

СКРИТАТА ИДЕЯ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА

Дарина Минева, д.м.

ЦУ на НЗОК, 1407 софия, ул. „Кричим“ № 1, dariamineva@abv.bg GSM 0899 311 653

THE HIDDEN IDEA OF HEALTH REFORM

Darina Mineva, MD, PhD

National Health Insurance Fund, Bulgaria, 1407 Sofia, 1 “Krichim” Str.

dariamineva@abv.bg GSM 0899 311 653

Abstract

This article analyzes the models proposed by the Ministry of Health for the change of the health insurance system in Bulgaria. This article is provoked by the European Commission's Health Statement of the European Commission on the Developed Health Profiles of the Member States of Europe in 2017, namely that the health status of people in Bulgaria is improving more slowly than other European countries Union, and that there is a low life expectancy.

Key indicators for reforming the health system are presented. Through a comparative analysis of the philosophy of health insurance and insurance, the thesis follows the hidden idea of reform - replacement of health insurance with health insurance. The main factors supporting the thesis are: the personalization of the health insurance model, the demolition of the National Health Insurance Fund, formalization of the supplementation, change of the National Health Insurance Fund status by an insurer, and the granting of a national status to the insurance companies.

The thesis is that the problems of the healthcare in Bulgaria and the improvement of the health indicators of the Bulgarian nation can't be solved through the activities of the insurance. The latter can only be upgrading in some aspects of compulsory health insurance.

Recommended are guidelines for changing the health insurance model based on an analysis of the health status of the nation, the health needs of the country and regions, a fair and even distribution of resources in the country, the training of teams with international specialists, the time horizon and the awareness of the population.

Key words: *health insurance, healthcare reform, health system*

ВЪВЕДЕНИЕ

Във връзка с двугодишния цикъл на Европейската комисия - „Състояние на здравето в ЕС“, Организацията за икономическо сътрудничество и развитие и European Observatory on Health Systems and Policies, през 2017г. съвместно, разработиха здравни профили на страните членки. Здравните профили на държавите се основават на единна методология. Чрез количествени и качествени данни са анализирани основните аспекти на здравната система в съответната държава, а именно: състоянието на здравето, детерминантите на здравето, с акцент върху поведенческите рискови фактори, организацията системата на здравеопазване, ефективността, достъпността и устойчивостта на здравната система.

За българската здравна система, констатацията е, че: „Здравното състояние на хората в България се подобрява по – бавно в сравнение с другите държави от Европейския съюз“ и е налице ниска продължителност на живота.

1. ИНДИКАТОРИ ЗА РЕФОРМИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА В БЪЛГАРИЯ КЪМ 2018 ГОДИНА, СПОРЕД ЕК

Към 2018 година, здравната система в България е изправена пред решаване на няколко **основни проблема**[5]:

1. Най – ниска продължителност на живота в ЕС (след Литва), бързо застаряващо население, високи поведенчески рискови фактори като: употреба на алкохол, тютюнопушене, затлъстяване сред младежите от мъжки пол, недостиг на работна сила в сектора здравеопазване.

2. Неефективност в намаляване на *предотвратимата смъртност*, която се изразява в постоянна висока смъртност от социално значими заболявания: сърдечно – съдови, рак, диабет, мозъчно – съдова болест.

3. *Ниски общи разходи, и много високи преки плащания* от потребителите на медицински грижи.

4. Изразходване на по – голямата част от ресурсите за *лекарствени продукти* в болничната помощ.

5. *Застрашен достъп* до медицинска помощ, изразен в липса на осигуровки при 12 % от гражданите, преки плащания на потребителите (безработни граждани, ниско.и доходи и възрастни хора), както и разстоянията до лечебно заведение и наличие на лекари в отдалечени региони.

6. *Емиграция на „бъдещата работна сила“ и регионални различия* в разпределение на общо практикуващите лекари, *недостиг* на медицински сестри.

Съобразно, представените здравни профили на страните членки на ЕС и индикаторите за реформиране на здравната система в България към 2018 година, **целта** на настоящата статия е представи гледна точка на проекта на Министерството на здравеопазването за реструктуриране на здравноосигурителния модел в България.

2. ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ПРОМЯНА НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ – МОДЕЛИ И ПРИНЦИПИ

Анализът на предложените през 2018 година, от Министерството на здравеопазването два модела за промяна на здравното осигуряване в България, за обществено обсъждане, а именно: Модел А – Незабавна конкуренция на Националната здравноосигурителна каса в България (НЗОК) със застрахователи и Модел Б - Задължително допълнително застраховане, дава категоричен отговор на въпроса. В таблица 1 са представени основните моменти, върху които се изгражда философията на двата модела.

2.1. Незабавна конкуренция на НЗОК със застрахователи	2.2. Задължително допълнително застраховане
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Солидарен и двустълбов модел. Състои се от задължително здравно осигуряване срещу 8% с възможност за личен избор на осигурителен фонд между частни застрахователи (допълнително доброволно застраховане). ▪ НЗОК получава статут на застраховател. ▪ Застрахователите получават национален статут и възможност да оперират на територията на страната, с което ще мобилизират на финансови приходи към здравната система - форма на конкуренция между НЗОК и застрахователите. ▪ Забрана за селектиране на клиенти от застрахователите, с което се гарантира споделен риск. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Три стълба на финансиране: 1. Задължително осигуряване – 8% -но здравно осигуряване; 2. Задължително здравно застраховане - задължителна здравна застраховка с фиксирана премия; 3. Доброволно здравно застраховане – класическо застраховане. ▪ Персонализиран модел, свързан с пълна демонополизация на НЗОК. ▪ Равнопоставеност на лечебните заведения в договорянето, финансирането, инвестициите, за да няма неравномерност на здравните грижи на териториален принцип. ▪ Единни правила за финансово управление на болниците. ▪ Официално доплащане с неопределена цена, зависимо от рамковото договоряне между НЗОК и Българския лекарски съюз. ▪ Законодателно регламентиране на гаранционен фонд. ▪ Споделеност на риска, от всички участници в осигуряването на здравни дейности, поради забрана за селектиране на клиенти от страна на застрахователите.

Таблица 1 Моменти от проекта за реструктуриране на здравното осигуряване в България

3. АНАЛИЗ НА ПРЕДЛОЖЕНИТЕ МОДЕЛИ ЗА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

Философията на двата модела не се основава на:

- Анализ на **състоянието на общественото** здраве в момента на проекта (към 2018г.), а именно: анализ на здравните показатели, на разпределението на ресурсите в страната, не са определени здравните потребности, и как могат да бъдат удовлетворени.

- Медицински съвременни стандарти и гаранции за достъп и качество.

- Яснота по отношение на това кой модел какви здравни дейности би предложил, за да се мисли за конкуренция между застрахователите на база допълнителни здравни услуги.

Липсва яснота по отношение на следните въпроси:

- Влиянието на външната среда например: Гаранционният фонд, който ще бъде регламентиран законодателно и ще бъде „Буфер“ при несъстоятелност на дружествата - средствата само за здравноосигурителни плащания на застрахователи в несъстоятелност – само за застрахователите! Кой гарантира сигурността на т.н. солидарен фонд – НЗОК?

- Ако НЗОК функционира като солидарен фонд, не би могла да се конкурира със застрахователите. Това са две взаимно отричащи се функции.

- Ако държавата гарантира финансите на частните фондове, като игнорира държавния, където се обезпечават най – тежките заболявания: животнозастрашаващи, социално – значими и др., това ще дестабилизира здравната система и ще доведе до нейния крах.

Моделите не представят инструменти за регулация на здравноосигурителните отношения:

- Бариери срещу влиянието на външните фактори на системата, а именно: демографското състояние, рисковите фактори: тютюнопушене, затлъстяване употреба на алкохол.

- Не/информираност на хората за смисъла на здравното застраховане, при неудовлетвореност от сегашното функциониране на здравната система.

- Яснота на времеви хоризонт за провеждане на реформата.

- Ролята на държавата като регулатор на здравния пазар.

Моделите съдържат редица социални елементи: солидарност, забрана за селектиране на клиенти от страна на застрахователите, поради споделеност на риска, единни правила за финансово управление и равнопоставеност на лечебните заведения при договарянето на дейностите, наличие на гаранционен фонд. Предвижда се да бъде решен основният проблем на здравната система – нейното финансово обезпечаване.

1. СКРИТАТА ИДЕЯ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА

Персонализирането на здравноосигурителния модел, демонополизацията на НЗОК, официализирането на доплащането, промяната на статута на НЗОК от осигурител на застраховател и придаване на национален статут на застрахователните дружества, както и характеристиките на двата вида здравно „осигуряване“ – осигуряване в тесен смисъл и застраховане, са факторите, които разкриват скритата идея на предложената реформа, а именно: **предложената промяна на здравноосигурителния модел в България е подмяна на здравното осигуряване със здравно застраховане.**

Извеждането на тезата за „скритата“ идея на реформата - подмяна на здравното осигуряване със здравно застраховане, се осъществява посредством **Здравното осигуряване** като част от общественото осигуряване покрива осигурителните рискове от заболяване и трудова злополука. Води началото си от XIX век като клон на личното застраховане, чрез разширяване на социалната база на общественото здравно осигуряване.

Системата на задължителното здравно осигуряване беше въведена в България с цел да осигури социална здравна защита на всеки гражданин. Това се постига, чрез спазване на принципите на солидарност, справедливост, равнопоставеност и достъпност при ползване на

медицинска помощ, както и задължително участие и отговорност при опазване на собственото здраве [3].

Тази система изхожда от интересите на отделната личност и е насочена към нейната защита, което определя социалния характера на системата на осигуряване. Самата система се осъществява във и чрез обществото, за сметка на обществени фондове на потребление (НЗОК) [2].

Застраховането е дейност, при която застрахователни компании набират средства от физически и юридически лица и се задължават да осигурят застрахователно покритие през периода на застраховката, като при настъпване на риск, изплащат обезщетение или плащане.

Доброволното здравно осигуряване беше регламентирано в ЗЗО, като дейност по поемане на рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, осъществявана от лицензирани по ЗЗО здравноосигурителни дружества.

От 07.08.2013г. с промените в ЗЗО, здравноосигурителният договор се променя на застрахователна полица. Според чл. 427 от Кодекса за застраховането, с договорът за медицинска застраховка може да се сключи за изплащане на **фиксиран парични суми** във връзка със злополука или заболяване, независимо от направените разходи, или за изплащане на обезщетения, както и за комбинация от двата вида плащане [4].

От сравнителната характеристика между здравното осигуряване и здравното застраховане (таблица 2), следва да се направи изводът, че подходът на здравно осигуряване гарантира основен пакет от медицински дейности, включително и лечение на тежки социално значими заболявания, на гарантирано качество, силно изразен социален елемент, неограничено финансово обезпечаване, поради солидарния принцип и договорното начало.

№	Характеристика	Здравно осигуряване	Здравно застраховане
1.	Пакет дейности	Основен, гарантиран от бюджета на НЗОК	Обем, според закупения пакет
2.	Социален елемент	Да, силно изразен	Слабо изразен, несигурен
3.	Финансово обезпечаване	Неограничено	Ограничено
4.	Философия	Солидарно	Персонално
5.	Договори	Договорно начало	Формални и алеаторни ¹

Таблица 2 Здравното осигуряване и здравното застраховане - характеристика

Здравното застраховане предлага неясен и често повтарящ се пакет от дейности с този на НЗОК, слабо изразен и несигурен социален елемент, поради селектиране на пациентите, ограничено до размера на полицата, поради персоналния принцип и формалните и алеаторни договори.

Защо идеята за преход към здравно застраховане остава скрита?

Идеята за преход към здравно застраховане остава скрита, поради две причини: етимологията на думата „осигуряване“ и еволюцията на нейното съдържание в исторически аспект.

В латинските езици, етимологията на думата “Insurance” има многостранно съдържание и включва: осигуряване, застраховка, осигуровка, застрахователна полица, застрахователна премия. Вероятно, причината за този широк спектър е в първоначалната идея, възникнала през XIX век за физическо оцеляване. По – късно се прибавя медицинското обслужване, прегледи в болница и снабдяване с лекарства. Най – показателен е примерът с Германия, където задължителното здравно осигуряване съществува от сто и тридесет години. Зад неговото въвеждане стоят не социални, а прагматични причини, а именно: в края на 19 век през индустриалната революция и включването на работниците във военна служба, се налага

идеята за здравословна храна, медицинско обслужване, осигуряване за злополука, по – късно за здравно осигуряване. Резултатът от въвеждането на задължителното здравно осигуряване е социална придобивка, поради подобро здраве на работниците, а по доброто здравно обслужване насърчава икономиката (фигура 1).



Фигура 1 Исторически стъпки на здравното осигуряване в Германия

Следователно, в исторически план, под влияние на обществените отношения и добавянето към тях на нови икономически, а с това и на социални елементи, се променя философията на осигуряването, от застраховка към осигуряване, което представлява разширен обхват на здравната сигурност, но първоначалната етимология на терминологията се запазва.

В България, в настоящия момент, идеята за преминаване от солидарен здравноосигурителен модел към персонализиран такъв, е свързана с целта за допълнителни финансови приходи към здравната система и неговото преразпределяне между субектите на здравноосигурителния пазар, което обаче би поставило в риск оптималното ползване на здравни услуги от осигурените лица и въвеждането на доплащане.

ИЗВОДИ

От историческия опит на Европа и представения проект за реструктуриране на здравноосигурителния модел в България следва, че инструментът на застраховането е ограничен и не би могъл реши проблемите на здравеопазването в България и подобряване на здравните и демографски показатели на нацията.

Съобразно проблемите на здравната система в България, демографското състояние на нацията, задълбочаване на бедността, приемлив е модел, който предлага балансираност на здравната система, изразена посредством осигуряване на повече финансови средства, чрез надграждане на здравноосигурителния модел с допълнително осигуряване.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реструктурирането на здравноосигурителния модел в България, би трябвало да бъде фокусиран върху основната цел на общественото здраве – подобряване качеството на живот на населението. За целта, е необходимо, представеният проект за промяна здравноосигурителния модел, да бъде доразвит и да представи реални бариери срещу влиянието на външните фактори за здравната система от икономически и социален характер, а именно: трудовата заетост, бедността и климатът на работната среда, които водят до заболявания, свързаните с тях инвалидизация, застаряване на населението, увреждането на околната среда. Факторите на общественото здраве: демографското състояние, рисковите

фактори (тютюнопушене, затлъстяване употреба на алкохол), както и ролята на държавата като регулатор на здравния пазар.

Литература

1. Биркенщок, Г., Цанев К., „Мъдрият ход на Бисмарк“, <https://www.dw.com/bg/%D0%BC%D1%8A%D0%B4%D1%80%D0%B8%D1%8F%D1%82-%D1%85%D0%BE%D0%B4-%D0%BD%D0%B0-%D0%B1%D0%B8%D1%81%D0%BC%D0%B0%D1%80%D0%BA/a-16062333>
2. Воденичаров, Ц., С., Попова, Социална медицина, изд. Еко Принт, София, 2009
3. Закон за здравното осигуряване, ДВ бр. 70 от 19.06.1998г. и всички изп. и доп. вкл. ДВ, бр. 102 от 11.02.2018г., стр. 2
4. Кодекс на застраховането, Обн. ДВ. бр.102 от 29 Декември 2015г.
5. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *България: Здравен профил за страната 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285071-bgq> ISBN 9789264285071 (PDF), Series: State of Health in the EU, ISSN 25227041 (online), Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.
6. [https://www.mh.government.bg/.../2018/.../zdravna_sistema_-_predizvikelstva_i_na_nasoki_za_razvitie_\(3\).pptx](https://www.mh.government.bg/.../2018/.../zdravna_sistema_-_predizvikelstva_i_na_nasoki_za_razvitie_(3).pptx)

ⁱ Алеаторен договор - ако е налице неопределеност на едната или и на двете имуществени престации