
OPPORTUNITIES TO INTEGRATE IN BULGARIA THE BEST PRACTICES FROM THE USA MODEL OF PRIVATE ENTREPRENEURSHIP HEALTH INSURANCE SYSTEM**Yordanka Tasheva**University “Prof. Dr A. Zlatarov”, Bulgaria, jtasheva_2006@abv.bg

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.

Keywords: health insurance system, healthcare, entrepreneurship, private insurance companies.

ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ИНТЕГРИРАНЕ В БЪЛГАРИЯ НА ДОБРИТЕ ПРАКТИКИ ОТ МОДЕЛА ЗА ЧАСТНА ПРЕДПРИЕМАЧЕСКА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА СИСТЕМА В САЩ**Йорданка Ташева**Университет „Проф. д-р А. Златаров”, jtasheva_2006@abv.bg

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 изразходват и инвестират парите на тези, които си плащат здравните осигуровки.

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

ВЪВЕДЕНИЕ

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. Примерно, 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 предприемат решаваща стъпка към социално осигуряване в медицината, което да осигури приблизително едни и същи услуги за най-богатите и най-бедните и така се осигурява покритие на цялото население. Всички застраховани ще имат участие в плащането на услугите. Част от разходите ще бъдат поети от предприемачите. 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.

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.

1. ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ЧАСТНАТА ПРЕДПРИЕМАЧЕСКА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА СИСТЕМА

Това е система, 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 по правило 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 това е лична собственост на лекаря. Работодател и работник, ръководител и изпълнител са комбинирани в едно лице. Творческите мотиви и професионалните задължения се допълват от икономически стимули. [8] Даже във формално отношение, лекарите на частна практика не са наемни служители. Действащи на договорна основа, той притежава определена автономия: той може да определи списък с предоставяните услуги, да работи на непълнен работен ден в болница, да наема помощници и да заплаща техния труд. Въпреки това, като работи самостоятелно, лекарят не е в състояние да осигури изчерпателен преглед и лечение, както и консултации със лекари специалисти. През последните години системата за групова практика е широко разпространена, когато няколко (обикновено 5-7) лекари се разполагат в една стая, включително и медицински специалисти. Груповата практика позволява на лекарите да споделят скъпо оборудване и да наемат медицински персонал. Цените на медицинските услуги растат много бързо, значително изпреварват ръста на цените на потребителските и други услуги. За това, жителите на страните с частна предприемаческа здравноосигурителна система 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 с лошо здравословно състояние и висока вероятност от заболявания, обикновено се застраховат за голяма сума и могат да разчитат да заплатят 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).

Предимно частната здравноосигурителна система е характерна за Съединените Американски Щати – страната с най-ясно изразени капиталистически отношения и пазарна икономика – развита в условия на свободен пазар. Професионалните медицински асоциации имали огромна власт и не допусkali държавна намеса. В страната се прилагат два типа частно медицинско застраховане – индивидуално и групово. Груповото застраховане обхваща 74% работещите в частния икономически сектор и 80% от държавния. За сметка на този вид застрахова, повече от една трета от всички медицински услуги, особено най-скъпите, болница (повече от 35%) и почти половината от извънболничната лекарска помощ. 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“. [1] В САЩ няма единна доброволна медицинска застрахова. Има различни нейни видове – за болнична помощ, амбулаторна, лекарска, сестринска, хирургическа и др. Дори, ако се застраховаш на всички видове медицинска помощ, това не гарантира пълно погасяване и заплащане за медицинска помощ, т.е. известна част трябва да бъде поета от застрахования. Получава се негативен ефект, при който цените на здравните грижи нараства с бързи темпове, а реалният обем и достъпност до здравни услуги за мнозинството от гражданите намалява: те заплащат 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.

Федералния бюджет, държавните бюджети и органите на местната власт се финансират от приети през 1965г. програми "Medicare" и "Medicaid". [1]

"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. Програмата „Medicaid“ 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, които са бременни, слепи, инвалиди или възрастни хора. И все пак, 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 можеше да си позволи пълно здравно лечение. От 60-те години на миналия век "популяризирането на здравето" (Health Maintenance Organizations) става все по-популярно. Всъщност тези организации са застрахователни дружества, работещи в условията на ожесточена конкуренция по различни схеми. Те се занимават с осигуряване основно на важните видове здравно лечение. Интересна е новата концепция, която тези организации прилагат - "управляема медицинска помощ" (managed care). Като организации, които поддържат здравето, те са платци на всички видове медицински услуги и посредством правилно управление те са в състояние да намалят разходите - за сметка на превенцията (в случаите, когато е икономически ефективен), лечение в амбулаторни условия, вместо в стационари, избягване на неефективно и неоправдано лечение. Тези организации се поддържат от много обществени асоциации, местни администрации и спонсори. Те 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. В тази връзка се признава, че американската система за здравеопазване трябва да бъде реформирана. [2] В следствие реформата не ликвидира свободната практика на лекарите. 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. В същото време, по-голямата част от лекарите са съгласни с реформата, тъй като разходите за съществуващия ред са във вид на бюрократично отлагане, уязвимост пред частни застрахователни компании, както и пациентите с дела, високата цена на болничните легла са преимущества за лекарите на свободна практика.

2. ОСОБЕНОСТИТЕ НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ НА БЪЛГАРИЯ И САЩ

В България през последните години се правят доста опити, да се въка здравното осигуряване в някакъв ред, като се използват два модела. Единият, държавна здравна каса и другият – частни осигурителни дружества. 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 или "джипито", както е по известно у нас и той да го

изпрати при съответният специалист. Второто пък, позволява на пациента сам да си избере специалист за визитация, без да минава през „джипито“. Това изисква по-високо заплащане. Ако, пък болният, трябва да влезе в болница, той пребивава около 1 месец там, след което се изважда и се вкарва в специален „хоспис“, където минава на друг режим на здравно осигуряване и обслужване. Еднаквото между здравните системи на САЩ и България е, че и в двете страни има много хора, които нямат здравни осигуровки и разносните 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. 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 щатите, които са богата страна и могат да си позволят, постепенно провеждане на здравната реформа, в България парите не достигат и правителството е изправено „до стената“, болници се затварят и лекарите плашат със стачка. Колко време ще продължи това безпаричие е трудно да се каже. 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, която система да бъде или държавна или поне да бъде контролирана от държавата. [8] Много по-лесно е да се контролира една-единствена осигурителна служба или агенция, отколкото да се контролират множество такива. В България, не трябва да се търси моделът, който е в щатите, а да се търси този, който го има в почти всички европейски страни, където 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 изразходват и инвестират парите на тези, които си плащат здравните осигуровки. [5] Проблемите, които съществуват в САЩ и до голяма степен в България, са в това, че здравните каси, не изплащат онова, което изискват болниците. Така се получава голяма разлика между остойностените болнични услуги и заплащането им от здравните каси.

3. 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 др. държави и чужденци със 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 здравното 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 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 здравното осигуряване в страната е доброволно. Всеки може да се осигури сам чрез индивидуална полица или работодателя 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 и участие в управлението на НЗОК, чрез свои представители.	- 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; управителния съвет; контролния съвет и директорите на НЗОК и РЗОК.	Системата на органи и институции в система-та на 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 предвари-телно определен пакет от услуги на месец. Такси за извършени от лечебното заведение /лекар/ за здравни услуги.
Пакет медицински услуги	Минималния пакет е: медицински и стоматологически дейности за пред-пазване и рано откриване на заболяването; мед. рехабилитация; неотложна мед.помощ; мед.грижи при бременност раждане и майчинство; аборти по мед.показания; стоматологична и зъботехническа помощ; мед.грижи за лечение в дома; лекарствени средства за домашно лечение; транспорт и мед. Експерти за от ЛКК.	Осигуровките покриват определен списък с медикаменти и процедури. Всеки пациент има право да избира свободно лекар или болница в страната, при което 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 е за социално слабите и State Children's Health Insurance Program покрива деца на семейства с нисък доход.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ – АНАЛИЗ И ИЗВОДИ

Сравнявайки здравноосигурителните системи на България и САЩ едва ли можем да посочим най-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. Разбира се не може да се отрече, че здравноосигурителните програми, създадени за подпомагане на определени рискови слоеве от населението обхващат доста голяма част от него, която иначе също би останала 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. [3,4] В крайна сметка, обаче, би било добре да се създаде национална здравноосигурителна система, която да обхваща всички граждани. Здравната система в България е всеобхватни, т.е. обхваща цялото население на страната. Разбира се, в България съществува и условието лицето да си е внасяло редовно здравните вноски. В България разглеждайки ЗЗО се вижда, че тук за нас работи една почти съвършена здравноосигурителна система. На практика, обаче, нещата не стоят така - може би 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.). Въпреки това, държавата не намира начин, по който да ги задължи да си направят плащанията по здравните осигуровки. В същото време, ако дадено лице внесе здравните си осигуровки за предходните няколко месеца, пак придобива непрекъснати здравноосигурителни права. Така останалите, 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 каже, че здравноосигурените лица не получават качествено медицинско и здравно обслужване.

Разбира се здравноосигурителната система има и редица положителни страни, които също не са малко. Например, всяко осигурено лице има право само да избира личния си лекар. [2] Също така, има много групи хора, които са освободени от плащане на здравна осигуровка и държавата им я внася. Освен това пакета медицински услуги, който се предлага също е доста широко обхванат. Болничната грижа е достъпна и капацитета на болниците за брой легла е доста голям и може да се каже дори достатъчен. 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 страната на лекарите в системата най-вече, затова следва да се работи в тази насока и да се търсят ефективни санкции и глоби, а също да се прилагат. Друг недостатък на нашата система, е че ресурсите, които се влагат в нея и особено частта, получавана от държавата са крайно не достатъчни. [3,4]

Сравнението между двете здравноосигурителни системи ни показва, че всяка една от тях работи ефективно в една насока, а в друга има недостатъци, което е неизбежно. Но от особена важност за Българското здравеопазване е тези недостатъци да не пречат на това пациентът да получава качествена медицинска помощ и да не се нарушават правата му. Успоредно с това трябва да се работи за тяхното преодоляване.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Венедиктов Д. Д., Очерки системной теории и стратегии здравоохранения, „Медицина”, Москва, 2017

[2] Петкова - Георгиева, Ст., Насоки за усъвършенстване структурирането на дейностите по здравеопазване, академично списание „Управление и образование”, т. XII, кн.1, стр. 122-128, Бургас, 2016.

[3] Петкова – Георгиева, Ст., Приложение на икономическия анализ за подобряване ефективността на дейностите в здравеопазването – първа част, академично списание „Управление и образование”, т. XIII, кн.1, стр.118-122, Бургас, 2017.

[4] Петкова – Георгиева, Ст., Приложение на икономическия анализ за подобряване ефективността на дейностите в здравеопазването – втора част, академично списание „Управление и образование”, т. XIV, кн.1, стр.109-117, Бургас, 2018.

[5] 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.

[6] Савицкая Г. В., Анализ эффективности и рисков предпринимательской деятельности: методологические аспекты: Научное издание, ИНФРА – М, Москва, 2012.

[7] 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.

[8] 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, Bургас, Bulgaria, 2017.