

МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В БОЛГАРИИ - ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ

Галинка Павлова - кандидат медицинских наук,
ассистент на Кафедре политики и управления здравоохранения Факультет
общественного здоровья, Медицинский университет Софии

Аннотация. Несмотря на позитивные изменения в болгарском здравоохранении, существуют еще ряд проблем, требующих оптимизации и развития модели медицинского страхования. Демократизация и либерализация рынка медицинских услуг проходят через демонополизацию НФОМС (Национального фонда обязательного медицинского страхования) и модернизацию модели медицинского страхования путем создания второго и/или третьего дополнительного столпа медицинского страхования. Актуальный и концептуальный вопрос состоит в том, каким образом будет изменена модель медицинского страхования. Решение этого вопроса требует широкого обсуждения и поддержки со стороны всего общества, политической воли и внепартийного согласия.

Ключевые слова: медицинское страхование, демонополизация фонда здравоохранения, модернизации модели медицинского страхования

MODEL OF MEDICAL INSURANCE IN BULGARIA - DEVELOPMENT OPPORTUNITIES

Galinka Pavlova - PhD.

Candidate of Medical Sciences, Assistant at the Department of Health Policy
and Management

Faculty of Public Health, Sofia Medical University

Abstract. Despite the positive changes in Bulgarian healthcare, there are still a number of problems that require optimization and development of the medical insurance model. Democratization and liberalization of the medical services market

go through the de-monopolization of the National Medical Insurance Fund (National Fund for Mandatory Medical Insurance) and the modernization of the medical insurance model by creating the second and / or third additional pillar of medical insurance. The actual and conceptual question is how the model of health insurance will be changed. Resolving this issue requires broad discussion and support from the whole of society, political will and non-partisan agreement.

Key word: medical insurance, demonopolization of the health fund, modernization of the medical insurance model

В последние годы, в результате перехода модели финансирования с налоговой на страховую и введения рыночных механизмов в функционирование и управление, система здравоохранения претерпела ряд изменений. Несмотря на позитивные изменения в болгарском здравоохранении, все еще существует ряд проблем, требующих своего решения. Накопленное недовольство и недоверие в обществе дают основание для поиска возможных путей решения проблем, способов оптимизации и развития существующей модели медицинского страхования.

Цель данной публикации состоит в том, чтобы показать возможные пути решения проблем, возникших в результате использования существующей модели медицинского страхования в Болгарии, а также способы изменения в системе финансирования здравоохранения. Задачи, связанные с поставленной целью, включают в себя обзор проблем и результатов исследований общественного мнения в плане развития модели медицинского страхования. Были использованы аналитический и документальный методы.

КРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

В Болгарии существует модель обязательного медицинского страхования, основанного на принципе солидарности, с единственным Национальным фондом обязательного медицинского страхования. Основная часть финансирования приходится на медицинские страховки. Дополнительное

медицинское обеспечение предоставляют страховые компании, имеющие лицензию и осуществляющие добровольное медицинское страхование.

Критический анализ системы здравоохранения показывает растущее недовольство сегодняшним состоянием дел, как среди пациентов, так и среди работающих в здравоохранении. За 20 лет с начала реформы здравоохранения, она все еще не завершена и существенно изменилась ее философия. По данным Евростата за 2017 год, страна по-прежнему лидирует по отрицательным медицинским показателям, которые напрямую связаны с показателями детской смертности, предотвратимой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, с продолжительностью жизни и т.д. (4)

Каждая система здравоохранения имеет три основных аспекта: законодательство, кадровые и финансовые ресурсы. В результате краткосрочного и недальновидного планирования в течение последних лет, болгарское здравоохранение находится в полном дисбалансе в отношении этих трех показателей.

Нормативно-правовая база остается неясной, неполной, с массой противоречий, создающая напряженность и неуверенность во всей системе. Она уже частично устарела, а в некоторых случаях постоянно меняется. Регуляторные недостатки создают правовой вакуум. Из-за различного толкования и приложения возникают трудности контроля, создаются условия для возникновения организационных проблем, связанных с деформацией структуры и функциональных связей всей системы здравоохранения. Существенным недостатком является отсутствие национальной информационной системы, связывающей все учреждения, участвующие в сборе и расходовании средств здравоохранения. Все еще отсутствует долгожданное т. наз. электронное здравоохранение, частью которого является электронная история болезни пациента, предписания и направления. Нормативные недостатки порождают противоречия, конфликты и критические точки в системе, которые часто являются причиной низкого качества работы, а иногда создают условия для медицинских ошибок.

С точки зрения человеческого фактора, из-за старения и миграции медицинских специалистов, значительно сокращается число работающих в секторе. Согласно НСИ (7), к 31.12.17 г. средний возраст врачей в стране составлял 52,64 года. По данным Национальной ассоциации врачей общей практики, к 2025 году доля врачей старше 50 лет составит 98%. Подобная возрастная структура верна и по отношению к медицинским специалистам среднего звена. Самые мотивированные специалисты эмигрируют в поисках лучших условий для своего профессионального развития, четких правил карьерного роста, возможностей внедрения инновационных методов лечения, достойной заработной платы за свой высококвалифицированный труд и заслуженного уважения со стороны общества и институций.

Согласно НСИ (7) общее количество врачей в стране достаточно, но существует нехватка определенных специальностей и ясно видны основные диспропорции в их распределении по всей стране. Нехватка персонала в некоторых местах приводит к нарушению функционирования и дисбалансу структуры всей системы, к трудностям в организации работы, концентрации медицинской помощи в крупных городах, особенно в больницах, соответственно, к увеличению расходов. Дефицит человеческих ресурсов является основной причиной возникновения трудностей и неравноправного доступа пациентов к медицинской помощи и отсутствия своевременности при оказании медицинской помощи.

Финансовая структура характеризуется тем, что Парламент страны определяет бюджет здравоохранения, опираясь на возможности, а не на потребности системы.

С точки зрения общих расходов на здравоохранение, наша страна занимает одно из последних мест, учитывая и факт самого низкого в ЕС валового внутреннего продукта. (4) Выделение скромной доли государственных расходов на здравоохранение, около 4,2% от ВВП, обрекает болгарское здравоохранение не только на застой, но и на упадок. Система здравоохранения в Болгарии характеризуется значительными проблемами,

возникающими из монополии НФОМС при определении финансирования медицинских услуг, отсутствия конкуренции в секторе и невозможности свободных переговоров между пациентами, финансирующими учреждениями (в лице НФОМС) и лечебными заведениями. Бюджет НФОМС ежегодно планируется с дефицитом, который уже превратился в хронический. Одной из причин этого является отсутствие реальной оценки стоимости медицинских услуг. Цены на медицинские услуги, оплачиваемые из государственного ресурса через НФОМС, значительно занижены и определяются субъективно. Несмотря на европейские тенденции приоритетного роста профилактики и предотвращения, все еще недооценивается амбулаторная помощь и преобладают расходы на стационарное лечение и медикаменты. Частные расходы на медицинские и санитарные услуги резко возросли и достигли 48% по сравнению с 15% в ЕС (4), что лишь подтверждает мнение о том, что общественный ресурс абсолютно недостаточен для покрытия расходов на удовлетворение медико-санитарных потребностей населения.

Согласно проведенному опросу, застрахованные лица считают модель обязательного медицинского страхования в Болгарии неэффективной. (8) По мнению 45% опрошенных, успешная реформа системы подразумевает демонополизацию НФОМС и диверсификацию источников финансирования системы (33%). (8) Только 3% опрошенных видят потенциальное улучшение через увеличение размера страхового взноса медицинского страхования со стороны каждого болгарского гражданина (3%). (8)

Выводы: Существует потенциальная возможность для реального создания и прагматического функционирования второго столпа медицинского страхования в Болгарии. Разработка и совершенствование модели медицинского страхования не является самоцелью, а необходимостью с целью повышения удовлетворенности пациентов путем достижения и поддержания социального консенсуса. Здравоохранение нуждается в реорганизации, главным приоритетом которой является повышение эффективности финансовых и других ресурсов для достижения улучшения состояния здоровья населения.

Увеличение финансовых ресурсов в болгарском здравоохранении является необходимым, но не достаточным условием для улучшения качества медицинских услуг и показателей здоровья. Введение пакета организационных, нормативных и финансовых мер позволит поднять финансовый и медицинский контроль на новый уровень.

ВОЗМОЖНЫЕ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ.

При анализе объективных данных и некоторые из основных тенденций в секторе здравоохранения, определились некоторые ключевые особенно критические направления, требующие принятия срочных мер: оптимизация законодательства; рационализация моделей управления для улучшения и повышения эффективности организационных и функциональных связей в системе здравоохранения; либерализация и демократизация рынка медицинских услуг и финансирования здравоохранения; изменение отношения к медицинским работникам и признание их как существенной части национального капитала.

Прежде чем приступить к разработке новой модели медицинского страхования, необходимо провести углубленный анализ и найти комплексное решение организационных, финансовых и ресурсных проблем. В этой связи у нас есть несколько рекомендаций к законодательной и исполнительной власти для безотлагательного осуществления конкретных мер, основными из которых являются: полная компьютеризация системы здравоохранения в рамках электронного правительства; Улучшение общей организации системы с целью достижения эффективной функциональности между всеми уровнями здравоохранения; Регулирование показателей качества медицинских услуг в разных аспектах - структура, деятельность, результат; Оценка стоимости медицинских услуг, в том числе труда медицинских специалистов; Увеличение общественного ресурса здравоохранения согласно требуемого объема и качества медицинского обслуживания в соответствии с потребностями.

Выполнение этих мер позволит обеспечить адекватную и объективную информацию о системе здравоохранения, необходимую для принятия решений, связанных с дальнейшим финансированием модели медицинского страхования.

Демократизация и либерализация рынка медицинских услуг будут играть роль двигателя на пути к более успешному здравоохранению. Демонополизация окажет положительный эффект на медицинское страхование по горизонтали - через развитие альтернативного медицинского страхования конкурирующими фондами (10). Цель конкуренции между оказывающими медицинские услуги и между фондами здравоохранения состоит в создании условий для повышения качества и расширения охвата медицинских услуг, а также повышения контроля платежей поставщикам медицинских услуг. Некоторые политики и эксперты полагают, что самым удачным решением является отмена монополии, ограничение процесса национализации фонда здравоохранения и реализация права пациента на выбор фонда для сохранения его взносов медицинского страхования. Вопросом обсуждения и углубленного анализа является выбор между полной и частичной демонополизацией фонда медицинского страхования, касающейся только дополнительной медицинской страховки. Несогласные с этим изменением ссылаются на опыт европейских стран с большим количеством медицинских фондов и указывают как на слабость более высокий риск дефолта этих фондов; увеличение административной нагрузки на исполнителей при учете медицинских услуг многими фондами; сокращение реальных государственных средств от медицинского страхования для медицинской деятельности в результате увеличения расходов из каждого фонда здравоохранения примерно до 40% на администрацию и др. Демонополизация НФОМС – это сложный и длительный процесс. Решения ЗА или ПРОТИВ, требуют высокой квалификации, опыта и серьезной подготовки общества.

Все чаще обсуждают вопрос об увеличении ресурсов в системе через модернизацию модели медицинского страхования (вертикального развития медицинского страхования) путем создания второго и/или третьего столпа.

Развитие института НФОМС предполагает возможность предоставления пакетов медицинских услуг дополнительными столпами системы. (10) Для успешного осуществления необходимо определить базовый пакет медицинских услуг и товаров, финансируемых за счет страховых взносов. Базовый пакет должен быть кратким, четким, долговечным в течение длительного времени, обеспеченным в финансовом отношении через обязательное медицинское страхование, доступным для каждого болгарского гражданина, соответствующим демографическим характеристикам и статистике основных заболеваний. Оптимизация охвата и объема медицинских услуг, включенных в базовый пакет, позволит модернизировать различные пакеты медицинского страхования, предлагаемые в виде конкуренции дополнительными фондами медицинского обеспечения и/или медицинского страхования. Эти пакеты будут покрывать дополнительные медицинские услуги, не включенные в базовый пакет, финансируемый взносами медицинского страхования. Они могут предложить: прямой доступ к некоторым специалистам при амбулаторной помощи; больничные принадлежности, не покрытые основным пакетом; применение инновационных методов и лекарств и др. Дополнительные медицинские пакеты будут предоставляться лицензированными медицинскими страховыми компаниями, которые будут отвечать высоким требованиям, предъявляемыми государством. Стоимость дополнительных страховых пакетов одинакова или ниже для всех застрахованных лиц по сравнению с основными страховыми пакетами. Они имеют различные уровни охвата (сумму, на которую застраховано лицо) и премии, в зависимости от риска заболевания, возраста и состояния здоровья пациента, семейной истории, образа жизни каждого застрахованного лица и др.

Лица, которые не сделали свой выбор относительно формы дополнительного страхования, оплачивают не включенные в основной пакет медицинские услуги наличными, в соответствии с тарифами лечебного заведения.

Вопрос о том, должно ли дополнительное медицинское страхование быть добровольным и/или обязательным, является дискуссионным. В случае обязательного, как всегда, основную нагрузку несут корректные плательщики, и остается риск низкого уровня сбора медицинской страховки. Учитывая то, что в рамках существующей модели медицинского страхования, пользователей медицинской помощи почти в два раза больше тех, кто регулярно платит медицинские страховки, преобладает общественное мнение о добровольности дополнительных пакетов.

Версия модели медицинского страхования с двумя столпами (включающей основной базовый пакет медицинских услуг, финансируемых за счет медицинского страхования, который используется совместно и добровольный дополнительный страховой пакет) в настоящее время находит самую широкую поддержку экспертов, страховщиков, профессиональных организаций и организаций пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Сектор здравоохранения чрезвычайно деликатен. Он требует тщательного анализа и экспертизы в различных сферах социально-экономической жизни. Отсутствие долгосрочной стратегии является причиной дестабилизации системы здравоохранения в нашей стране. Необходимо разработать комплексную концепцию устойчивого развития и четко сформулировать приоритеты в политике здравоохранения. Конъюнктурные кратковременные решения проблем в долгосрочной перспективе могут привести к катастрофическим последствиям для здоровья и экономического благополучия нации. Будущее модели медицинского страхования должно быть рассчитано на 25-30 лет вперед. Крайне важно следить за общественным мнением и формировать сознательное отношение к здоровью и образу жизни у каждого человека и общества в целом. Здоровье нации должно стать реальным политическим и финансовым приоритетом. Болгарская политика здравоохранения должна иметь стратегический характер.

Как и в какие сроки будет меняться модель медицинского страхования в стране, является концептуальным вопросом, требующим широкого обсуждения

и поддержки со стороны всего общества, политической воли и внепартийного консенсуса.

Литература

1. Воденичаров Ц., В. Борисов. Доброволното здравно осигуряване - стратегия на избора. С., 1999, 150 с.
2. Гладилов Ст. Икономика на здравеопазването. Принцепс. С., 2009
3. Димитров Гр., Рискове и предизвикателства при реформиране на здравната система. издат. ВУЗФ „Св. Григорий“, София 2017
4. Евростат. Состояние здоровья в Болгарии в 2017. State of Health in the EU.
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_bulgaria_bulgarian.pdf
5. Министерство здравоохранения – Проблемы и направления развития - www.government.bg
6. Национальная стратегия здравоохранения на 2014-2020 г.
www.mh.government.bg
7. Национальный статистический институт – www.nsi.bg
8. Павлова Г. Актуални нагласи на българските граждани към националната система на здравно осигуряване. Здравна политика и мениджмънт, бр. 4, 2016.
9. Павлова Г., Ел. Петрова-Джеретто. Структура на човешките ресурси в БЛС. Медицински меридиани, бр.3 2018г. с.21-26
10. Петров Д. Проблеми на здравноосигурителния модел в България. Здравна политика и мениджмънт. том 14, №1, 2014г. с.15-17
11. Петрова, Зл., Гр. Димитров Предизвикателства и решения за промени в управлението и финансирането на здравноосигурителната система. Сп. Здравна политика и мениджмънт. Том 17, N3, 2017, с.32 - 38.