарянето с частния сектор за предоставяне на определени медицински услуги, като даже се договаря и лечение в чужбина, при нужда.

Развитието на Великобританската здравна система води до твърде различни решения за реформи в различните държави, съставляващи Обединеното кралство. В Шотландия съществуват големи различия във финансирането на персонала, що се отнася до дългосрочните медицински грижи, което би прераснало в сериозен проблем в бъдеще. От друга страна, в Северна Ирландия здравните и социалните

²⁹ Ferrera, M. The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe, *Journal of European Social Policy* Vol. 6, 1996, 17.

грижи са напълно интегрирани. В Уелс ударението пада върху реформи подобряващи достъпа и ефективността на ресурсите в сферата на здравеопазването. Тук се наблюдава и една политика на изявена социална компонента, изразена чрез забраната на съпътстващите доплащания за предписаните лекарствени средства.

В Ирландия здравеопазването се явява като един от най-съществените социо-политически проблеми, а също така и непрестанен източник на неудовлетворение, особено сред гражданите, които не могат да си позволят доброволна здравна застраховка. Обстановката на социално напрежение принуждава правителството да предприеме сериозни капиталовложения, както и конкретни опити да се редуцират разликите в клиничните резултати между различните социо-икономически групи и не на последно място – мерки, подобряващи достъпа до здравни и социални услуги. Въпреки тези мерки, трябва сериозно да се отбележи, че делът на населението с пълно право до безплатни медицински услуги намалява значително.

Частните пациенти се лекуват доста по-бързо в публичните болници от онези, които разчитат на публично финансиране. Националният фонд за заплащане на лечението бележи известен прогрес при договарянето с частните болнични заведения за лечение на публично финансирани пациенти на високи цени, с цел да се намалят списъците с изчакващи пациенти, докато в същото време, частните пациенти се лекуват в публичните болници на цени, значително под пазарните³⁰.

За да се противостои на тези тенденции, в Ирландия се предлагат нестандартни решения, с неясни факти и резултати. Едно такова предложение е т.нар. „болнично ко-локиране“, което се явява като продължение на предприетите политики за освобождаване от данъци на новопостроените частни болнични заведения (като от 2002 г. вече не се прави разлика дали са търговски дружества или организации с идеална цел), както и на политиките за засилване на публично-частното партньорство в сектора.

Тук трябва да се подчертае, че нито опростяването на данъците, нито предложението да се построяват частни болнични заведения непосредствено до съществуващи публични (което е основната идея на ко-локирането), не е предшествано нито от икономически анализ, нито от публичен дебат. Липсата на дебат довежда до неадекватно положение, в което на публичните болници не е дадена думата съгласни ли са да участват в ко-локирането, или не.

Непосредствената логика, стояща зад идеята за ко-локиране на частни болнични заведения е евтин и сравнително бърз способ за осигуряване на допълнителен брой болнични легла за пациентите, разчитащи на публично финансиране. По-нататък, се счита, че осигуряването на 1000 болнични легла в частните ко-локирани болнични заведения, ще освободи приблизително 1000 легла в публичните болници, които се заделят за обслужване на частни пациенти.

³⁰ **Grosse-Tebbe, S., Figueras, J.** Snapshots of Health Systems, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, Denmark, 2005.

От изключителна важност е да се обърне внимание на факта, че публични и частни болнични легла не могат да бъдат приравнявани на принципа „едно към едно“, дори само защото частните болнични заведения не предлагат пълен интегриран пакет от здравни услуги, който е наличен в публичните болници. Частните болнични заведения предлагат ограничен набор от услуги, „отбиращи“ по-ниско-стойностните процедури, и избягват сложните клинични състояния, както и пациенти с хронични заболявания, които биха имали нужда от по-продължителни грижи и лечение.

Друг важен аспект е анализът на пазарното изкривяване, в резултат от данъчните облекчения и ефектите от „редистрибуцията“ на несъбраните публични средства. В крайна сметка, се получава ефект на имплицитно „публично субсидиране“ в размер между 40 и 44 % от общата цена на частните болници. С други думи, онези инвеститори, които разполагат с достатъчно средства да предприемат такъв вид инвестиция, ще имат възможността не само да намалят данъчното си облагане спрямо конкретния проект – частно болнично заведение, но също така и това на свързани бизнеси.

От друга страна, построяването на частни болници, буквално непосредствено до публичните, ще означава открита подкрепа и поощряване, от страна на правителството, на една биполярна система на болнични грижи: система със сложно управление и пределно голяма капитална цена, за да бъде гъвкава на промяна.

Основната социална компонента на данъчно финансираните здравни системи – достъп на базата на нуждата се трансформира в Ирландия във вида на достъп на базата на доходи, което представлява сериозна „бомба със закъснител“, на фона на разразилата се световна финансова криза в Европа 2008 г.

13. Заключение

Равнопоставеността и ефективността се явяват ключови в критическата оценка на здравните системи. Съществуват, обаче и други фактори, които формират рамка за цялостно оценяване на здравните системи и които се концентрират над следните въпроси:

1. Прогресивна ли е системата за финансиране (вертикално равнопоставена)?
2. Хоризонтално равнопоставена ли е системата за финансиране?
3. Финансирането прераства ли в редистрибуция?
4. Как системата за финансиране въздейства върху преразпределителната и техническата ефективност?

Първите три въпроса са директно свързани с равнопоставеността, а последният обхваща проблемите на ефективността.

Относно проблемите на вертикалната равнопоставеност или още прогресивността на една здравна система, основният способ е да се определи кой заплаща и за какво. По принцип, вертикалната равнопоставеност се занимава с анализи-

рането на размера, до който една здравна система е прогресивна (заможните хора заплащат пропорционално повече), пропорционална (заможните и незаможните заплащат еднакви пропорции) или регресивна (заможните заплащат пропорционално по-малко).

Данъчното облагане представлява нещо повече от обикновеното набиране на финансови постъпления. То има нормативна и политическа компонента, и отразява разбирането на дадено общество на въпроса за разумното и равнопоставено преразпределение на данъчната тежест. В случаите, в които общото данъчно облагане финансира здравната система, ефектът на равнопоставеността в социалната държава по принцип, противопоставен на равнопоставеността в сферата на здравеопазването, често не може да бъде различен и открит.

Един анализ на прогресивността на финансирането на здравеопазването в страните от ОИСР сочи, че директното данъчно облагане е прогресивно във всички страни, докато индиректното данъчно облагане е регресивно във всички страни, с изключение на Испания. В страните, в които здравеопазването се финансира изключително от данъчно облагане, комбинацията от директни и индиректни данъци определя цялостното данъчно облагане като слабо прогресивно.

Прогресивността на подоходното данъчно облагане зависи от два фактора: първият е видовете данъци, свързани с доходите, а вторият е размерът на всеки един от тях. В Европа данъчните реформи през 80-те години на миналия век се съсредоточиха върху разширяване на данъчната основа и върху приравняването на всички източници на доход. На практика обаче тези реформи са съчетани с намаляване на броя на видовете данъци и с намаляване на пределните данъчни ставки, като двете споменати мерки намаляват прогресивността.

Недиректните данъци върху стоките и услугите обикновено се начисляват като процент от цената и следователно потребителското поведение предетерминира дистрибуцията на данъчното бреме. Данните от Великобритания, показват че домакинствата в най-долните 10% по доход, заплащат около 32% от своите брутни доходи във вид на непреки данъци, докато най-горните 10% заплащат едва 11%³¹. От гледна точка на здравеопазването, налагането на високи индиректни данъци и такси на продукти, вредни за здравето, е оправдано с цел да се намали консумацията на тези продукти, въпреки ниската им еластичност към цената. Някои учени не подкрепят увеличението на акцизите върху тютюневите продукти – понеже що се отнася до разпределението на доходите – тези акцизи представляват голям дял от доходите на нискодоходните групи, за разлика от високодоходните групи³². Изследванията на относителната ценова еластичност на търсенето на цигари и тютюневи изделия показва, че нискодоходните групи са по-ценово сензитивни

³¹ **Glennerster, H.** *Paying for Welfare: Towards 2000*, 3rd edn. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1997.

³² **Manning, W. G. and Marquis, M. S.** *Health Insurance: The Trade-off between Risk Pooling and Moral Hazard (R-3729-NCHSR)*. Santa Monica, CA: RAND, 1989.

и следователно е по-вероятно да откажат тютюнопушенето³³. Въпреки това, по-голямото потребление на алкохолни и тютюневи продукти сред нискодоходните групи предопределя относителната регресивност на този вид данъчно облагане.

Местните данъци и такси са обикновено много по-малко прогресивни, отколкото националното данъчно облагане, поради факта, че местните данъци са често пропорционални, въпреки че се наблюдава и местно подоходно прогресивно облагане в някои страни. Тук трябва да се отбележи, и че въвеждането на по-високи потребителски такси и съпътстващи доплащания за пациентите, също увеличава прогресивността.

Относно хоризонталната равнопоставеност на системата за финансиране, трябва да се отбележи, че третирането на пациенти с еднакви доходи по различен начин, засилва хоризонталната неравнопоставеност. С други думи хоризонталната равнопоставеност изисква, че пациенти с еднакви доходи заплащат еднакво за здравни услуги.

Събирането и усвояването на данъчни постъпления на местно ниво може да създаде регионални различия и неравнопоставеност, ако отсъства национална преразпределителна система. Точно за това, националният бюджет трябва да се използва за уравниловка на ресурсите в различните региони. Например в Швеция като допълване на местното данъчно облагане, населението плаща национални данъци, които се използват за субсидиране на по-изостаналите региони. Въпреки това данъчните ставки в различните региони на Швеция и Дания сериозно варират, което е предпоставка за сериозни хоризонтални различия.

Относно въпроса дали финансирането прераства в редистрибуция, трябва да се подчертае, че разпределителният ефект зависи пряко от прогресивността на събирането на данъчни постъпления (вече дискутирано по-горе), както и от нивото на публичните разходи. Вземането предвид на двата фактора в съвкупност дава по-точна представа за здравната система, отколкото ако се анализират поединично. Комбинацията от тези два фактора е от изключителна важност за внедряването на политики в областта на здравеопазването. Например една пропорционална система трябва да преразпределя неравно ресурсите, за да се получат желаните редистрибутивни ефекти на прогресивната система. Ако е възможно да се наберат повече данъчни постъпления, чрез по-малко прогресивна система за данъчно облагане, но публичните ресурси облагодетелстват нискодоходните групи, нетният ефект е, че тези групи с ниски доходи са в икономически по-изгодна позиция, отколкото в случая, в който съществува една по-прогресивна система, която набира по-малко средства за преразпределяне, откъдето следва, че нискодоходните групи не са така облагодетелствани, както в първия вариант. В някои е страни е изключително трудно да се раздели редистрибутивния ефект на здравните разходи от цялостните публични разходи, чиято цел е също редистрибуция.

³³ **Townsend, J., Roderick, P. и Cooper, J.** Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity, *British Medical Journal*, 309(6959), 1994, с. 923–7.

Придобиването на представа за цялостния редистрибутивен ефектна системата предразполага различна и по-пълна перспектива. Ако една здравна система се анализира нединамично в даден момент от времето то така се възпрепятства анализът на редистрибуцията през целия жизнен цикъл на един пациент (интер-темпорална редистрибуция) между периодите на сравнително добро здраве (или благосъстояние) и периодите на влошено здраве (или относителна бедност). Точно поради тази причина тук авторите на този труд ограничават анализа само до данъчното облагане.

Едно от проучванията на редистрибутивните ефекти на данъчното облагане и на системите за бюджетни трансфери показва, че през 90-те години на миналия век Швеция преразпределя най-много средства, като намалява приходните различия до 50%. От другите европейски страни, Великобритания преразпределя най-малко, намалявайки приходните различия до 25%. Дания е по средата с 40%. Заключението на горепосоченото проучване е, че социалните трансфери имат много по-голям редистрибутивен ефект от данъчното облагане³⁴. Това предразполага заключението, че по-умерено прогресивните данъчни системи се комбинират по-ефективно с добре таргетирани социални трансфери.

Какви ресурси са преразпределени, какъв микс от изходни блага са използвани и какви услуги са извършени предопределят здравния статус до голяма степен, но методът на финансиране и преразпределителната и техническата ефективност не са свързани ясно концептуално. Те са функция повече на покупателните модели на здравни услуги, отколкото на набирането на средствата. Тук трябва да се отбележи, че връзката между ефективност и системи за финансиране не може да бъде емпирично или теоретично подкрепена³⁵.

Съществуват поне три метода за обследване на редистрибутивната ефективност: преразпределение на ресурсите между здравеопазването и другите сектори на икономиката; начинът по който финансовите средства се преразпределят към различните сектори в системата на здравеопазването, като например между активното и превантивното лечение; и начинът, по който ресурсите се разпределят спрямо специфични клинични услуги, като лекарствените средства за реимбурсиране, техният вид, бройка и т.н. Редистрибутивната ефективност е изключително трудно да бъде измерена поради ограничената наличност на данни и широкият спектър от методологични проблеми. Анализът на разходите по сектори може да бъде използван до известна степен за анализ на редистрибутивната ефективност в здравната система. Въпреки това такъв тип анализ е силно зависим от смели допускания и презумпции относно относителната стойност и ефективност на

³⁴ **Ervik, R.** *The Redistributive Aim of Social Policy: A Comparative Analysis of Taxes, Tax Expenditure Transfers and Direct Transfers in Eight Countries.* New York: Syracuse University Press, 1998.

³⁵ **Jonsson, B. and Musgrove, P.** *Government financing of health care*, в G.J. Schieber (ed.) *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference*, 10–11 March 1997. Washington, DC: World Bank, 1997.

различните сектори; нещо повече, редистрибутивната ефективност не е свързана с измерване на броя извършени услуги, които са зависими изключително много от цената и микса на изходни ресурси (техническа ефективност), както и от границите между различните сектори, които често са непълно дефинирани. За да се определи точно размерът, до който този вид преразпределение подобрява общественото здраве, трябва да се използва набор от данни за изходите от лечението, които не са достъпни.

Лицата със здравно покритие в държавите с данъчно финансиране на здравната система стават все по-загрижени относно икономическата ефективност на набраните финансови средства, или казано по-точно, постигането на добро ниво на техническа ефективност. Пределните цени на здравните услуги се минимизират чрез максимизиране на техния брой посредством произволен пакет от ресурси. Казано по-просто, техническата ефективност и методът на финансиране изглежда не са систематично свързани. Изниква нормалният въпрос дали могат да се наблюдават някакви асоциации между тези две явления в ежедневната медицинска практика.

Техническата ефективност е водена от покупателните модели. Общото данъчно облагане, както и доходното облагане, невинаги и не задължително интегрират набирането на финансови средства и заплащането на здравни услуги. При частното здравно застраховане в конкурентен пазар, набирането на средства, избрането на рискови профили и заплащането на здравни услуги обикновено са интегрирани в една и съща организация; този метод на набиране на финансови средства следователно по-силно въздейства върху ефективността при извършването и заплащането на здравни услуги.

Един анализ на съотношението между медицински сестри и лекари в страните от ОИСР подсказва идеята, че осигуреността с лекари е тази, която основно предопределя комбинацията от изходни ресурси. Там където осигуреността с лекари надвишава оптималното търсене, те се превръщат в заместител на медицинските сестри. Миксът от специалисти и генералисти варира сериозно в страните с данъчно финансиране на здравеопазването. Въпреки това се счита, че методът на финансиране на здравната система не е свързан с горепосочените вариации.

Някои системи с данъчно финансиране на здравеопазването постигат позитивни резултати в ограничаването на финансовите разходи, особено в сферата на лекарствените средства. Въпреки това трябва да се отбележи, че политиките за ценови контрол и поощряване на употребата на генерични продукти, са по-свързани с мотивацията на лекарите, фармацевтите и пациентите, отколкото с метода на финансиране на здравеопазването.

Трябва също така да се отбележи, че миксът от технологични ресурси варира сериозно между страните с данъчно финансиране на здравеопазването. Вариациите при географското разпределение на скъпоструващите медицински технологии отразяват ограниченията при различните страни, относно тяхната способност да закупуват медицинско оборудване, или политиките за реимбурсиране на разхо-

Развити системи за данъчно финансиране на здравеопазването от тип Бевъридж (NHSs)...

дите за клинични тестове и/или лечение повече, отколкото източника на финансиране.

Административната ефективност, измерена чрез разходите за администрация, като дял от общите разходи за здравеопазване, е най-пряко свързана към типа и организацията за финансиране на здравеопазването. Административните разходи са позитивно свързани с приватизация, конкуренция (допълнителни разходи за маркетинг), децентрализация и брой на институциите, събиращи финансови постъпления за финансиране на здравеопазването (припокриване на административни функции, което възпрепятства създаването на икономики на мащаб)³⁶.

В заключение можем да кажем, че NHS системите са по-ефективни спрямо SHI системите относно достъп и разходи за здравеопазване, докато SHI системите превъзхождат NHS системите при пациентската удовлетвореност и при изходите от лечението. По отношение на пазара на труда SHI системите имат потенциала да създадат относително демотивиране на някои лица да се присъединят и да останат в работната сила, докато това не се наблюдава при системите с данъчно финансиране на здравеопазването³⁷.

³⁶ **Mossialos, E. и колектив.** Funding Health Care: Options for Europe, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2002, с. 288,

³⁷ **Wagstaff, A.** Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD, The World Bank, Washington, 2009.

Кратка сравнителна характеристика на разглежданите здравноосигурителни системи

Въз основа на направения анализ на развитите бюджетни системи, е съставена следната сравнителна характеристика, съпоставяща ключови фактор в табличен вид.

Таблица 1

Сравнителна характеристика на развитите системи от тип Бевърридж

Страна	Население	Средна продължителност на живота в години	Рождаемост на 1 000	Смъртност на 1 000	Детска смъртност на 1 000	Процент на разходите по здравеопазване като дял от БВП ¹	Процент на публичните разходи по здравеопазване като дял от общите ²
Великобритания	60,6	79,01	10,65	10,2	4,85	8,3	87
Германия	10,7	79,66	9,45	10,51	5,16	10,1	43
Дания	5,5	78,3	10,54	10,22	4,34	9,1	84
Ирландия	4,2	78,24	14,23	7,75	5,05	7,5	78
Исландия	40,5	80,05	9,72	9,99	4,21	8,2	71
Италия	58,13	80,2	8,18	10,72	5,51	8,9	77
Португалия	10,7	78,21	10,29	10,68	4,78	10,2	73
Финландия	5,25	78,97	10,38	10,07	3,47	7,5	78
Швеция	9,059	80,86	10,13	10,21	2,75	9,1	85

¹ Organisation for Economic Co-operation and Development, „Health at a Glance 2007 – OECD Indicators“, OECD Publications, Paris, 2007, с. 87–95, данни за 2005 г.

² Там там, данни за 2005 г.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

Atkinson, A., Sandmo, A. „Welfare Implications of the Taxation of Savings“ The Economic Journal, 1980, № 90, Vol. 359, с. 529–49.

Barros P., de Almeida Simxes, J. Health care systems in transition: Portugal, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2007, с. 13–30.

Bentes, М. и колектив. Health care systems in transition: Portugal, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2004.

Boyle, S. „The Health System in England“, Eurohealth, Vol. 14, 2008, № 1, с. 1–2 .

Bronchi, С. „Options for Reforming the Tax System in Greece“, Paris, OECD Economics Department, 2001.

Central Statistics Office www.cso.ie

Danmarks Statistik www.dst.dk

Department of Health. Departmental Report 2007, London, Department of Health, 2007.

Docteur, E., Oxley, H. „Health–care Systems: Lessons from the Reform Experience“, 2003, <http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>.

Donatini, А. и колектив. Health care systems in transition: Italy, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2001.

Duran, А. и колектив. Health care systems in transition: Spain, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2006.

Economou, С. „Country Report: VHI in Greece“, Athens, National Public School of Health, 2001.

Ervik, R. The Redistributive Aim of Social Policy: A Comparative Analysis of Taxes, Tax Expenditure Transfers and Direct Transfers in Eight Countries. New York: Syracuse University Press, 1998.

European Observatory on Health Care Systems. „Health Care Systems in Transition: United Kingdom“, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 1999, с. 24–27.

European Parliament. Health care systems in EU: A comparative study, Luxemburg, 1998.

Ferrera, M. The ‘Southern Model’ of Welfare in Social Europe, Journal of European Social Policy Vol. 6, 1996, 17.

Fisman, R., Gatti, R. „Decentralization and Corruption: Evidence from U.S. Federal Transfer Programs“, Public Choice № 113, 2002, с. 25–35.

General Secretariat of the National Statistical Service of Greece www.statistics.gr

Glennerster, H. Paying for Welfare: Towards 2000, 3rd edn. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1997.

Glennard, А. и колектив. Health care systems in transition: Sweden, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2005.

Grosse-Tebbe, S., Figueras, J. „Snapshots of Health Systems“, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, Denmark, 2005.

Instituto Nacional de Estadística de España. <http://www.ine.es/>

Instituto Nacional de Estatística www.ine.pt

Instituto Nazionale di Statistica www.sistan.it

Jonsson, B. and Musgrove, P. Government financing of health care, в G. J. Schieber (ed.) *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference*, 10–11 March 1997. Washington, DC: World Bank, 1997.

Karagiannis, G. и колектив. „IKA Primary Care Centres: an Integrated Information System for Primary Health Care Services“, в: *Pharmaceutical Policy in Greece and in Europe*, Athens, IKA, 2003.

Magnussen, J. *The Scandinavian Health Care System*, Medical Solutions, May 2009, с. 63–68.

Manning, W. G. and Marquis, M. S. (1989): *Health Insurance: The Trade-off between Risk Pooling and Moral Hazard (R-3729-NCHSR)*. Santa Monica, CA: RAND.

Mossialos, E. и колектив. *Funding Health Care: Options for Europe*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2002.

Newhouse, J. „Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection“, *Journal of Economic Literature*, Vol. 34, 1996, № 3, с. 1236–1263.

Nikolentzos, A., N Mays, N. „Can existing theories of health care reform explain the Greek case (1983–2001)?“, *Journal of European Social Policy*, Vol. 18; 2008, № 2, с. 163–176.

Office for National Statistics, www.statistics.gov.uk

Organisation for Economic Co-operation and Development. „Health at a Glance 2007“, OECD Publications, Paris, 2007.

Organisation for Economic Co-operation and Development. „OECD Health Data 2008“, OECD Publications, Paris, 2008.

Petmesidou, M., Mossialos, E. „Social Policy Developments in Greece“, Ashgate Publishing, Hampshire, England, 2006, с. 295–298.

Population register center www.vaestorekisterikeskus.fi

Savedoff, W. „Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences“, Discussion Paper № 4/2004, World Health Organisation, Geneva, 2004.

Sissouras, A., Souliotis, K. „Health, Health Care and Welfare in Greece“, Athens, Hellenic Republic – Ministry of Health and Welfare, 2003.

Statistics Sweden www.scb.se

Stroetmann, K., Jones, T., Dobrev, A., Stroetmann, V. „eHealth is Worth it – The economic benefits of implemented eHealth solutions at ten European sites“, *eHealthimpact*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2006.

Tanzi, V., Zee, H. „Tax Policy for Emerging Markets: Developing Countries.“ *National Tax Journal*, Vol. 2, 2000, № 53, с. 299–322.

The Adelaide Hospital Society. *The Irish Health Service: Vision, Values, Reality*, Dublin, 2007.

Thomson, S. и колектив. „Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses“, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E. „Reforming the reform: the greek national health system in transition“, *Health Policy*, 2002, № 62, с. 15–29.

Townsend, J., Roderick, P. и Cooper, J. Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity, *British Medical Journal*, 309(6959), 1994, с. 923–7.

Vallgerda, S. и колектив. Health care systems in transition: Denmark, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2001.

Vuorenkoski, L. и колектив. Health care systems in transition: Finland, Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2008.

Wagstaff, A. Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD, The World Bank, Washington, 2009.

World Bank. World Development Report 2004: „Making Services Work for Poor People“, Washington DC , The World Bank, 2004.

World Health Organisation. „Health Care Systems in Transition: Greece“, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 1996.

World Health Organization. World Health Statistics, Geneva, World Health Organization, 2007.

Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., Murray, C. „Household catastrophic health expenditure: a multi country analysis.“ The Lancet, 362 (9378), 2003, с. 1–13.

Yosifov, Y. „A call for radical reform: an analysis of the Bulgarian health care system and its management“, South East Europe Review № 2/2007, с. 109–117.