

**УНИВЕРСИТЕТ ЗА НАЦИОНАЛНО И СВЕТОВНО СТОПАНСТВО –  
СОФИЯ**

**Катедра „Публична администрация и регионално развитие“**

**БОРЯНА ГОРАНОВА ГОРАНОВА**

**РЕФОРМИТЕ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО  
НА ГЕРМАНИЯ И ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ  
НА ОПИТА Й В БЪЛГАРИЯ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд за присъждане  
на образователната и научна степен „доктор“

**Научен ръководител:**  
проф. д-р Евгения Делчева

София, 2011

Дисертационният труд се състои от въведение, три глави и заключение с общ обем от 235 страници. Този обем съдържа 218 страници основен текст, списък на използваната литература и 5 приложения. В основния текст са включени 19 таблици и 10 фигури. Списъкът с използваната литература се състои от 132 източника, от които 12 на кирилица, 64 на латиница и 56 интернет източници.

Дисертационният труд е обсъден в Катедра „Публична администрация и регионално развитие” на Университета за национално и световно стопанство и е насочен за защита пред научно жури.

Авторката на дисертационния труд е задочен докторант към Катедра „Публична администрация и регионално развитие” при УНСС – София.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на .....  
от ..... часа в зала ..... на Университета за национално и световно стопанство на заседание на научното жури.

Материалите по защитата са на разположение на интересуващите се в сектор „Научни съвети” на УНСС – София.

## I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Тази част от текста на автореферата възпроизвежда тезата и постановките, които се съдържат във **въведението** на дисертационния труд.

### АКТУАЛНОСТ НА ТЕМАТА

Изборът на темата на дисертационния труд е свързан с няколко обстоятелства:

1. Здравните системи във всички държави функционират като комплекс от сфери и от дейности, които поддържат и подобряват здравето на населението. Положителните ефекти от развитието и ползването на здравни услуги нарастват през втората половина на последното столетие. Сред факторите, които имат значителен принос за това, се открояват икономическият, медицинският и техническият напредък. **Предоставянето на здравни услуги** води до непрекъснато нарастване на инвестициите за изграждане на инфраструктура, за техническо оборудване и за квалифициране на човешки ресурси. Характерно за здравните системи в днешно време е разходването на все по-големи средства за развитие и предлагане на иновативни и висококачествени здравни услуги.

2. Този начин на развитие обуславя **публичния интерес към реформите в здравеопазването**. Обществената реакция е мотивирана от разбирането, че реформите съдействат за решаването на значими хуманни и практически въпроси. Определящо е мнението, че реформирането на всяка здравна система следва да съдейства за постигането на видими резултати в подобряването на здравословното състояние на населението, които съответстват на достигнатите стандарти на живот и на прогреса в развитието на медицината.

3. Реформеният процес във всяка страна се обуславя от конкретни причини и цели, които изразяват дълбоката заинтересованост на хората от действието на системата на здравеопазването. Откроява се обстоятелството, че навсякъде днес се пристъпва и към реализирането на **общи цели** на системата на здравеопазването. Действията и постиженията на националните правителства свидетелстват как реформите решават и местни, и общозначими проблеми. Предвид на това нараства и интересът към **обмяна на международен опит** за постигането на по-добри резултати в реформаторския процес.

4. Повишаването на **качеството на здравните услуги** и преодоляването на финансовите предизвикателства продължават да бъдат в центъра на здравните политики на европейските правителства. В унисон с тези тенденции изследванията, посветени на здравните системи и на тяхното реформиране, показателно извеждат на преден план въпроса за нарастването на разходите за здравеопазването и за тяхното ефективно използване и управление.

## **ОСНОВНА ТЕЗА И МИКРОТЕЗИ**

**Изследователската теза** се основава на разбирането, че всяка национална здравна система изразява обществени представи и ценности на дадена нация и функционира в съответствие с нейните икономически, технически, социални и културни постижения. Съвкупност от условия и събития, свързани с развитието на германската общност след нейното обединение през XIX в., води до създаването на система на здравеопазване с подчертано **обществен характер и силно изразена социално-практическа насоченост**. Това позволява да се установи и консолидира социално кохерентна система на здравеопазване, изградена върху **принципа на солидарността**, с участието на различни групи от населението и най-вече на нейната работна сила.

По този начин се формират съдържанието и съвременният опит в реформирането на германската здравна система, в контекста на който се извеждат препоръки за и от **общия замисъл на реформата на здравеопазването в България**.

**Във фокуса на анализа** са германските здравни реформи през последните тридесет години. Проследяват се причините от общ характер, налагащи **перманентното реформиране на здравеопазването** в Германия. Реформите се проблематизират в контекста на тенденциите и на **рамковите условия** от глобално естество, които пряко рефлектират върху германската система на здравеопазване.

**Първата** изследователска **микротеза** е, че тази структурнофункционална и социална определеност на здравната система в Германия се възприема като постижение и ценност от страна на цялото германско общество и усилията на всички участници в системата са концентрирани в нейното запазване.

Констатирането на тази пристрастеност определя и следващата, **втора микротеза**, която има най-пряко отношение към процесите на реформи в Германия. Те са насочени не толкова към коренна промяна на здравната система, а към

реагиране най-вече на външни фактори, които оказват предимно икономически натиск върху функционирането на системата в нейния установен вид. Общата ориентация на реформите има за цел създаването на **съвременен модел на здравеопазване** от устойчив и ефективен тип.

Под влиянието на аналитични и на организационни фактори от национално естество провеждането на здравните реформи в Германия започва да се обвързва с използването на решения и добри практики и на други страни. Осмислянето на това обстоятелство извежда на преден план **третата микротеза**, а именно – че определени идеи и **практически действия, присъщи на реформаторския опит на Германия, могат да намерят приложение** и при по-нататъшното реформиране на българската здравна система.

## **ОБЕКТ, ПРЕДМЕТ И ОГРАНИЧЕНИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

Предвид на всичко това **обект на настоящото изследване** са организацията и развитието на структурите и инструментите на здравните услуги в Германия, обусловени от естеството на формирането на германската здравна система и от нейното адаптиране към съвременните тенденции на развитие в здравеопазването. Определящо значение в анализа се придава на обстоятелството, че при провеждането на политиките в здравния сектор на Германия се изхожда от наличната структура, в която исторически сраснали се институции и интереси не се подлагат на самоцелен критичен анализ, а се вземат предвид тяхната необходимост и ефективност в осигуряването на здравното състояние на населението.

Изследвания и сравнения в международен план налагат представата за германската здравна система като една от най-скъпите в света, но не и най-ефективните. Подобни изводи предизвикват в Германия засилен политически и научен интерес към решения и добри практики извън пределите на страната с цел постигане на лидерски позиции в резултат и от функционирането на здравната система. В идеалния случай се търси повишаване на качеството и намаляване на разходите, като чуждият опит систематично се изследва и приспособява към изключително сложните структури в системата на здравеопазването на Германия. Въвличането на научните среди в този процес, както и воденето на открити политически и обществени дебати за ползите и възможните отрицателни ефекти на визираните реформени мерки, са отличителни черти на германския реформаторски опит. Възприемането на подобни подходи може да

увеличи прозрачността и ефективността на реформените мерки и в българската здравна система.

В съответствие с това **предмет на изследването** са реформите, проведени в здравеопазването на Германия от 80-те години на миналия век до наши дни. Тяхното конкретно изражение се открива и обяснява **чрез избора и прилагането на регулативни инструменти** за намаляване на растежа на общите разходи в здравеопазването и за увеличаване на качеството на предлаганите здравни услуги. Критерии за анализ на въвежданите реформени инструменти са тяхната медицинска и икономическа ефективност, насочени към осигуряването на универсален достъп до висококачествени здравни услуги.

Настоящият анализ е подчинен и на две **ограничения**.

**Първото** от тях произтича от целенасочения изследователски интерес към сферата на здравните услуги. Това предполага включването в анализа на различни сектори и структури от цялостната система на здравеопазването. При това положение термините „здравна система“, „система на здравеопазването“ и „здравеопазване“ се използват, макар и не съвсем коректно, като синоними.

**Второто** ограничение се отнася до системата на здравеопазването в България. Анализът не съдържа историческо представяне на тази система и на нейното реформиране през преходния период, аналогично на възприетия подход към системата на здравеопазването в Германия. Към реформите в България се отнасят само онези моменти от съвременното развитие на здравеопазването в Германия, които могат да бъдат използвани като положителен опит. Основание за това е фактът, че българският здравноосигурителен модел поначало е заимстван от модела „Бисмарк“.

## **ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИ НА АНАЛИЗ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

**Основната цел** на дисертационния труд е изследването на причините и на факторите на възпроизводството и самотрансформирането на модерната германска система на здравеопазване. В съответствие с тази цел се проследява процесът на нейното формиране и консолидиране. Динамиката на нейното развитие и постоянно осъвременяване дава повод тя да се сочи като пример, полезен в редица отношения и за реформирането на здравеопазването в България. **Приоритетен характер** имат

проблемите на икономиката на здравеопазването, свързани с институциите и с инструментите на финансирането на здравните услуги.

**Главният аргумент** за възприемането на подобен подход е типичната за Германия финансова зависимост на сферата на здравеопазването от трудовата заетост на населението и от конкурентоспособността на експортно ориентираното индустриално производство. Бизнесът в Германия е заинтересован от ограничаване на разходите за здравеопазване, които традиционно са силно зависими от исторически наложилите се социалноосигурителен здравен модел. Заедно с това Германия продължава да се стреми към завоюване на нови позиции в глобализиращата се икономика, без да се отказва от социалния характер на пазарната си икономика. Стремех, в съответствие с който от политиките за реформиране на здравната система в Германия се изисква и очаква запазване на високото медицинско равнище на здравните услуги при ограничаване на разходите за здравеопазване.

Оттук произтичат и **задачите на изследването:**

**1.** Да се въведат в анализа актуалните предизвикателства за националната здравна политика на европейските страни като застаряващото население, покачването на дела на хроничните болести и инвалидността, както и наличието на нови терапевтични възможности. Предвид на тези рамкови условия да се проследят практиките и усилията за предоставяне на висококачествени и икономични здравни услуги според нуждите на населението, при очертаващото се ограничаване на наличните финансови ресурси за здравеопазване.

**2.** Да се проследи как концептуализирането на насоките на реформите и на инструментите за тяхното провеждане в Германия се обвързва с прилагането на принципите на справедливост, на медицинска и на икономическа ефективност.

**3.** Да се покаже, че политиките за здравни реформи в Германия в най-голяма степен се обуславят и направляват от публичната природа на организацията и на инструментите на здравеопазването.

**4.** Да се разкрие ролята на здравноосигурителните каси и на доставчиците на медицинска помощ в осигуряването на здравните услуги. Да се анализират факторите и средствата, чрез които те реагират на изискванията да не се увеличават непрекъснато вноските за здравната осигуровка.

**5.** Да се отрази наблюдаваната през първото десетилетие на XXI в. динамика в проучването на здравните реформи, провеждани в различни държави. Да се покажат

възможностите и условията за ползването на добри практики при реформирането на националните здравни системи.

6. Да се направи кратък обзор на досегашното развитие и състояние на реформения процес в България. В съпоставителен план да се открият някои характерни проблеми, които произтичат от възприемането на структурните принципи на германската здравноосигурителна система.

7. Да се формира експертна база от мнения и оценки за проблематизиране на насоки и възможности относно използването на германския реформен опит в системата на българското здравеопазване.

8. Да се анализират по-конкретно онези добри практики и инструменти от реформаторския опит на Германия, които могат да бъдат препоръчани като подходящи реформени инструменти при промяната на здравната система на България.

За реализиране на поставените цели е приложена **комбинация от структурни, от институционални и от нормативни подходи**. Водещ е функционално-икономическият подход, използван за дефиниране и за оценка на прилаганите реформени инструменти и резултати на здравната система в Германия. Частично е използван и сравнителният метод както в сферата на глобализацията на здравеопазването, така и при оценката на възможността за ползването в България на определени успешни реформени инструменти от практиката на Германия. Емпиричният подход е застъпен и чрез провеждането на дълбочинни интервюта с експерти и с политици, ангажирани със здравните реформи в България.



## **II. СТРУКТУРА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

Структурата на дисертационния труд е следната:

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

#### **ГЛАВА I. СЪВРЕМЕННИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД РЕФОРМИРАНЕТО НА НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СИСТЕМИ**

1. Определение на съвременната система на здравеопазване и нейните рамкови условия
  - 1.1. Демографски и епидемиологични тенденции
  - 1.2. Професионализиране и технологизиране на здравеопазването
  - 1.3. Обществени норми и ценностна система
  - 1.4. Европейски интеграционен процес
  - 1.5. Съпоставителен анализ на системите на здравеопазване в глобален план
2. Финансова организация на системите на здравеопазване от устойчив и ефективен тип
  - 2.1. Общи финансови ресурси в системата на здравеопазването
  - 2.2. Финансова система на приходите в здравеопазването
  - 2.3. Производствени фактори на системата на здравеопазване
  - 2.4. Начини на разпределение на финансовите средства
3. Нуждата от регулативни мерки в сферата на здравните услуги
  - 3.1. Дефекти на пазара на здравни услуги
  - 3.2. Дефекти на пазара на здравни осигуровки
  - 3.3. Основни цели при използването на регулативни мерки
  - 3.4. Инструментариум на регулативните дейности в здравеопазването

#### **ГЛАВА II. ГЕРМАНСКИЯТ МОДЕЛ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ – ЕВОЛЮЦИЯ, СТРУКТУРИ И РЕФОРМИ**

1. Формиране и консолидиране на германската система на здравеопазване
  - 1.1. Развитие на здравноосигурителните каси
  - 1.2. Конфликтът с лекарите от първичната здравна помощ
  - 1.3. Институционални структури на здравния сектор
2. Специфика на реформения процес
  - 2.1. Определение за реформа в системата на здравеопазване
  - 2.2. Влияние на външни икономически фактори
  - 2.3. Последици от обединението на Германия през 1990 г.
3. Основни приоритети и ключови параметри на реформена дейност в германското здравеопазване
  - 3.1. Ролята на федералната държава за реформиране на здравеопазването
  - 3.2. Повишаване на разходната ефективност на социалното здравно осигуряване

- 3.3. Реформи в амбулаторния и болничен сектор
- 3.4. Реформи за съкращаване на публичните разходи за лекарства
- 3.5. Кратка оценка на проведените в германското здравеопазване реформи

## ГЛАВА III. ВЪВЕЖДАНЕ НА ДОБРИ ПРАКТИКИ ПРИ РЕФОРМИРАНЕ НА НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СИСТЕМИ

- 1. Международно представяне на ефективността на здравните системи
  - 1.1. Световният доклад за здравето на СЗО от 2000 г.
  - 1.2. Реакцията на германските изследователи
  - 1.3. Докладите “Поглед към здравето” на ОИСР
  - 1.4. Германия и България в здравния доклад “Поглед към здравето: Европа 2010” на ОИСР и ЕК
- 2. Разработване на методи за сравнителни анализи и препоръки
  - 2.1. Талинската харта и Европейският здравен доклад на СЗО
  - 2.2. Използването на метода benchmarking и на единна европейска рамка от здравни показатели
  - 2.3. Използване на сравнителни изследвания като източници на идеи за здравните реформи в Германия
- 3. Здравната реформа в България през призмата на германския опит
  - 3.1. За общата насоченост и резултати на българския реформен процес
  - 3.2. Едно сравнение от първо приближение
  - 3.3. Проблематизиране на германския опит чрез емпирично изследване с дълбочинни интервюта
  - 3.4. Цели и хипотези на изследването
  - 3.5. Изводи и резултати от проведеното изследване
- 4. Реформени инструменти от опита на Германия, подходящи за прилагане в българската здравна реформа
  - 4.1. За необходимостта от отчитането на определени различия
  - 4.2. Препоръчвани регулативни инструменти
  - 4.3. Диагностично свързани групи (ДСГ)
  - 4.4. Механизъм за разпределение на структурните рискове
  - 4.5. Задължителен пакет от здравни услуги, реимбурсирани от социалното здравно осигуряване
  - 4.6. Програми за хронично болни

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

### **Декларация за оригиналност**

### **Списък на използваната литература**

### **Приложения**

### III. ОСНОВНИ ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКИ АКЦЕНТИ В ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

#### ГЛАВА I. СЪВРЕМЕННИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД РЕФОРМИРАНЕТО НА НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СИСТЕМИ

Тази глава се състои от три основни части:

1. Определение на съвременната система на здравеопазване и нейните рамкови условия
2. Финансова организация на системите на здравеопазване от устойчив и ефективен тип
3. Нуждата от регулативни мерки в сферата на здравните услуги

**В началото на глава първа** са представени концептуално-аналитичните аспекти на темата и подходите на тяхното интерпретиране. Извежда се работно определение на системата на здравеопазване и нейните структурни елементи. Върху тази основа се представя съвременната организация на здравеопазването в Германия.

Дисертантката приема, че в началото на XXI в. всяко изследователско намерение в областта на здравеопазването следва да отчита съществуването на **три феномена** и на връзките, които възникват между тях.

**Първият** е представен от универсалното разпространение на медицинската помощ и от нейното конституиране като национални здравни системи. Такива системи са създадени и функционират в преобладаващата част от съвременните държави. Всяка от тези системи има свои отличителни особености.

**Другият феномен** е универсалният мащаб на реформите на здравните системи. Трудно може да се посочи национална здравна система, която в последно време да не е била обект на сериозни промени. Реформите в отделните страни не започват и не протичат едновременно. Конкретни – национални по своя произход, съдържание и приоритет са и въпросите, които се решават чрез разработването и реализацията на реформени здравни политики. Неоспорим факт е обаче, че всяка реформа реагира и на универсални проблеми на здравеопазването.

Опазването на здравето е и ще бъде индивидуално човешко благо. В условията на модерното развитие то се утвърждава и като национално благо. Но и в единия, и в другия си вид опазването на здравето днес – научно, политически, икономически и професионално, се поставя и проблематизира в контекста на **третия феномен** – световното здравеопазване. Здравните реформи, независимо от това къде, кога и как

започват и протичат, се основават върху **ново стратегическо отношение към здравеопазването.**

В здравно-икономическата литература е застъпено широко разбирането, че здравните системи обхващат всички институции и лица, чиято дейност е преследването на цели в медицината като предотвратяването, лекуването и облекчаването на болести. **Световната здравна организация (СЗО)** например определя здравната система като ”всички дейности, чиято първостепенна цел е да стимулират, да възстановяват или да запазват здравето”<sup>1</sup>. По този начин се отдава значение на взаимодействащи фактори, които засягат индивидуалното човешко здраве и здравното състояние на човешките общности. Изрично се подчертава значението на: демографските, личностните, социално-икономическите, структурните и медицинските фактори (фигура 1).

Фигура 1. Детерминанти на здравето



Източник: WHO 2007, 152 по Dahlgren/Whitehead, 1991.

Анализът в настоящия труд се ориентира към едно по-конкретно определение, дадено от Л. Хайен и колектив, според което здравната система включва “всички

<sup>1</sup> WHO 2000, 5

институции и дейности, които се занимават със задоволяването на населението със **здравни услуги** и с тяхното финансиране<sup>2</sup>. Така дефинирана здравната система в анализа се прекрива с понятието система на здравеопазването.

Моделът на Л. Хайен и колектив предлага още една възможност. Тя се определя от включването в анализа и на влиянието на **структуроопределящи фактори на здравната система** като: демографската структура на населението и нейното бъдещо развитие; епидемиологичните тенденции; социалните условия и културните традиции; техническия и научния напредък, както и нарасналите очаквания и изисквания на пациентите.<sup>3</sup>

Тези структуроопределящи фактори на здравната система се възприемат като **рамкови условия**, които са присъщи за всички западни индустриални държави, в това число и за Германия. Това са условия, които позволяват да се констатират както определени прилики, така и открояващи се различия в конструкцията и в начина на функционирането на съществуващите национални здравни системи.

Предложеният от Л. Хайен и колектив модел позволява да се анализират методите и инструментите за събиране и за разпределяне на финансовите средства за и между различните сектори в здравеопазването. Той обхваща наличните производствени фактори в здравния сектор, тяхната структура на собственост, както и степента на интеграция и на сътрудничество между тях. Специално внимание се отделя на източниците и на формите на заплащане на различните доставчици на здравни услуги.

Предвид на всичко това съвременното състояние на германската здравна система **се разглежда през призмата на икономиката на здравеопазването**. В съответствие с възприетия **контекстуален подход** това намерение се реализира чрез разглеждането на принципи и структури, на взаимозависимости и практически подходи, които поставят на преден план **здравния сектор и здравните услуги**.

Дисертантката застъпва мнението, че един от определящите фактори за развитието и насоките на реформите в системите на здравеопазване на страните – членки на ЕС, е и **влиянието на европейския интеграционен процес**, който обхваща не само икономическите, но и социалните аспекти на обществения живот в тези страни.

Неслучайно основните области, в които ЕС хармонизира регулирането в националното здравеопазване на страните членки, засягат най-вече социалната сигурност на гражданите на ЕС по време на престой в някоя от страните на Съюза,

---

<sup>2</sup> Hajen et al. 2010, 229.

<sup>3</sup> Wall 1996, 2.

свободното движение на работната сила от здравния сектор, а също така и европейското уеднаквяване на лицензирането на лекарствени средства. С въвеждането на Европейската здравна карта става безпроблемно лекуването на граждани от страните на ЕС в случай на спешност по време на престоя им в друга страна на ЕС в рамките на нейната здравна система.

Силни импулси за хармонизиране на европейските здравни системи предлага новоприетата **директива** за Правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване<sup>4</sup>. Директивата трябва да се приложи в националните законодателства на страните – членки на ЕС, до средата на 2013 г. Предстоящото засилено сътрудничество и обмяната на пациенти, информация и трансфер на финансови ресурси вероятно ще доведат до уеднаквяване на административните процедури и на пакетите от здравни услуги, финансирани на солидарен принцип.

Посочената изследователско-нормативна активност е свързана с използването на **„открития метод на координация”** в областта на здравеопазването в рамките на ЕС. Този метод досега успешно се прилага в сферите на заетостта и на пенсионното дело. В здравеопазването и грижите за възрастното население откритият метод на координация за първи път се предлага по предложение на Комисията на ЕС през 2001 г. Той се използва за поставяне на общи за страните – членки на ЕС, цели, а също и за търсенето на добри практически решения чрез съпоставки и анализи на определени индикатори.

Дисертантката приема, че **разработването на рамково определящите фактори** позволява всяка здравна система днес да се поставя и разглежда в **глобален план**. От системата се изисква да бъде в унисон със съвременното състояние на обществения живот, да задоволява във все по-голяма степен нуждите на населението от здравни услуги. За да отговаря на това универсално разбиране за предназначението си, здравната система следва да бъде **функционална, устойчива и ефективна**. Поставянето на подобно изискване, а отгук и разработването на подходящ аналитичен и управленски инструментариум, се възприема като самоподразбиращо се условие за изследването и за представянето на различните национални здравни системи. Този подход обаче не съпътства цялостната история на появата и на развитието на съществуващите в момента здравни системи. Той възниква и доказва ефективността си през последните десетилетия на XX в.

**Аналитичната функция на рамковите условия** се потвърждава и от една особеност на германското здравеопазване. Развитието и функционирането на здравната

---

<sup>4</sup> За повече информация вж. [http://ec.europa.eu/health/cross\\_border\\_care/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy/index_en.htm)

система в Германия се намира под силното въздействие на отрицателни и на положителни процеси **от наднационално естество**. Това са процеси, които засягат германската икономика, а оттук рефлектират и върху сферата на здравеопазването. Действието на тези процеси се обуславя от експортната ориентация на германското индустриално производство. Както вече отбелязахме, най-подчертано е влиянието на световните икономически кризи. В Германия те пряко рефлектират върху здравноосигурителния модел, защото засягат заетостта и доходите на наемните работници, както и акумулирането на необходимите за здравеопазването финансови ресурси. Напрежение създават и действията на бизнеса, който, за да поддържа конкурентоспособността на икономиката, все по-често прибегва до съкращаването на заетостта и до намаляването на трудовите доходи.

От тези теоретико-методологични позиции се пристъпва към представянето на начина на функционирането на германското здравеопазване. Последователно се разглеждат рамковите условия, които разкриват нейното развитие и трансформиране. В центъра на вниманието са дефектите на пазара на здравните услуги и на социалните осигуровки, които предполагат намесата на държавата. Представен е и набор от инструменти, които се използват за регулирането на пазарите на тези услуги.

Специално внимание се отделя на **професионализирането и на технологизирането на здравеопазването**. Тази тенденция и в Германия води до приемането на **биомедицинския модел** като структуроопределящ на здравната система. Това изисква постоянно да се насърчават научноизследователското и техническото развитие в медицинската област. В здравеопазването на Германия непрекъснато се инвестира в нови технологии, като най-добре технически оборудвани са университетските болници, в които се обучават студентите по медицина. По този начин се гарантира не само тяхното висококачествено образование, но се полагат основите и за по-нататъшното модернизиране на цялата национална система. Германия е една от страните с добре развита фармацевтична и медицинскотехнологична промишленост, източник на голяма част от иновациите в тези два сектора в международен мащаб.

Специално внимание се отделя на значението на общите финансови ресурси, необходими за производството и потреблението на здравни услуги, а също така и за тяхното разпределение между отделните сектори в системата на здравеопазването. Германия изразходва значителна част от благосъстоянието си за здравна помощ. Общите разходи за здраве през 2008 г. възлизат на 263,2 милиарда евро или 10,5% от

БВП на нацията. На човек се падат средно по 3207 евро разходи за здравни услуги на година.<sup>5</sup>

По тези показатели разходите за здравеопазване в Германия са над средното равнище в ЕС, където през 2008 г. разходите за глава от населението се равняват на 2639 евро или 9,18% от БВП. През 2004 г. с разширяването на ЕС средното ниво на разходите за здравеопазване спада, но ситуацията не се променя дори когато Германия се сравнява с нивото на разходите преди разширяването на ЕС, т.нар. ЕС-15, т.е. с 2859 евро разходи за здраве на глава от населението или 9,78% от БВП през 2008 г.

**Финансирането на здравната система в Германия** се характеризира с **плуралистична фондова система**. Социалната здравна осигуровка е най-големият източник на финанси в здравеопазването, покриваща 88% от населението на страната. Около 10% от населението е застраховано частно, включително служителите в държавния сектор и социално осигурените, които сключват допълнителна частна здравна осигуровка. Други 2% от населението са осигурени в специфични за секторите им правителствени схеми (тук са включени военните, полицаите, получаващите социални помощи, и чужденците търсещи убежище в Германия). Така доскоро само около 0,2% от населението не разполага със здравна осигуровка. В тази група влизат най-вече собствениците на фирми и граждани, които никога не са плащали вноски в която и да било социална здравноосигурителна каса в Германия.<sup>6</sup> Със закон, влязъл в сила през април 2007 г., се дава възможност на всички постоянно пребиваващи в страната да се присъединят към някоя от действащите здравноосигурителни каси. Така на практика са премахнати бюрократичните ограничения и се създават условия за **100% здравноосигурително покритие** на населението, живеещо на територията на Германия.

Вноските, постъпващи в социалното здравно осигуряване, покриват 57% от разходите в здравната система. Допълнително средства се вливат и от други социални фондове – 1,5% от пенсионната система главно за рехабилитационни услуги, 1,6% от осигуровката срещу трудова злополука, която изцяло се поема от работодателя, и 7,3% от допълнително въведената през 1995 г. осигуровка за дългосрочна социална и медицинска помощ. Държавните вноски възлизат на 4,9% от общите здравни разходи. Взето заедно, общественото финансиране в здравния сектор се равнява на близо три четвърти от разходите му. Едва една четвърт се покрива от частни източници.

---

<sup>5</sup> Федерална статистическа служба на Германия, <http://www.destatis.de>, 9.11.2010.

<sup>6</sup> Busse 2002, 48.



Домакинства финансират 13,4%, а частните здравни осигуровки са 9,5% от общите разходи в здравния сектор. Работодателите поемат отделно 4,3%. Дяловете на различните финансови източници на германската здравна система в периода от 1996 до 2008 г. са представени в таблица 1.<sup>7</sup>

Таблица 1. Източници на финансиране в % от общите разходи в здравната система на Германия за избрани години от периода 1996–2008 г.

Финансови източници на германската здравна система	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Данъци (в %)	10,8	8,1	7,9	6,3	6,2	5,3	4,9
Социална здравна осигуровка (в %)	57,4	56,7	56,9	58,3	56,2	56,9	57,5
Пенсионна осигуровка (в %)	2,4	1,7	1,7	1,6	1,5	1,5	1,5
Осигуровка срещу трудова злополука (в %)	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6
Осигуровка за дългосрочни медицински и социални грижи (в %)	4,9	7,0	7,2	7,6	7,5	7,4	7,3
<b>Сума на обществените финансови източници (в %)</b>	<b>77,2</b>	<b>75,3</b>	<b>75,5</b>	<b>75,6</b>	<b>73,2</b>	<b>72,8</b>	<b>72,8</b>
Потребителски такси (в %)	11,3	12,6	12,2	11,8	13,7	13,8	13,4
Частна здравна осигуровка (в %)	7,3	7,8	8,2	8,5	9,0	9,2	9,5
Работодател (в %)	4,2	4,2	4,1	4,1	4,1	4,3	4,3
<b>Сума на частните финансови източници (в %)</b>	<b>22,8</b>	<b>24,7</b>	<b>24,5</b>	<b>24,4</b>	<b>26,8</b>	<b>27,2</b>	<b>27,2</b>

Направена от автора по данни на Федералната статистическа служба на Германия, 2010.

Характерна особеност на здравната система на Германия е **осигуряването на универсален достъп** до качествени здравни услуги на населението. Неслучайно темата, която най-много се дискутира в здравната политика през последните няколко години, е **икономическата ефективност** на функциониране на системата. Всепризната е нуждата от ограничаване на разходите в здравеопазването, но без да се влошават качеството и достъпът до здравните услуги. На тези изисквания отговаря препоръката за отчитане на **разликата** и на **взаимната обусловеност** между техническата и разпределителната ефективност. **Техническата ефективност** се отнася до производствените процеси в медицинската практика и целта ѝ е да се постигне

<sup>7</sup> Busse 2002, 48

желаното качество с използването на възможно най-малко ресурси или да се постигне най-добрият възможен резултат на лечение при предварително зададено количество на налични за целта ресурси.<sup>8</sup> Но дори в системата на здравеопазването да се прилагат само технически ефективни терапии<sup>9</sup>, в днешно време е невъзможно всички те да бъдат финансирани. Затова целта на **разпределителната ефективност** е да направлява средствата и ресурсите при извършването на лечения, които ще допринесат възможно най-много за подобряване на здравето на населението.

Предмет на постоянно внимание в Германия са възможностите, които се откриват за избор на подходящи инструменти на регулативните дейности при предлагането на здравните услуги. Показателно е, че много често предпочитанията се насочват към инструменти на регулиране с **изразен ограничителен ефект**. Те имат за цел да намалят обема на свободностъпните здравни услуги за осигурената част от населението. Такива например са: пакетът на извършваните медицински дейности, платими от здравноосигурителните каси; формата и стойността на потребителските такси, както и въвеждането на списъци за реимбурсирани лекарствени средства от здравните каси.

Редица нововъведения произтичат и от идеята за формирането на т.нар. **солидарно финансиран пакет от здравни услуги**. Интересното тук е **значението, което се отдава на принципите и на ценностите, върху които се гради здравеопазването**. Когато икономическата ефективност е сравнително най-важна, солидарно финансираният пакет от здравни услуги е сравнително малък по обем. Ако справедливостта е застъпена по-силно, този пакет е с възможно най-широк обхват. В Германия поначало пакетът от здравни услуги се формира въз основа на **общественоприети принципи и ценности**, като основен е принципът на солидарността.

Като много полезен инструмент на здравеопазването се очертават и т.нар. **указания за терапия** (клинични пътеки). Това са препоръки, които служат за подобряване на процеса за вземане на решения в медицинската практика. Замисълът е да се предостави практически доказана ефективна терапевтична практика, при която се гарантира не само качеството, но и ефективността при използване на ресурсите. Този инструментариум се прилага при често срещани или хронични заболявания и понякога при редки или краткотрайни болести. Особено подходящ е при разпространяването на

---

<sup>8</sup> Sauerland 2002, 261.

<sup>9</sup> За повече информация вж. Hellbrück 1997, 77–78.

информация за нови методи на диагностика и на лечение. Тогава те стават достъпни не само за специалисти, но и за пациенти, като по този начин се дава възможност на пациентите да участват по-активно в процеса на вземане на решение за тяхното лечение.

## **ГЛАВА II. ГЕРМАНСКИЯТ МОДЕЛ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ – ЕВОЛЮЦИЯ, СТРУКТУРИ И РЕФОРМИ**

Тази глава е структурирана в три раздела:

1. Формиране и консолидиране на германската система на здравеопазване
2. Специфика на реформения процес
3. Основни приоритети и ключови параметри на реформена дейност в германското здравеопазване

Анализът в **глава втора** откроява в най-общи линии спецификата на германския модел на здравеопазване. Разкриват се причините и формите на неговото реформиране, обусловени от влиянието на значими национални икономически, социални и политически фактори и реалности.

В тази част на дисертацията се придава внимание и на **становищата на българските автори М. Попов и Е. Делчева** относно естеството на съвременните здравни реформи. По този начин се формира една методологична основа, която позволява в следващата трета глава на дисертацията да се пристъпи и към известен съпоставителен анализ на реформените процеси в Германия и в България.

Германската национална общност в стопанско и в културно отношение се развива като част от западноевропейската цивилизация. През XIX в. в рамките на тази цивилизация доминиращи позиции заема индустриалният начин на производство. Индустриализацията на Германия води до възникването на непознати трудово-здравни проблеми. С организацията на индустриалното производство се въвежда нормираният работен ден. Възниква проблемът за т.нар. работоспособност на индивида като условие за постигане и за поддържане на организационно и технологично обусловена производителност на труда. Появяват се и нови болестни състояния. Те вече не могат да се обяснят само с природата на човека и да се подлагат на лечение чрез методи на медицината, използвани преди появата на индустрията. Промисленото производство е свързано и с професионални травми, обусловени от използването на механични оръдия на труда, които заменят традиционния земеделски труд.

С бързи темпове се променя демографската и социалната структура на населението. В края на XIX в. половината от работоспособното население е заето в отраслите на промишлеността. Установява се наемният труд, доходите от който осигуряват съществуването на голяма част от населението. Разширява се списъкът и на проблемите, които имат отношение към здравеопазването на населението. Възникват нови форми на социална нужда и на здравни рискове, които работещите не могат да неутрализират със собствени средства. Това са: възрастта, бедността, безработицата, професионалните болести, инвалидността, липсата на квалификация, материалното осигуряване на семейството.<sup>10</sup>

В Германия протича и още един социален процес, който има специфични политически характеристики. Представителите на наемния труд пристъпват към създаването на собствени организации, като използват традиционните за германското общество **корпоративни принципи**.

Специфична е и ролята на държавата. Тя е насочена към развитието на здравните услуги и към поддържането на тяхното равнище чрез провеждането на **законодателно регламентирани здравни политики**. Този вид държавни здравни политики се използват и за провеждането на реформи в здравната система, инициативата за които произтича от държавата.

В законодателната дейност се въвежда **принципът на контингенцията**. В съответствие с него държавата получава правото да определя дяловото участие (разпределение) на наемния труд и на работодателите в социалноосигурителните вноски. По този начин държавата в Германия получава още една позиция, която ѝ позволява при необходимост да реагира на натиска на заинтересованите обществени среди и сили за провеждане на реформите в здравната сфера чрез приемането на съответни закони.<sup>11</sup>

Размахът на индустриалния напредък, силните позиции на работодателите и на наемните работници, политическите конфликти не само между тях, но и между двете конфесионални общности на католици и протестанти, налагат да се пристъпи към изграждането и към провеждането на **системна държавна социална политика**, чиято цел е просъществуването на германската нация в създадите се обществени условия. В имперска Германия с тази задача се заема канцлерът Бисмарк, на когото основателно се

---

<sup>10</sup> Rosenbrock 1998, 10.

<sup>11</sup> Уерц 2006, 193.

приписва заслугата за създаването на един от първите европейски модели на социална държава в края на XIX в.

Така фактически се създава **германският обществен модел на здравеопазване**. В началото на XX в. той се оказва под влиянието на една либерално-консервативна социална идея в здравната политика, характеризираща се с тясно дефинирано понятие за болест и виждаща основната си задача в лечебната дейност, без да обръща особено внимание на превантивната медицина. Тя е насочена към самия индивид, като не си поставя за цел да променя условията му на живот. Здравните услуги се използват за възстановяване на работоспособността на наемната работна ръка, а не за повишаване на качеството на живот на населението.<sup>12</sup>

В историческата еволюция на германската здравна система докторантката открояват **два етапа** – единия – на формирането на системата до Втората световна война, а другия – на консолидирането на здравната система в епохата на т.нар. германско икономическо чудо през първите десетилетия след Втората световна война. Непосредствено след края на войната съюзническите сили в Западната част предлагат план за реструктуриране на здравната система, който предвижда силно централизиране, подобно на английския модел. Това предложение не се приема от германските политици и от обществеността, които виждат в своята здравна осигуровка едно от малкото германски постижения, с които могат да се гордеят по онова време. Друга причина е желанието на консервативното правителство на К. Аденауер да се разграничи от социалната политика, провеждана от тогавашните ляво ориентирани правителства на Великобритания и на скандинавските страни. Това води до **запазване на структурите на социалното здравно осигуряване** в Западна Германия с разпределение на рисковете на социален и на професионален принцип.<sup>13</sup>

Въпросът за промяната на модела „Бисмарк“ се включва в обществения дневен ред през 60-те години. През 1962 г. Л. Ерхард лансира идеята за либерално реформиране на здравното социално осигуряване. Замисълът е правителството да реагира на нарастващия натиск върху публичните бюджети на разходите в системата на социалното осигуряване. Л. Ерхард апелира за „придържане към мярата“ и за обвързване на функционирането на социалното пазарно стопанство с нова формула за уреждане на болничната помощ.<sup>14</sup> Общественото противодействие обаче води до правителствена криза, която осуетява провеждането на замислената реформа. В

---

<sup>12</sup> Rosenbrock 1998, 13.

<sup>13</sup> Lindner 2003, 24.

<sup>14</sup> Бухщаб 2006, 113–115.

резултат на това **солидарният социалноосигурителен здравен модел** продължава да бъде в основата на организацията на германската система на здравеопазването и през следващите десетилетия на ХХ в.

Германската здравна система основно се **финансира от труда**, т.е. от заетата работна сила. В това е нейната специфика – социална, икономическа и управленска. Специфика, която прави системата силно зависима от състоянието и от промените в трудовата заетост на населението. Системата придобива сегашния си вид, когато започва да се финансира не само от доходите на работниците, но и от вноските на бизнеса. По този начин проблемите на финансирането на германската система на здравеопазване придобиват **макроикономически характер**. Те засягат сферите и на обществения труд, и на производството. Това е причината значителна част от здравните реформи да не се дължат на изоставането на Германия в медицинско отношение, а да се предизвикват предимно от икономически фактори и причини, които засягат непосредствено сферата на трудовата заетост.

Дисертантката приема, че здравните реформи в Германия винаги се предизвикват от сериозни обществени интереси и структурните промени се провеждат под натиска на увеличаващите се разходи в сферата на здравеопазването. Самото въвеждане на Бисмарковите социални закони става на фона на засилващата се индустриализация в страната, а непосредствен повод за това са протестите на работническото движение в онези години.<sup>15</sup>

По тези причини **основен приоритет** на реформената дейност в Германия става ограничаването на разходите на социалните здравноосигурителни каси, а не изобщо на разходите в системата на здравеопазването в страната. Във **фокуса на реформите** са инструментите с подчертано паричен, ограничителен или организационен характер.

Социалните и икономическите акценти на германския реформен процес следват най-общо политиките на социалната държава, която по принцип:

- помага в нужда и при бедност, като гарантира осигуряването на минимални средства, необходими за достойно човешко съществуване;
- гарантира социална сигурност срещу рисковете от трудова злополука, болест, преждевременна нетрудоспособност, безработица, остаряване и смърт на работещия в семейството;

---

<sup>15</sup> Weyel/Mühlhauser 2003, 5.

- се стреми към установяване на правно равенство, смекчаване на отношенията на зависимост и намаляване на различията в благосъстоянието на гражданите.<sup>16</sup>

При провеждането на реформени политики в здравеопазването на Германия обикновено се изхожда от **наличната структура**. Ефективността на исторически сраснали се институции и интереси **рядко се подлага на критичен анализ**. Главно се набляга на финансовите инструменти и на стимули за промяна в поведението на предлагачите и на търсещите здравни услуги. По-малко внимание се обръща на други инструменти, като създаване на нови институции, на норми, на въвеждане на нематериални стимули. Това се обяснява с подчертаната зависимост на германската система на здравеопазване от причини и от фактори от външен характер.

**Икономическата криза през втората половина на 70-те години** също става причина за въвеждането на ограничителни мерки заради растежа на разходите в здравния сектор. Основната цел на тези мерки е запазване на нивото на здравните вноски като стабилен процент от трудовите доходи. Затова в центъра на реформите заляга принципът разходите в сферата на здравеопазването да се ориентират по постъпилите в нея приходи (**разходопокривен принцип**).

Световната криза през 70-те години на миналия век води до увеличаване на безработицата и до намаляване на приходите в социалната здравноосигурителна система. Това е причината в рамките само на пет години – от 1970 до 1975 г., процентът на здравните вноски да се вдигне от 8,2% на 10,5%. По това време за първи път се появява и често срещаното днес в литературата понятие „**експлодиране на разходите в здравеопазването**”.

По наше мнение **реформената законодателна дейност** е подчинена на два определящи фактора:

- Свиването на здравните разходи, започнало след втората петролна криза от 1979 г., и последвалата я рецесия до 1990 г. Подобен е ефектът и на глобалната финансова криза от 2007 година.

- Търсенето на възможности за намаляване на разходите на солидарно финансираните здравни услуги, които се счита, че оскъпяват труда като производствен фактор и се отразяват неблагоприятно на конкурентоспособността на експортно ориентираната икономика на Германия и на заетостта в страната.

Всичко това задава **главната насока** на реформите в здравната система на Германия, а именно – **ограничаването на разходите за здравеопазване**.

---

<sup>16</sup> Lampert 2003, 4–14.

Здравноосигурителните каси и доставчиците на медицинска помощ се задължават да съдействат за провеждането на реформите, като не прибегват до увеличаване на вноските за здравна осигуровка. Това най-вече са реформи, които са свързани с реструктуриране на социалното здравно осигуряване, с амбулаторния и болничния сектор и със съкращаване на публичните разходи за лекарства. Усилията са насочени към повишаване на разходната ефективност на социалното здравно осигуряване.

Анализът на реформите, произтичащи от законодателната дейност на германската държава, показва, че в развитието на здравноосигурителния модел през последните тридесет години като най-съществена за неговата икономическа ефективност се приема **продуктивността**, която може да се увеличи с технологичната модернизация, с въвеждането на квазипазарни механизми и с регулирана конкуренция. Приема се, че така може да се запазва относително стабилно дяловото съотношение на здравните разходи към БВП. Голямо внимание се отделя на събирането на средствата, защото трудовите доходи намаляват, а разходите за здравеопазване се увеличават. В Германия този процес се оценява като труден, тъй като всяка промяна в начина на събиране на финансови средства означава коренна промяна в начина на мислене и на действия, формирани в продължение вече на столетие.

**В центъра на здравните реформи** са мерките, насочени към поддържането на постигнати стандарти и към повишаване на качеството на здравните услуги. В управлението на тези услуги най-голямо значение се придава на **осигуряването на достъпа на населението** до модерна и медицински ефективна здравна помощ. Спазването на тези принципи допринася за високата производителност на труда и за добрите здравни показатели на германското население.

Всичко това според нас позволява да се направи изводът, че здравните реформи в Германия като цяло са насочени към **формирането на здравна система от устойчив и ефективен тип**.

Същевременно като контрапродуктивни се очертават:

- Отмяната на точковата система за заплащане на лекарите от първичната медицинска помощ, което води само до увеличаване на разходите за същото качество и достъп на населението до нея.
- Въвеждането на потребителски такси с цел събиране на допълнителни финансови средства не от осигурените, а от болните, което противоречи на солидарния принцип, еманентен за германската социалноосигурителна система.



- Липсата на политическа воля за премахване на двойния стандарт в здравната система, като продължава да се поддържа статуквото на частната здравна осигуровка. По наше мнение нейното премахване и прибавянето на освободения по този начин финансов ресурс е решаващата крачка, която трябва да се предприеме, за постигането на финансова устойчивост в германската система в бъдеще.

- Възможността, предоставена на фармацевтичните фирми да сключват директни договори със социалните здравни каси и с доставчици на медицинска помощ за интегрирани форми на лечение. На фармацевтичните фирми се разрешава да доставят лекарства с отстъпки на болници и на здравни каси за дадено лечение. Пациентите, които постъпват за лечение, получават медикаментите само на съответната фармацевтична фирма независимо от това, дали предлаганата терапия е най-добра за тях. Особено доходносно за договорните партньори е лечението на болни от рак пациенти, химиотерапията на които струва близо 100 хил. евро. Твърде вероятно е тази позиция на фармацевтичните фирми да се узакони под формата на „договори за интегрирано медицинско обслужване”.<sup>17</sup>

Покачването на частните разходи на пациентите за лекарства заради въведеното доплащане за генерични лекарства. Съгласно Закона за лекарствата от 2010 г. здравните каси могат да налагат едностранно 16%-но намаление на цените на аптеките вместо досегашното 6%-но намаление. Социалните каси реимбурсират на аптеките само цената на най-евтиното възможно генерично лекарство от множество медикаменти с подобно въздействие. Ако по рецепта или по препоръка на фармацевта пациентът получи по-скъпо генерично лекарство, той трябва да доплати разликата в цената.<sup>18</sup>

### **ГЛАВА III. ВЪВЕЖДАНЕ НА ДОБРИ ПРАКТИКИ ПРИ РЕФОРМИРАНЕ НА НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СИСТЕМИ**

Глава трета се състои от четири основни раздела:

1. Международно представяне на ефективността на здравните системи
2. Разработване на методи за сравнителни анализи и препоръки
3. Здравната реформа в България през призмата на германския опит

---

<sup>17</sup> Lauterbach 2010, 4.

<sup>18</sup> Lauterbach 2010, 2.

#### 4. Реформени инструменти от опита на Германия, подходящи за прилагане в българската здравна реформа

Водещо значение за анализа в **глава трета** се придава на изследванията, произтичащи от факта, че през 90-те години на XX в. здравните системи в много държави преминават през значителни реформи. В реформите се набляга върху дейността на икономическите институции и върху търсенето на икономически стимули за ограничаване на разходите и за разпределение на ресурсите. Тази ориентация е продиктувана от нарастващото ползване на здравни услуги, произтичащо от застаряването на населението и от увеличаващите се разходи, свързани с повишения интерес към прилагане на нови медицински технологии.

На този фон релефно се открояват **две тенденции** в ролята на националните здравни системи. Здравословното състояние на населението, равнището и качеството на здравните услуги са въпроси, които се решават в рамките на националния обществен живот. Тази зависимост се доказва и при анализа на здравните реформи в Германия. Същевременно реформеният процес и в Германия се оказва под силното влияние на глобализационния контекст на извършващите се здравни реформи.

Разкриването на **логиката на взаимодействието** на тези тенденции позволява диференцирано и реалистично да се определят темите и подходите, отнасящи се до заимстването на определени елементи от германския реформаторски опит. Защото тази логика намира израз в разработване на **концептуални конструкции**, предназначени поначало за дефиниране и за препоръчване на **управленски решения** и на **добри практики** за провеждане на съответните национални здравни реформи.

Това обяснява използването на определението на СЗО за здравната система, разгледано вече в глава първа. Причината за това е, че посоченото определение е подходящо и при избора на критерии за сравнение на националните здравни системи, тъй като позволява да се вземат предвид всички действия, които допринасят за поддържането или за подобряването на здравното състояние на хората от дадена страна. Позицията на СЗО, изразена в публикацията „**Световен доклад за здравето 2000**“, е, че може да се говори за три общи реформени цели, съдържанието и претеглената стойност на които са следните:

1. Подобряване на здравето на нацията (увеличаване на средната продължителност на живота и намаляване на неравенствата в достъпа до здравна помощ) – претеглена стойност, равна на 50%;

2. Удовлетворение на потребителските нужди (достойно отношение към пациентите, които сами определят дали искат да получат медицинска помощ и намаляване на времето за чакане, както и увеличаване на качеството на медицинската помощ) – претеглена стойност, оценена на 25%;

3. Справедливо финансиране (всяко домакинство участва във финансирането на системата според индивидуалните му финансови възможности) – претеглена стойност, равна на 25%.<sup>19</sup>

Ранжирането на целите не е случайно. То съответства на разпространеното и в политическите, и в научните среди мнение, че не е възможно всички цели в здравната система да се преследват еднакво ефективно. Изкуството на управлението се състои в това те да могат да бъдат комбинирани по възможно най-добрия начин и необходимите компромиси да се сведат до минимум.

Посочената публикация е важна, тъй като предлага и някои показателни сравнения за състоянието на здравните системи в Германия и в България. Според изработения каталог от критерии и показатели в ранглистата на СЗО германската здравна система се нарежда на 25-о място, а България – на 102-ро от 191 категоризирани страни.<sup>20</sup>

Прекараните в здраве години в Германия са средно 70,4 години. Това я нарежда на 22-ро място. България заема 60-о място с показател от 64,4 години.

По разходите за здраве на глава от населението Германия се нарежда след САЩ и Швейцария на трето място, докато България остава на 96-о.

За целите на анализа в тази глава на дисертационния труд се използват още и **Талинската харта, и Европейският здравен доклад на СЗО**. По-конкретно, страните, подписали Талинската харта, между които са България и Германия, споделят общата воля:

- да се застъпват за солидарност, равенство и съучастие чрез всички здравни политики при разпределението на ресурси и други действия, като специално внимание се отделя на бедните и на други уязвими групи;
- да инвестират в здравните системи и в други сектори, имащи отношение към социално-икономическото развитие и към здравето на човека;
- да насърчават международното сътрудничество и положителното заимстване на здравни реформени мерки, доказали се на национално и на регионално ниво;

---

<sup>19</sup> WHO 2000, 31.

<sup>20</sup> WHO 2000, 200–202.

- да подготвят здравните си системи за реакция в кризисни ситуации и др.<sup>21</sup>

В този план внимание се придава на **метода benchmarking**. В аналитичен аспект терминът „**benchmarking**” се използва за сравнение между здравни системи в **международен мащаб**, целта на което е размяната на информация за начина на функциониране на съответни звена с цел да се намерят най-добрите приложения. Процесът на сравнение протича в три етапа: първо се събират данните, които ще служат за сравнение. След това се прави самото сравнение, за да се излъчват най-добрите решения за всяка група критерии и фактори. Накрая се анализира възможността за прилагането на номинираните варианти в рамките на други национални здравни системи.<sup>22</sup>

Този подход получава все по-голяма популярност и в политическите среди. В САЩ например през 2005 г. се сформира комитет от експерти, които анализират здравните системи на различни държави и ги ранжират в съответствие с удовлетвореността на пациента и доболничната помощ. С най-добри показатели в Европа е Дания. Германия е лидер по качество на болничната помощ, а Холандия и Великобритания са първенци в прозрачността при отчитане на данни за качеството.<sup>23</sup>

Идентифицираните „първенци” се препоръчват като пример на правителствата както при формулиране на стратегическата ориентация на здравната политика, така и при провеждането на частични реформи. Особеното в този подход е, че сравнението се извършва от експерти и от учени по поръчка на политически кръгове. Това гарантира в по-голяма степен възможността съпоставителните анализи, извършвани предимно за научни цели, да съдържат и практически препоръки.<sup>24</sup>

Докторантката приема, че реализирането на задачата да се покаже какво би могло да се **заимства от германския опит за здравната реформа в България** предполага отчитането и спазването на всички тези методологични изисквания. Защото от тях произтича водещото значение на обстоятелството, че германският опит би могъл да се вписва в общия замисъл на българската здравна реформа. И още, че онова, което се предлага, следва да има отношение към нейното по-нататъшно провеждане. Всяка препоръка следва да се основава на постигнатото, без да налага преосмисляне както на целите на реформата, така и на хода на протичащия понастоящем реформен процес в България.

---

<sup>21</sup> WHO Europe 2005, 1–5.

<sup>22</sup> Wente/Vauth 2003, 2.

<sup>23</sup> Veillard et al. 2009, 666.

<sup>24</sup> Veillard et al. 2009, 667.

Тези съображения са важни, тъй като реформата на здравеопазването в България естествено се възприема като съставен елемент от общия процес на обществените, на политическите и на социалните промени от началото на 90-те години. Изследванията на българската реформа основателно поставят акцента върху **радикалния характер** и на нейните цели, и на начина на провеждането ѝ. Реформата, започната през 90-те години, е замислена като смяна на съществуващата дотогава система на здравеопазването, обобщен израз на която е моделът „Семашко”.<sup>25</sup>

Първоначалните „впечатляващи” резултати от здравната реформа имат определящо значение за негативното възприемане на реформения процес през настоящия **трети етап**, започнал след 2001 г. Налице е сериозна поляризация в оценката на действията, които се предприемат от поредните правителства. Формира се убеждението за отлагане и за забавяне на радикалната реформа по конюнктурни политически и партийни съображения. Засилват се и масовите обществени настроения срещу здравната реформа, която се възприема като нереалистично замислена и неотговаряща на очакванията за повишаване на здравния статус на населението.

Затова според нас онова, което следва да се приеме като база за анализ и оценка е, че общата насоченост на реформения процес се запазва. Забавянето на темповете на реформата, отлагането на замислената приватизация на болничните заведения и създаването на конкурентна пазарна среда в сферата на здравеопазването следва да се разглеждат и като обективно обусловени тенденции. **В България се наблюдава една характерна за радикалните реформи ситуация.** При този тип реформи неизбежно настъпва моментът на осмисляне на извършеното и на предприемане на действия, които позволяват да се постигне по-голяма синхронност и ефективност във функционирането на създадените нови структури.<sup>26</sup> По-нататъшното реализиране на реформаторските намерения изисква диференцирано отношение към онези преходни резултати, които могат да се разглеждат като съставен елемент на продължаването на радикалната реформа.

Изразеното авторско становище се обуславя от няколко констатации. Водещо значение се придава на начина, по който се концептуализира поначало здравната реформа в България. Тази реформа се обвързва не с една, а с две генерални цели. Едната – подобряването на здравословното състояние на нацията. Другата – радикалното преустройство на здравната система, което включва и промяна на

---

<sup>25</sup> Кулаксьзов и колектив 2003, 8–10.

<sup>26</sup> Уилямс 2001, 27–28.

нормативната база на собствеността на нейните институции, и създаване на пазарна среда за функциониране на здравните услуги. Зависимостта на първата от втората цел извежда необходимостта и както е прието да се казва – необратимостта на българската здравна реформа. Но от това далеч не следва, че пазарната реформа може да се превърща в самоцел на българското здравеопазване. Защото и по време на нея, и след нея е в сила и **остава универсалната цел на здравната система – подобряването на здравословното състояние на българската нация.**

Настоящият трети етап на реформата реално е обвързан с изискването за формиране и провеждане на **конвергентни реформени политики.** В подкрепа на изразеното становище може да се посочи активизирането в момента на аналитичната дейност, свързана с осмислянето на връзката между постигнатото и онова, което следва да се предприеме по-нататък. Връзка, която по категоричен начин извежда значимостта на разработки и предложения, които интерпретират възможностите за ефективно решаване на проблемите в двата реално обособени сектора на здравеопазването – обществения и частния. Впечатляваща е появата на много разработки, третиращи стратегически въпроси, засягащи реформата. Показателно е, че в тях се очертава и едно времево продължение на третия етап до 2013, респ. 2015 г.<sup>27</sup>

Предвид на това **досегашният ход на българската реформа** от първо приближение може да бъде съотнесен към германския опит, като се отчитат няколко особености:

- От развитите европейски държави единствено бившата ФРГ се оказва пряко засегната от процесите на преход в Източна Европа след 1989 г. Нейното поредно обединение се осъществи чрез въвеждането на обществената система на Западна Германия в бившата ГДР. Това обстоятелство силно ограничава възможностите за ползване на опит, показателен за трансформиране на сферата на здравеопазването в останалите източноевропейски страни, респективно и в България.

- Реформеният процес в Германия предполага приемственост в политиката и в частност – в здравната политика на страната. България от началото на демократичните промени, въпреки задълбочаващите се проблеми на финансирането на здравната помощ

---

<sup>27</sup> Това становище на докторанта се основава върху прегледа на следните документи: Национална програма за реформи (2011–2015 г.), Проект за устойчиво развитие на РБ, част 5 – Обществено здраве, Концепция за по-добро здравеопазване в България 2010–2015 г., Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции, Предложение за изменение и допълнение на националните оперативни програми с цел използването на Структурните фондове на ЕС като инструмент за финансиране на здравеопазването през 2007–2013г., Осигуряване на качеството и медицински одит – необходимост от политика на национално ниво, Стратегия 2010–2015 г.

и ограничаването на достъпа на големи части от населението до нея, няма единна и дългосрочна здравна политика.

- След приемането на основните закони в здравеопазването до 2005 г. промените се извършват предимно чрез постановления на Министерството на здравеопазването, а не със закони, гласувани от парламента. Така се избягват политическият и общественият дебат в страната – една съществена разлика с германската реформена практика.

- В България са възстановени съсловните организации. Но те далеч нямат онова силно влияние върху управлението на системата и реално участие в реформите, както е при корпоративно устроената здравна система на Германия.

- Един основен, но все още нерешен проблем в България, е високата несъбираемост на здравните вноски. Недопустимо състояние, което вместо да намери политическо и административно решение, продължава да се задълбочава за сметка на здравето на българското население.

Същевременно с въвеждането на социалното здравно осигуряване, което възпроизвежда основния принцип на модела „Бисмарк“, и разделението на финансите за първична медицинска и болнична помощ, на **първ поглед възникват и проблеми, подобни на тези в Германия**. Но моделът „Бисмарк“, дори и предпочетен по обясними причини, отново не може да се възприема като традиционна основа на българското здравеопазване. Той е един от структурноконститутивните елементи на радикалната здравна реформа. Защото чрез него през втората половина на 90-те години фактически се пристъпва към преструктуриране на сектора на здравното осигуряване, на общото финансиране на здравната система и на достъпа до здравните услуги.

- В България финансирането на здравеопазването и заплащането на здравните услуги започват да се извършват от средствата, събирани чрез задължителното здравно осигуряване. Тези средства далеч не са достатъчни за покриване на системните разходи и за задоволяване на желанието на пациентите.

- Функционирането на модела налага промени в управлението на здравния сектор; предполага наличието на общественоосигурителна институция – НЗОК за България. Възниква потребност и от създаването на принципи и на правила, чрез които се извършва **публично-договорното разпределение** на ресурсите и на услугите, предлагани срещу тях. Защото поначало в основата на публично-договорния модел е задължителното участие на населението като гаранция за спазване на здравните права на хората и за предоставяне на универсални здравни услуги.

Опитът на Германия показва, че **при избора на реформените инструменти и механизми за регулиране** е препоръчително да се спазват някои изисквания:

- Да се проучи обстоятелствено как въпросният инструмент е използван в други държави и как е въздействал на останалите елементи от тяхната здравна система.
- Да се направи анализ на приспособяването на инструмента към новите национални условия, за да се установи необходимостта от прилагането на допълнителни мерки за неутрализиране на евентуално нежелани последствия, които биха настъпили наред с желаните ефекти.
- Механизмът да се приложи в практиката първо пилотно и да се въведе едва след положителна оценка на експерти и на участници в предлагането на здравната услуга.
- Да се даде време на участниците да свикнат постепенно с промените и да приспособят поведението си към тях. Едновременно с това да се акцентира и върху онези стимули, които те ще получат при действителното настъпване на предвидените положителни ефекти.

Всичко това изисква да се поддържа **постоянен диалог** с участниците в процеса: лекари, здравноосигурителни каси и пациенти. Необходимо е внимателно да се отчитат направените препоръки, които след това да се регламентират законодателно.

На идеята за възможно най-уместното прилагане на германския опит по замисъл е подчинена задачата за създаване на експертна база от мнения и оценки. Във връзка с това **проведеното от дисертантката изследване** търси отговор на въпроса, доколко участниците в българската здравна реформа са заинтересувани от положителния опит, постигнат със здравните реформи в Германия. В проучването български учени, специалисти и политици, активни в здравната система, са поканени да дадат експертна оценка на това, дали според тях реформени инструменти във вида им или начина им на използване в Германия биха могли да намерят приложение и да дадат конкретни резултати и в условията на България.

Изследването позволява да се открият няколко момента.

- В синхрон с общите тенденции и в България интересът към опита на други държави с провежданите от тях реформи на здравеопазване е голям. Макар с течение на времето Германия да е загубила водещите си позиции, интересът към здравните политики, провеждани в нея, продължава да съществува.
- **Опитът на Германия е най-вече ценен** заради последователността и солидната подготовка при вземане на решения за реформиране на системата.



Експертите и политиците в България са впечатлени от дълбочината на изследванията и широко водената политическа и обществена дискусия преди провеждането на промени, с което се гарантират общественият консенсус и волята за тяхното успешно прилагане.

Показателни са и редица **критични мнения и оценки**.

Единно е мнението на интервюираните относно липсата на стратегия за развитие на здравеопазването в България. Споделена е и оценката им за този открояващ се недостатък на българската здравна реформа.

Научните работници, експертите и политиците считат, че на първо място при провеждането на реформи в българското здравеопазване трябва да бъде съблюдаван критерият за достъп на населението до качествени здравни услуги.

Експертите и политиците, участващи в реформирането на българската здравна система твърдят, че в България има експерти добре запознати с реформените практики, прилагани в Германия. Това мнение се потвърждава от интервюираните, ползващи немски език и немскоезична научна литература. Политиците получават слаба оценка за информираността им за реформените практики в Германия.

Ясно се оформя и общосподеленото мнение по адрес на още една особеност за България, а именно – липсата на интерес и на култура за обучение на кадрите, участващи в реформирането на здравната система.

Мненията и препоръките, дадени от български експерти и политици по време на интервютата, позволяват да се обобща, че в България преди всичко е нужно да се постигне **обществен консенсус** за целите, преследвани със здравните реформи, да се даде по-голяма публичност на прилаганите национални здравни стратегии и да се обърне внимание на необходимостта от постоянно обучение на административните кадри, заети в системата.

От тази позиция, в заключителната част на глава трета, се пристъпва към решаването на задачата какво от германския опит е подходящо и за българските условия.

В изследването са изведени няколко **реформени инструмента от регулативен характер**, а именно:

- диагностично свързаните групи (ДСГ);
- механизмът за разпределение на структурните рискове;
- задължителният пакет от здравни услуги, реимбурсирани от социалната здравна осигуровка и
- програмите за хронично болни .

Изборът на препоръчаните инструменти се основава на факта, че това са регулативни инструменти, необходими за системата на здравеопазването, **които в самата Германия до голяма степен са заимствани от опита на други държави.** **Факт, който сам по себе си** представлява оценка за тяхната ефективност и възможност да бъдат приложени и за целите на по-нататъшното реформиране на българската система на здравеопазването.

В Германия тези инструменти са избрани с оглед на водещите идеи при провеждането на здравните реформи, а именно – задържане на темпа на увеличаване на разходите в сферата на здравеопазването и евентуално тяхното намаляване при условие, че това не засяга качеството на предлаганите здравни услуги и не води до влошаване на здравното състояние на населението.

**Аргументите за препоръчването** на посочените добри практики са следните:

- При евентуално въвеждане на диагностично свързани групи като метод за заплащане в болниците в България може да се постигне повече прозрачност и икономии на разходите в болничния сектор.

- Възможно е да се вземе отношение към подновената дискусия за въвеждането на задължително допълнително осигуряване или избор за осигуряването в различни здравни каси на гражданите на Република България. При положение че се стигне до законов акт в този смисъл, или се пристъпи към осъществяването на тристълбовото финансиране с въвеждането и на допълнително доброволно здравно осигуряване, би било полезно в България да се въведе механизъм за разпределение на структурните рискове, подобен на този в Германия.

- Задължителен пакет от здравни услуги, реимбурсиран от социалната здравна осигуровка, се прилага и в българската здравна система. От начина на приложението му в Германия обаче може да се почерпи опит за осигуряването на универсален достъп на населението до нужните здравни услуги. По примера на Германия основният пакет от реимбурсираните от социалните здравни каси здравни услуги трябва да бъде възможно най-обширен, а решението за ограничаването му да се взема от медицинския персонал според нуждите на населението от здравни услуги. В България се използват значително количество ограничителни инструменти, които допълнително намаляват достъпа на населението до здравни услуги, макар да може да се твърди, че до момента пакетът на реимбурсираните от НЗОК здравни услуги също е широкодефиниран.

Прилагането на тези инструменти изисква да се отделя специално внимание на **механизма на разпределение на структурните рискове.** Ако сегашната финансова

система в българското здравеопазване бъде запазена, прилаганият до момента механизъм може да е достатъчен, за да се неутрализират структурните ефекти от демографско и от икономическо естество. Но в случай, че се въведат нови финансови актьори като частни задължителни, било то и само допълнителни здравни осигуровки, единствено използването на подобен като в Германия механизъм може да гарантира осигуряването на целите за достъп на цялото население до качествени здравни услуги. Разбира се, както и всеки друг чужд опит, той трябва да бъде предварително приспособен към нуждите и към структурните особености на българската здравноосигурителна система.

Съдейки по опита на Германия, централизираното управление на финансовите средства – било чрез въвеждането на механизъм за тяхното преразпределение или на институция като Здравния фонд, е необходимо, за да се осигури универсален достъп до здравна помощ на цялото население на страната. Проблематично в Германия е неучастието на 10% от обществото в този модел. Но за разлика от България тези 10% са частно здравноосигурени лица и се ползват с големи привилегии при достъпа до бърза и висококвалифицирана медицинска помощ. В България проблемът е, че има над един милион неосигурени лица въпреки задължителния характер на здравната осигуровка. Това е изключително сериозен проблем, свързан с необходимост от реформи, които да способстват за увеличаване на събираемостта на здравните вноски, за намаляване на дела на сивата икономика в страната, но и на безработицата и на ниското заплащане на труда в България.

Що се отнася до програмите за хронично болни в България, е събран многогодишен опит с диспансерите за пневмо-фтизиатрични, за онкологични, за кожно-венерически и за психични заболявания.<sup>28</sup> Действащи са и няколко национални програми като тази за ХИВ болните и ограничаване на остеопорозата в България. Прилаганите вече мерки и програми в България могат да се обогатят и съчетаят с опита, събран с програмите за хронично болни в Германия. Това се отнася най-вече за диабетите и сърдечно болните в страната.

Положително влияние за разпространението на подобни на програми за хронично болни в България може да изиграят семейните лекари, като насочват хронично болните пациенти към подходящите за тях програми. Препоръчително е

---

<sup>28</sup> Министерство на здравеопазването, <http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=423&currentPage=2&categoryid=854>, 27.01.2011

подобни мерки да бъдат взети колкото е възможно най-бързо, защото освен прилагането на модерно и последователно лечение програмите за хронично болни осигуряват повишаване на трудоспособността, качеството и продължителността на живота на хронично болните. Резултати, желани както за хронично болните пациенти, така и за икономиката на страната, и в полза на цялото общество.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**В заключението** за по-голяма прегледност обобщенията и оценките са тематично обособени в две части.

В първата част акцентът се поставя върху основния обект на изследването – системата на здравеопазване в Германия.

Втората част съдържа констатации и препоръки, визиращи възможното използване в България на прилагани в Германия реформени инструменти.

Анализът най-общо **аргументира тезата**, че през последните тридесет години здравната система на Германия е подложена на постоянно трансформиране. Осъществен е и опит за възможно най-цялостно представяне на микротезите за влиянието на рамковите условия на здравеопазването върху реформите и на възможностите за заимстване и прилагане на чужд реформен опит; за структурната и ценностната стабилност на здравната система в Германия в променящите се глобални условия; за хода и за насоките на реформите в нея; за начина на извършване на здравната реформа в България и на възможностите за използване на германския реформен опит.

**Основният извод от анализа е: реформирането на здравната система в Германия по принцип се ориентира към регулиране на финансирането и към институционалното възпроизводство на солидарния здравноосигурителен модел на здравеопазването. Реформа от радикален тип, която поставя под съмнение този модел и пристъпва към неговото трансформиране, досега не е провеждана. Явно моментът за смяна на социалносолидарния модел на финансиране в Германия все още не е настъпил.**

Анализът на хода на здравната реформа в България дава основание да се предложат на вниманието на научната и експертната общност няколко инструмента от регулативен характер, които биха могли да се използват за целите на по-нататъшното провеждане на българската здравна реформа.

#### IV. ПРИНОСНИ МОМЕНТИ В ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Представени са водещи глобални тенденции в сферата на институционалната организация и на финансирането на здравните услуги. Конкретизиран е начинът на тяхното въздействие чрез проследяване на консолидирането и реформирането на системата на здравеопазване в Германия в края на XX и началото на XXI в. За целта са използвани концептуални, структурни и функционално-системни подходи, чрез които се разкрива и обосновава влиянието на вътрешните и външните фактори върху реформирането на германската система на здравеопазване.

2. В съответствие с поставените задачи се проследява възникването и еволюцията на един устойчив обществен модел на здравеопазване – модела “Бисмарк”. Във фокуса на анализа е фундаменталната роля на германския социален здравноосигурителен модел за формирането и за действието на публичните финансови институции и инструменти, които гарантират качеството на медицинските услуги и универсалния достъп до тях. Аргументирана е тезата за адаптивността на този модел към влиянието на различни интереси и сили от икономическо, от техническо и от политическо естество.

3. Открит е нов подход в сравнителните изследвания на здравните системи, отнасящ се до анализа на ефективността на медицинските услуги и на икономическите инструменти, които се квалифицират и препоръчват като добри практики за развитието на съвременното здравеопазване. Доказателство за перспективността на подхода е използването на практики от този тип при реформирането на здравните услуги в Германия през последните години.

4. Представени са резултатите от проучване, проведено чрез дълбочини интервюта. Идеята на проучването е установяване на нагласата на български учени и политици, пряко ангажирани с реформата на българското здравеопазване, относно използването на чужд опит и по-конкретно на опита на Германия. От германската реформена практика са изведени конкретни препоръки от инструментален характер, които биха могли да намерят приложение при провеждането на бъдещи реформи в българското здравеопазване. Това са: диагностично свързаните групи, механизмът за разпределение на структурните рискове, задължителният пакет от здравни услуги, реимбурсирани от социалната здравна осигуровка и програмите за хронично болни.

## **V. СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

1. Горанова, Б. (2007). Здравните реформи в Германия през последните десет години". в: сп. „Икономически алтернативи”, София, УНСС, бр. 3 (80), с. 71–86.
2. Горанова, Б. (2008). Начини на финансиране на достъпа до здравни услуги, в: Юбилейна национална научна конференция "Висше образование, личностна реализация и обществен просперитет". Колеж по икономика и администрация, Пловдив, 7. ноември 2008 г., с. 169–185.
3. Горанова, Б. (2009). Регулиране на системите на здравеопазване в Европа, в: Юбилейна международна научна конференция "Публична администрация – предизвикателства и перспективи". 10 години специалност "Публична администрация", 30–31 октомври 2008 г. – Университетско издателство "Стопанство", с. 183–188.