

**СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ОРГАНИЗАЦИЯТА
И УПРАВЛЕНИЕТО НА СИСТЕМИТЕ ЗА ОБЩЕСТВЕНО
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В БЪЛГАРИЯ И САЩ**

Стоянка Петкова – Георгиева

**COMPARING ANALYSIS OF THE ORGANIZATION AND
MANAGEMENT IN THE HEALTH CARE INSURANCE SYSTEMS
BETWEEN BULGARIA AND USA**

Stoyanka Petkova - Georgieva

***Резюме:** В САЩ се прилага модел за система на здравно осигуряване, в който се насърчава развиването на предприемачество от всякакво естество за полагане на медицински грижи. Проблемите, които съществуват в САЩ и до голяма степен в България, са в това, че се получава голяма разлика между остойностените болнични услуги и заплащането им от здравните каси. Характерно е, че частните осигурителни дружества са много и различни за отделните щати. В България трябва да се ограничат до минимум използването на частните осигурителни дружества, както е в САЩ и да се въведе единна система за осигуряване на населението. Тя трябва да бъде или държавна, или поне да бъде контролирана от държавата. В България трябва да има една осигурителна каса, която обслужва всички и не разграничава хората на безработни, или с по-ниски и с по-високи доходи. Частните дружества трудно могат да бъдат контролирани от държавата, а така също и как да изразходват и инвестират парите на тези, които си плащат здравните осигуровки.*

***Ключови думи:** здравно осигуряване, здравна система, предприемачество, частни осигурителни дружества*

***Abstract:** The USA health insurance system is a model that encourages the entrepreneurship development in all kinds of medical care. The problems in USA and partly in Bulgaria concern the big difference between the actual medical care costs and the payment from the health insurance system. The private insurance companies are different in any USA state. In Bulgaria the private insurance companies must be limited and it is necessary to be integrated a central insurance system for the Bulgarian population. It must be controlled by the government state. In Bulgaria must be only one insurance government company and the population shouldn't be divided as poor or rich, or employed or unemployed. In the present conditions the private insurance companies cannot be controlled by the Bulgarian government by giving any advices about the investments, saved by the played population health care insurances.*

***Key words:** health insurance system, healthcare, entrepreneurship, private insurance companies.*



УВОД

В света има голямо разнообразие в прилаганите модели на системи за опазване на общественото здраве. Всички страни планират в бюджета си определен процент от БВП за здравеопазване. Например, разходите в САЩ за здравеопазване съставляват около 14% от БВП, във Великобритания – 6%, в страните от Европейския съюз – средно 8%. Добра практика в икономически развитите страни е, че се осигурява значително финансиране на здравеопазването, което ежегодно расте. В страните от Централна и Източна Европа, също така и в развиващите се страни, е обратното – финансирането на здравеопазването е недостатъчно. Понастоящем САЩ предприема решаваща стъпка към социално осигуряване в медицината, което да осигури приблизително едни и същи услуги за най-богатите и най-бедните и по този начин да се осигури покритие на цялото население. Всички застраховани ще имат участие в плащането на услугите. Част от разходите ще бъдат поети от предприемачите. [1] Източниците на бюджетно финансиране все още не са определени. В много икономически развити страни основните принципи на здравеопазването са следните:

1. Насърчаване на разширяването на общественото здраве, цялостно разширяване на безплатната обществено достъпна медицинска помощ.
2. Комбинация от различни здравни системи: държавно, медицинско застраховане и частно предприемачество.
3. Подобряване на първичната извънболнична медицинска помощ, която в повечето страни е семейният лекар.
4. Развитие на профилактиката чрез разработване на държавни програми за превенция на заболяванията, борба за здравословен начин на живот. Наблюдават се и редица пречки, тенденции и „празноти”, възпрепятстващи реализацията на стратегическите цели в управленския процес на здравните организации. Феноменът на глобализацията все повече се превръща в заплаха за повечето от тях, поради силния конкурентен натиск, финанси, технологично оборудване и международни изисквания, касаещи опазването и профилактиката на човешкото здраве. [8]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Въз основа на извършения сравнителен анализ на здравеопазването в света, могат да бъдат изведени някои примери за добри практики за осигуряване на устойчив модел на финансиране на здравноосигурителната система в България, например като тези от САЩ. В настоящия доклад под добра практика разбираме: „техника/метод/процес/действие, което се счита за по-ефективно при предоставянето на конкретен резултат от всяка друга техника, метод или процес. Идеята се състои в това, че с провеждането на подходящи процеси, проверки, тестове, може да се получи желания краен резултат с по-малко проблеми и непредвидени усложнения. Добрите практики могат да се определят, като най-ефикасен (с най-малко усилия) и ефективен (най-добри резултати) начин за изпълнението на задача, базирана на повторяеми процедури, доказани във времето пред широк кръг от хора”. [4]

1. Сравнителен анализ на здравноосигурителните системи на България и САЩ. [5]

	България	САЩ
Обхват на осигуряването	Право имат всички граждани в страната, както и граждани от други държави и чужденци с постоянно пребиваване и лицата със статут на бежанец.	Не съществува национална здравноосигурителна система, която да покрие всички граждани. Преобладават частните организации и институции в сферата на здравето обслужване. Държавата финансира само определени групи от населението, чрез федерални и щатски програми.
Осигурителни вноски	Вноската е разделена в % между работодателя и работника, като идеята е осигурителната тежест на работодателя да се намалява, а на работника да се увеличава и да достигне до съотношение 50:50.	Американците нямат „социално осигуряване“. Конкуриращи се частни застраховки покриват разходите им за здраве и изплащат пенсията. В САЩ всеки работник може да си открие спестовна сметка за здраве, която е освободена от данъци. В тази сметка предприятието, което го е наело внася определена сума за всяка година.
Осигурители и осигурени лица	Осигурителите са юридически субекти, които имат задължението да участват в набирането на средствата, необходими за осъществяване на ЗЗО. Те биват: държавни (държавата със средства от Републиканския бюджет и общинският съвет със средства от общинския бюджет) и недържавни (работодателите и самоосигуряващите се). [7]	Осигурител е държавата съответно за здравноосигурителните програми. Иначе здравето осигуряване в страната е доброволно. Всеки може да се осигури сам, чрез индивидуална полица или работодателят му да осигури него и семейството му с фирмена осигуровка.
Права	Гражданите имат право на получаване на качествена медицинска помощ, спешна помощ, информации от РЗОК и НЗОК относно правата и задълженията си и участие в управлението на НЗОК, чрез свои представители.	<ul style="list-style-type: none"> - Пациентът има право да избере всеки лекар или болница в страната като може да плати директно или да покрие разходите чрез осигуровката си; - Осигуреното лице има право един път месечно да получава справка, която показва състоянието на сметката му; - При преглед при специалист, лекарят осигурил първичните грижи трябва да даде направление с няколко имена. Пациентът има право сам да избере при кого да отиде; - Всеки пациент има право на ваучер за 150 щ.д. ежегодно за превантивна медицина.



Структура и управление	НЗОК се състои от централно управление и 28 териториални поделения РЗОК. Управителни органи са: събранието, управителният съвет, контролният съвет и директорите на НЗОК и РЗОК.	Системата от органи и институции в здравеопазването включва: държавни органи на федерално и щатско равнище, както и частни организации със стопанска и нестопанска цел.
Доброволно здравно осигуряване	В България има много добре развит пазар на доброволно здравно осигуряване. [7]	Цялата система на здравно осигуряване в САЩ е на доброволен принцип.
Заплащане на медицинския персонал и болниците	Заплащането е със заплата и капитация.	Капитация (за записан пациент) за предварително определен пакет от услуги на месец. Такси за извършени от лечебното заведение /лекар/ за здравни услуги.
Пакет медицински услуги	Минималният пакет е: медицински и стоматологични дейности за предпазване и ранно откриване на заболяването, медицинска рехабилитация, неотложна медицинска помощ, медицинска грижи при бременност, раждане и майчинство, аборти по медицински показания, стоматологична и зъботехническа помощ, медицински грижи за лечение в дома, лекарствени средства за домашно лечение, транспорт и медицински експерти от ЛКК.	Осигуровките покриват определен списък с медикаменти и процедури. Всеки пациент има право да избира свободно лекар или болница в страната, където може да заплати за услугата, която му е оказана директно или да покрие разходите от осигуровката си. При втория случай предоставящите здравна помощ изпращат копие с разходите на пациента до съответната институция. Финансираните от държавата програми също включват пакет от медицински услуги.
Финансиране	Средствата се набират от: осигурителни вноски, лихви и приходи от имуществото на касата, глоби, дарения, завещания, такси от министерския съвет и др.	Значително публично финансиране. Има 3 системи: Medicare – покрива здравеопазването на лица достигнали определена възраст и пенсионирани, Medicaid – за социално слабите и State Children's Health Insurance Program – покрива деца на семейства с нисък доход.

2. Особеностите на здравните системи на България и САЩ

През последните години в България се полагат усилия да се подобрят условията в общественото здравеопазване в посока заимстване на добри практики от успешни здравни системи в света, като основно се използват два модела. Единият се основава на принципа на работа, чрез държавна здравна каса, а другият – чрез частни осигурителни дружества. Еднаквата особеност между здравните системи на САЩ и България е, че и в двете страни има много хора, които нямат здравни осигуровки и разностите по тяхното лечение се покриват от тези, които си плащат здравните осигуровки. И в двете страни „Бърза помощ” се използва за лечение на неосигурените болни, което довежда до напрежение в цялата здравна система. В САЩ няма държавна осигурителна каса, а само частни осигурителни дружества, които са различни за различните щати. В САЩ осигурителните дружества обикновено работят на две нива. Първото ниво изисква болният да отиде до личния си лекар и той да го изпрати при съответният специалист. Второто ниво позволява на пациента сам да си избере специалист за визитация, без да минава през „джипито”, което изисква по-високо заплащане. В случай че болният трябва да влезе в болница, той пребивава около един месец там, след което се изписва и се записва в специален „хоспис”, където минава на друг режим на здравно осигуряване и обслужване. И в САЩ, и у нас, сегашните правителства полагат големи усилия да създадат ред и да подобрят здравното осигуряване на населението. Но за разлика от САЩ, които финансово могат да си позволят постепенно провеждане на здравната реформа, в България парите не достигат, болници се затварят, а лекарите са в стачна готовност. У нас трябва да се ограничат до минимум използването на частните осигурителни дружества, както е по примера на САЩ и да се въведе единна система за осигуряване на населението, която да бъде или държавна или поне да бъде контролирана от държавата. Так още се постигне по-лесен контрол на една осигурителна служба или агенция. В България трябва да се следва моделът, който се прилага в почти всички европейски страни, където има една осигурителна каса, която обслужва всички и не разграничава хората на безработни, с по-ниски и с по-високи доходи. Частните дружества трудно могат да бъдат контролирани от държавата как изразходват и инвестират парите на тези, които си плащат здравните осигуровки. [5] Проблемите, които съществуват в САЩ, и до голяма степен в България, са свързани с липса на пълно изплащане на здравните каси за онова, което изискват болниците. Така се получава голяма разлика между остойностените болнични услуги и заплащането им от здравните каси.

3. Основни характеристики на частната предприемаческа здравноосигурителна система

Частната предприемаческа здравноосигурителна система е напълно подчинена на интересите на пазара. В основата на дейността на повечето организации в сферата на здравеопазването се прилага пазарен механизъм. Здравеопазването се финансира главно от личните средства на населението и медицинската помощ се предоставя главно на база такса. При това, здравеопазването се явява не само във вид на медицинска дейност, но и бизнес: лекарите продават медицински услуги, а пациентите ги купуват. Медицинските услуги стават вид потребителски блага. Здравната помощ за населението се оказва от частно практикуващи лекари, които водят прием в своите частни кабинети и получават заплата за своя труд, непосредствено от пациента (хonorар) или чрез застрахователна организация. Кабинетът, приемната, оборудването, инструментите – всичко е лична собственост на лекаря, при което работодател и ра-



ботник, ръководител и изпълнител са комбинирани в едно лице. Творческите мотиви и професионалните задължения се допълват от икономически стимули. [9] Дори във формално отношение, лекарите на частна практика не са наемни служители. Действащи на договорна основа, те притежават определена автономия: могат да определят списък с предоставяните услуги, да работят на непълнен работен ден в болница, да наемат помощници и да заплащат техния труд. Въпреки това, работейки самостоятелно, лекарят не е в състояние да осигури изчерпателен преглед и лечение, както и консултации с лекари специалисти. През последните години системата за групова практика е широко разпространена, при която няколко (обикновено 5-7) лекари, включително и медицински специалисти, се разполагат в едно помещение. Груповата практика позволява на лекарите да споделят скъпо оборудване и да наемат медицински персонал. Покачването на цените на медицинските услуги, изпреварвайки ръста на цените на потребителските и други услуги кара жителите на страните с частна предприемаческа здравноосигурителна система да предпочитат да бъдат осигурени, като харчат за здравноосигурителни полици на частни застрахователни компании средно 10% от семейния си доход. По този начин, обемът и качеството на медицинската помощ определят паричните средства, които пациентът може да изразходва. Хората, които са с лошо здравословно състояние и които са диагностицирани с хронични заболявания, обикновено се застраховат за голяма сума, за да разчитат на по-значителна сума за лечение. [6] Именно тази зависимост на обема медицинска помощ от размера на вноските, т.е. от платежоспособността на човека, отличава частното медицинско застраховане (при което всеки плаща за себе си), от социалното (при което действа принципа на солидарността).

Частната здравноосигурителна система е характерна предимно за Съединените Американски Щати – страната с най-ясно изразени капиталистически отношения и пазарна икономика, развита в условия на свободен пазар. Професионалните медицински асоциации са имали огромна власт и не са допускали държавна намеса. В страната се прилагат два типа частно медицинско застраховане – индивидуално и групово. Груповото застраховане обхваща 74% от работещите в частния икономически сектор и 80% от държавния. В страната има повече от 2000 застрахователни компании. От тях две са най-големи, занимаващи се предимно със застраховане на болнична и извънболнична помощ – „Син кръст“ и „Син щит“. [10] В САЩ няма единна доброволна медицинска застраховка, а различни нейни видове – за болнична помощ, амбулаторна, лекарска, сестринска, хирургическа и др. Дори в случай, че се застраховаш за всички видове медицинска помощ, това не гарантира пълно погасяване и заплащане за здравните услуги, т.е. известна част трябва да бъде поета от застрахования. Получава се негативен ефект, при който цените на здравните грижи нарастват с бързи темпове, а реалният обем и достъпност до здравни услуги за мнозинството от гражданите намалява: те заплащат $\frac{3}{4}$ от разходите на ОПЛ, пълното лечение при зъболекар, закупуването на лекарства, очила, протези и следболничното прибиране у дома. Особено високи са разходите за хоспитализацията и провеждането на сложни операции.

Федералният бюджет, държавните бюджети и органите на местната власт се финансират от приети през 1965г. програми „Medicare“ и „Medicaid“. Medicare“ е единна национална програма за медицински грижи за възрастни хора (над 65-годишна възраст) и хора, загубили работоспособност. Програмата предвижда изплащане на инвалидни пенсии за 2 и повече години, задължително осигуряване на възрастни хора в случай на хоспитализация. Те получават болнични и послеболнични грижи у

дома и място в хоспис. Втората част на програмата предполага допълнителна доброволна застраховка, при която държавата покрива 80% от разходите за лечение, а останалите 20% се изплащат от самите пациенти. Програмата „Medicare“ осигурява застраховане на 13% от населението на страната.

„Medicaid“ е държавна програма за здравна помощ, за семейства с ниски доходи. Тя обхваща 10% от населението и се субсидира от федералното правителство, но се управлява от щатните закони. Семейството има право на обезщетения от „Medicaid“, ако доходите му са под определено ниво, определено от всеки щат. Бедните хора получават безплатна медицинска помощ по програмата „Medicaid“, ако имат деца, в случаи на бременност, слепи, инвалиди или възрастни хора. Въпреки това, около 60% от тези, които живеят под прага на бедността, не влизат в програмата. „Medicaid“ покрива разходите за профилактика, лечение на остри заболявания и дългосрочни медицински грижи. Прилагането на програмата има голяма финансова тежест, поради нарастващия брой бедни граждани, които се нуждаят от безплатна помощ.

Дори и след въвеждането на програмите „Medicare“ и „Medicaid“, значителна част от американското население, което не е в категорията на възрастните и бедните, дълго време не е могло да си позволи пълно здравно лечение. От 60-те години на миналия век „популяризирането на здравето“ (Health Maintenance Organizations) става все по-популярно. Тези организации са застрахователни дружества, работещи в условията на ожесточена конкуренция и се занимават с осигуряване основно на важните видове здравно лечение. Новата концепция, която прилагат е т.нар. „управляема медицинска помощ“ (managed care). Като организации, които поддържат здравето, те са платци на всички видове медицински услуги и посредством правилно управление са в състояние да намалят разходите за сметка на превенцията (в случаите, когато е икономически ефективно), лечение в амбулаторни условия, вместо в стационари, т.е. избягване на неефективното и неоправдано лечение. Тези организации се поддържат от много обществени асоциации, местни администрации и спонсори и обслужват повече от 35 милиона американски граждани. [6]

Разходите за здравеопазване в САЩ превишават 14% от БВП. Сумата, отделяна ежегодно за тези цели, достига 1000 милиарда долара (повече от 3000 долара на човек). С тези най-високи разходи в световен мащаб, здравните показатели на населението на страната са относително ниски. Продължителността на живота на бялото население е по-ниска от тази на повечето европейски държави. Що се отнася до чернокожите американци, показателите им за продължителност на живота са сравними с тези на Източна Европа. Парадокс е, че американската медицина е най-развита в света и едновременно 15% от населението няма възможност да използва услугите ѝ, а други 15% са осигурени непълно. По този начин огромните разходи за здравеопазване в САЩ не дават адекватни резултати и проблемът с достъпа до медицински грижи остава нерешен. Смята се, че американската система за здравеопазване трябва да бъде реформирана като впоследствие реформата не ликвидира свободната практика на лекарите. [2] Онези от тях, които ще обслужват застрахованите, трябва да станат участници в един от застрахователните кръгове, към които ще се присъединят независими, частни застрахователни компании. Възможно е лекарите от системата на всеобщата медицинска застраховка да бъдат прехвърлени на заплата, която не е пряко свързана с доходите от обслужваните пациенти, но в същото време, по-голямата част от лекарите са съгласни с реформата.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ – АНАЛИЗ И ИЗВОДИ

Сравнявайки здравноосигурителните системи на България и САЩ не можем да посочим по-добра сред тях. Всяка от тези системи има свои предимства и недостатъци, било като уредба и закони, или пък в практиката, в осъществяване на здравното обслужване. Главен недостатък на здравната система на САЩ е, че е на доброволен принцип, няма единна изградена такава и следователно не обхваща цялото население. По този начин много хора остават извън системата по редица причини, главно финансови. Държавата губи и много средства от това, че освобождава работодателите, които внасят осигуровки за своите работници от данъците върху съответната сума. Влагат се изключително много парични средства, а в същото време системата не е достъпна за всички граждани. Не може да се отрече, че здравноосигурителните програми, създадени за подпомагане на определени рискови слоеве от населението обхващат доста голяма част от него, които иначе също биха останали извън системата за здравно осигуряване. Положителна страна на тази система е това, че пациентът има право на свободен избор на лекар, избира само и единствено на база собствените си интереси, предоставят му се алтернативи, липсва елемент на принуда, било то и неволна. [3] Въпреки това, би било добре да се създаде национална здравноосигурителна система, която да обхваща всички граждани. Здравната система в България е всеобхватна, т.е. обхваща цялото население на страната, но при условие лицето да си е внасяло редовно здравните вноски. У нас, разглеждайки ЗЗО, се вижда, че тук работи една почти съвършена здравноосигурителна система, но на практика нещата не стоят така, поради факта, че този закон не се прилага толкова прецизно. Например, здравните осигуровки са задължителни, но много хора по редица причини не ги плащат редовно (нямат финансова възможност, работят от дълго време в чужбина и др.), а държавата не намира начин, по който да ги задължи да си направят плащанията по тях. В същото време, ако дадено лице внесе здравните си осигуровки за предходните няколко месеца, пак придобива непрекъснати здравноосигурителни права и по този начин хората, които редовно се осигуряват за здравеопазване, се чувстват ошетени.

Системата на обслужване на пациентите от лични лекари също има много недостатъци: [5]

1. Един личен лекар има прекалено много записани пациенти, поради липса на ограничения за това, а в същото време няма физическата възможност да им предостави качествени услуги;
2. Не се дават направления, поради наложени ограничения и така пациент, който е здравноосигурен се принуждава да си плати при частен специалист, ако му е крайно наложително;
3. Може да се твърди, че здравноосигурените лица не получават качествено медицинско и здравно обслужване.

Здравноосигурителната система в България има и редица положителни страни, които също не са малко. Например, всяко осигурено лице има право само да избира личния си лекар. [2] Съществуват и много групи хора, които са освободени от плащане на здравна осигуровка и държавата им я внася. Освен това, пакетът медицински услуги, който се предлага, също е доста широко обхванен. Болничната грижа е достъпна и капацитетът на болниците за брой легла е доста голям. Съществува доброволното здравно осигуряване като алтернатива, което може би до известна степен

дава на българина достъп до по-качествено медицинско обслужване, поне на тези които имат финансови възможности да се осигурят доброволно.

В България се правят и много злоупотреби от страна на лекарите, затова е целесъобразно да се търсят ефективни начини за санкции и глоби, които да се прилагат. Друг недостатък на българската здравноосигурителна система е, че ресурсите, които се влагат в нея и особено частта, получавана от държавата, са крайно недостатъчни. [3]

Сравнението между двете здравноосигурителни системи ни показва, че всяка една от тях работи ефективно в някаква насока, а в друга съществуват недостатъци. Затова от съществена важност за българското здравеопазване е да се работи за тяхното преодоляване, за да не пречат пациентът да получава качествена медицинска помощ и да не се нарушават правата му.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Веков, Т., Здравноосигурителни системи: Теоретични основи и модели на финансиране на здравеопазването. Съвременни и бъдещи перспективи за развитие, изд. Български кардиологичен институт, 2012.
2. Венедиктов Д. Д., Очерки системной теории и стратегии здравоохранения, „Медицина”, Москва, 2017.
3. Гладиков, С., Финансиране на здравеопазването в условията на присъединяване на България към Обединена Европа, Здравен мениджмънт № 6, стр. 13-15, 2006.
4. Караджова, Зл., Управление на туризма, Изд. „ЕКС-ПРЕС”, стр. 170, Габрово, 2011.
5. Кучеренко, В. З., Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения: учебник в 2 т., ГЭОТАР – МЕД, Москва, 2013.
6. Петкова – Георгиева, Ст., Икономика на здравеопазването, учебник, стр. 1-214, Университетско издание на „Проф. д-р Асен Златаров”, ISBN 978-619-7123-75-3, Бургас, 2017.
7. Савицкая Г. В., Анализ эффективности и рисков предпринимательской деятельности: методологические аспекты: Научное издание, ИНФРА – М, Москва, 2012.
8. Янакиева, А., Стратегически подход за оценяване конкурентоспособността на здравно-възстановителните организации, академично списание „Управление и образование”, т. XIV, кн.1, стр. 176-181, Бургас, 2017.
9. Petkova – Georgieva, St., The Importance of the Conceptual Controlling Model in the Health and Care Management System Using as an Example the Management of a Hospital, annual of „Prof. Dr. Assen Zlatarov”, v. XLVI, book 2, стр. 109-114, Burgas, Bulgaria, 2017.
10. Campbell, S., D. Reeves, E. Kontopantelies, Effectsof Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England, Engl.Med., p. 368-378, 2009.