

Правото на избор на здравноосигурителен фонд: сравнителен преглед на държавите-членки на ЕС*

The right to choose health insurer: A comparative review of the EU Member States' experiences

Александър Попов¹, Кристиян Калудов¹,
Мехнур Салиева¹, Антония Димова²

¹ Студенти в бакалавърска програма по здравен мениджмънт, Медицински университет – Варна

² Доцент в Катедрата по икономика и управление на здравеопазването,
Медицински университет – Варна

Alexander Popov¹, Kristian Kaludov¹, Mehnur Salieva¹, Antoniya Dimova²

¹ Students at Healthcare Management Bachelor Program, Medical University – Varna

² Associate professor at Health Economics and Management Department, Medical University – Varna

Резюме: Въведение: Монополният статут на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) в България се възприема като един от основните проблеми на здравната система в страната. Липсата на право на гражданите да избират фонд за социално здравно осигуряване (СЗО) се възприема като слабост на системата сама по себе си. Основвайки се на това разбиране, всички основни политически сили поставят като приоритет демонополизирането на НЗОК. Целта на настоящото изследване е да се проучи опитът на другите страни в ЕС в търсене на отговор на въпроса дали липсата на свободен избор на фонд за СЗО може да бъде проблем на здравната система сам по себе си.

Материали и методи: Извършен е сравнителен анализ на системите за СЗО в Европа. На базата на информация от Европейската обсерватория за здравни системи и политики европейските страни, в които съществува здравноосигурителна система, са класифицирани в две групи: 1. страни, в които гражданите нямат право на избор на фонд за СЗО, и 2. страни, в които такъв избор съществува. Двете групи страни са сравнени по отношение на брой население, здравни разходи и удовлетвореност на гражданите, като са използвани данни от Eurostat Database и Health Consumer Powerhouse index за 2017 г.

Резултати: Шестнадесет държави-членки на ЕС имат системи на здравно осигуряване. Гражданите нямат право на избор на фонд за СЗО в 11 от тях (група 1). Осем от страните в група 1 и 2 от страните в група 2 имат население по 10 милиона жители. През 2015 г., здравните разходи на глава от населението варират между 865 PPP€ (в Румъния) и 4 131 PPP€ (във Франция) в група 1 и между 1612 PPP€ (Словакия) и 4 113 PPP€ (Германия) в група 2. Публичните разходи за здравеопазване като дял от общите разходи също варират в широки граници и в двете групи страни. И в двете групи има страни с много високи оценки на здравните си системи (над 700 точки) за 2017 г., съгласно потребителската оценка по системата на European Health Consumer Index.

Заклучение: Свободният избор на фонд за СЗО не може задължително да се свърже нито с величината и структурата на разходите за здравеопазване, нито с потребителската оценка на здравната система. Монополният статут на НЗОК не може да се възприема като непосредствен и единствен недостатък на здравната система, а за изследването на причините за неефективността и незадоволителното функциониране на здравната система в България следва да се прилага комплексен подход.

Ключови думи: здравно осигуряване, избор на осигурител, ЕС, България

Abstract: Introduction: The monopoly status of the National Health Insurance Fund in Bulgaria is considered to be a major problem of the healthcare system in the country. The absence of a right by the citizens to choose a fund for social health insurance (SHI) is perceived as a weakness of the system itself. Taking this into account, all major political par-

* Статията представя пълния текст на доклад от Юбилейната секция по здравен мениджмънт, проведена в рамките на Черноморския симпозиум за млади учени в областта на биомедицината през 2018 г. Резюмето на английски език е публикувано в Scripta Scientifica Vox Studentum, Vol 2 (2018): Suppl.1. Abstracts of the Sixth Black Sea Symposium for Young Scientists in Biomedicine (BSYSB), April 12-15, 2018, Varna. Докладът е удостоен с награда за победител на юбилейната сесия.

ties prioritize the demonopolisation of the NHIF. The aim of this study is to address the question whether the absence of a free choice of a SHI fund could be a shortcoming of the healthcare system.

Material and methods: A comparative analysis of the SHI systems across Europe has been performed. Based on information from the European Observatory on Health Systems and Policies, countries are classified into two groups: 1. countries with absence of a free choice of a SHI fund, and 2. countries where people are free to choose the insurer. Data on countries' population, health expenditure, and citizens satisfaction with the health systems is extracted from the Eurostat Database and the Health Consumer Powerhouse index for 2017.

Results: Sixteen EU countries have a SHI system. Citizens have no right to choose a SHI fund in 11 of them (group 1). Eight of the group 1 countries and one of the group 2 countries have population under 10 million. In 2015, health expenditure per capita varied between 865 PPP€ (in Romania) and 4 131 PPP€ (in France) in the 1st group and between 1612 PPP€ (Slovakia) and 4 113 PPP€ (Germany) in the second group. SHI expenditure as a share of total health expenditure varies widely within the two groups as well. In both groups, there are highly ranged health systems according to the European Health Consumer Index for 2017 with a total score above 700.

Conclusion: The free choice of a SHI fund does not seem to influence either the health expenditure size and structure or citizens satisfaction with the health system. The monopoly status of the NHIF in Bulgaria cannot be perceived as an immediate and ultimate shortcoming of the healthcare system and the search for the causes of ineffectiveness and poor performance of the system should take a more complex approach.

Key words: health insurance, choice of insurer, EU, Bulgaria

Въведение

Монополният статут на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) в България се възприема като един от основните проблеми на здравната система в страната (Димова, Попов, Рохова, 2007; Костадинова, 2007). Липсата на право на гражданите да избират фонд за социално здравно осигуряване (СЗО) се възприема като слабост на системата сама по себе си. Основавайки се на това разбиране, всички политически сили (освен една), участвали в последните парламентарни избори през 2017 г., поставят като приоритет в предизборните си платформи демонополизирането на НЗОК. Тази цел е застъпена в последващата управленска програма на правителството до 2021 г. (МС, 2017).

Целта на настоящото изследване е да се проучи опитът на другите страни в ЕС в търсене на отговор на въпроса дали липсата на свободен избор на фонд за СЗО може да бъде проблем на здравната система сам по себе си.

Материали и методи

Извършено е проучване на видовете здравни системи, които имат европейските страни, на базата на публикациите на Европейската обсерватория за здравни системи и политики от серията Health Systems in Transition, представлящи анализи, посветени на отделните държави. Основно в изследването са обхванати държави-

те-членки на ЕС. Като резултат от този преглед са селектирани всички страни в ЕС, в които функционират здравноосигурителни системи. За допълнение на по-нататъшния анализ беше включена и Швейцария, чиято здравна система също е здравноосигурителна. Всяка от тези страни по-нататък е проучена във връзка с това дали гражданите могат да избират фонд за задължително здравно осигуряване, или такова право на избор липсва. За тази цел е използвана актуална информация от Мрежата за изследване на здравните политики (Health System Policy Monitoring, HSPM) на Европейската обсерватория за здравни системи и политики. Страните, включени в анализа, са класифицирани в две групи: първа група страни, в които гражданите нямат право на избор на фонд за СЗО, и втора група страни, в които такъв избор съществува. Страните във всяка от двете групи са сравнени по ключови показатели, които имат отношение към функционирането на здравната система. Анализирани са данни за брой население, здравни разходи, публични и частни, на глава от населението и като дял от общите разходи и оценка на гражданите за здравната система в съответната страна. Сравнителният анализ се основава на данни за съответните показатели от WHO Global Health Expenditure Database и Eurostat. Относно потребителската оценка е използван индексът на Health Consumer Powerhouse за 2017 г.

Резултати

Шестнадесет страни-членки на ЕС и Швейцария имат системи на здравно осигуряване. В някои от тях (напр. Белгия, Румъния, Чехия) има само по един публичен фонд за здравно осигуряване, аналогичен на НЗОК в България, но независимо от това гражданите могат да избират фонд, в който задължително да се осигуряват (напр. Белгия). В други страни, независимо от факта, че съществуват повече от един фондове за здравно осигуряване, гражданите нямат възможност да избират, а се прилага териториалният принцип (напр. Австрия). Поради това класификацията на страните е направена на базата не на това колко фонда има в съответната страна, а въз основа на правото на гражданите да избират фонд за СЗО. Гражданите нямат право на избор на фонд за СЗО в 11 страни: Австрия, България, Естония, Литва, Люксембург, Полша, Румъния, Словения, Унгария, Франция и Хърватия (първа група), а такова право съществува в 6 страни: Белгия, Германия, Нидерландия, Словакия, Чехия и Швейцария.

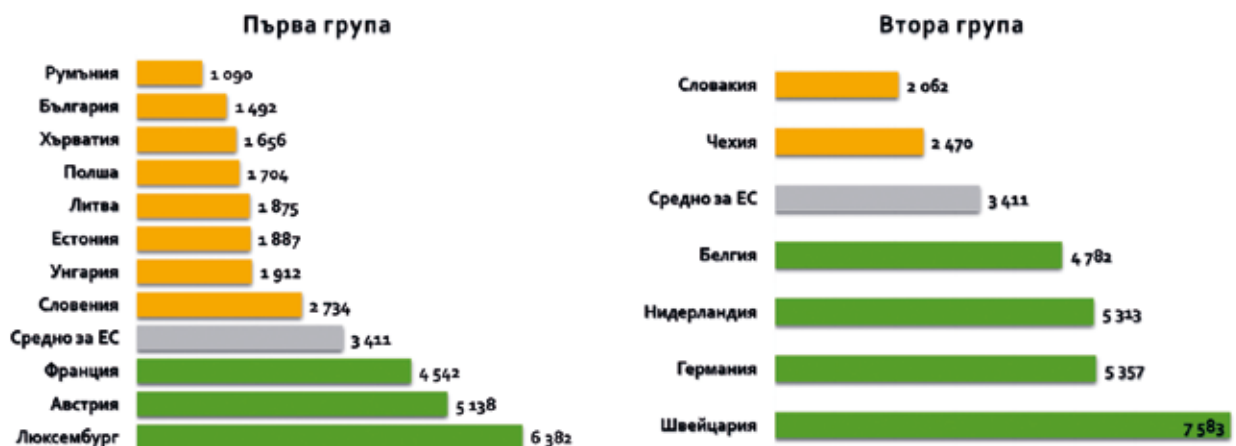
Като цяло страните, в които гражданите не могат да избират фонд (първа група), са сравнително малки, с население под 10 милиона, докато повечето от страните, в които съществува право на избор (група 2), са с население над 10 милиона жители (Таблица 1).

Таблица 1. Разпределение на страните според критерия за право на избор на фонд за СЗО и брой население

Първа група		Втора група	
Франция	67,024,459	Германия	82,800,000
Полша	37,972,964	Нидерландия	17,081,507
Румъния	19,638,309	Белгия	11,322,088
		Чехия	10,618,303
↑ ↓ 10 милиона жители			
Унгария	9,797,561	Швейцария	8,401,120
Австрия	8,773,686	Словакия	5,435,343
България	7,168,009		
Хърватия	4,189,353		
Литва	2,847,904		
Словения	2,065,895		
Естония	1,318,705		
Люксембург	590,667		

Източник: HSMP website, Country profiles; Eurostat, 2018; собствена класификация

През 2015 г. общите разходи за здравеопазването на глава на населението един от показателите, които характеризират в голяма степен здравните системи, варират в широки граници (Фигура 1): от 1090 PPP\$ в Румъния (от първата група) до 6382 PPP\$ в Люксембург (от първата група) и 7583 PPP\$ в Швейцария (от втората група). При сравнение между двете групи страни по този показател прави впечатление, че по-голямата част от страните в група 1 са с разходи под средните за ЕС, докато при втората група разходите за здравеопазване на глава от населението като цяло са по-високи.

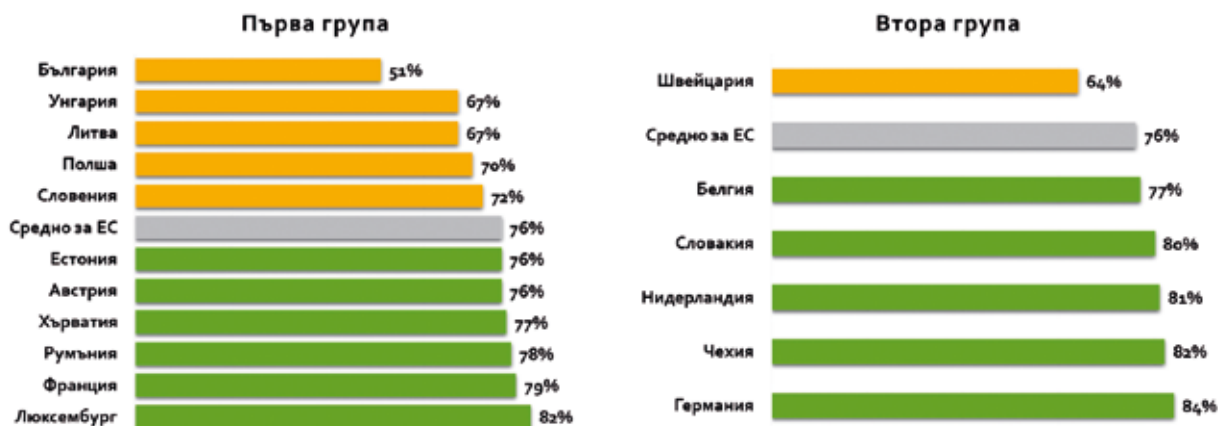


Източник: WHO Global Health Expenditure Database, 2018

Фигура 1. Общи разходи за здравеопазване на глава от населението в PPP\$, 2015

Публичните разходи като дял от общите разходи за здравеопазване също варират значително и в двете групи от 64 – 67% до 82 – 84% (Фигура 2), като България прави изключение от всички страни с ниския си дял на публичните

от общите разходи (51%). Сред страните, в които гражданите нямат право на избор на фонд за СЗО, има повече страни, в които публичните разходи за здравеопазване като дял от общите разходи са под средния за ЕС показател.



Източник: WHO Global Health Expenditure Database, 2018; Eurostat, 2018

Фигура 2. Публични разходи като дял от общите разходи, 2015

Директните плащания от пациентите често са показател за финансовата защита, която здравноосигурителните системи осигуряват на гражданите. И в двете групи делът на директните плащания е под средното за ЕС, с изключение само на Литва и особено на България (Фигура 3). Прави впечатление фактът, че в групата на

страните, в които гражданите нямат право на избор на фонд, делът на директните плащания от общите разходи варира в по-широки граници (от 7% във Франция до 33% в Литва; приемаме България като съществено изключение), отколкото сред страните с право на избор на фонд (от 12% в Нидерландия до 28% в Швейцария).



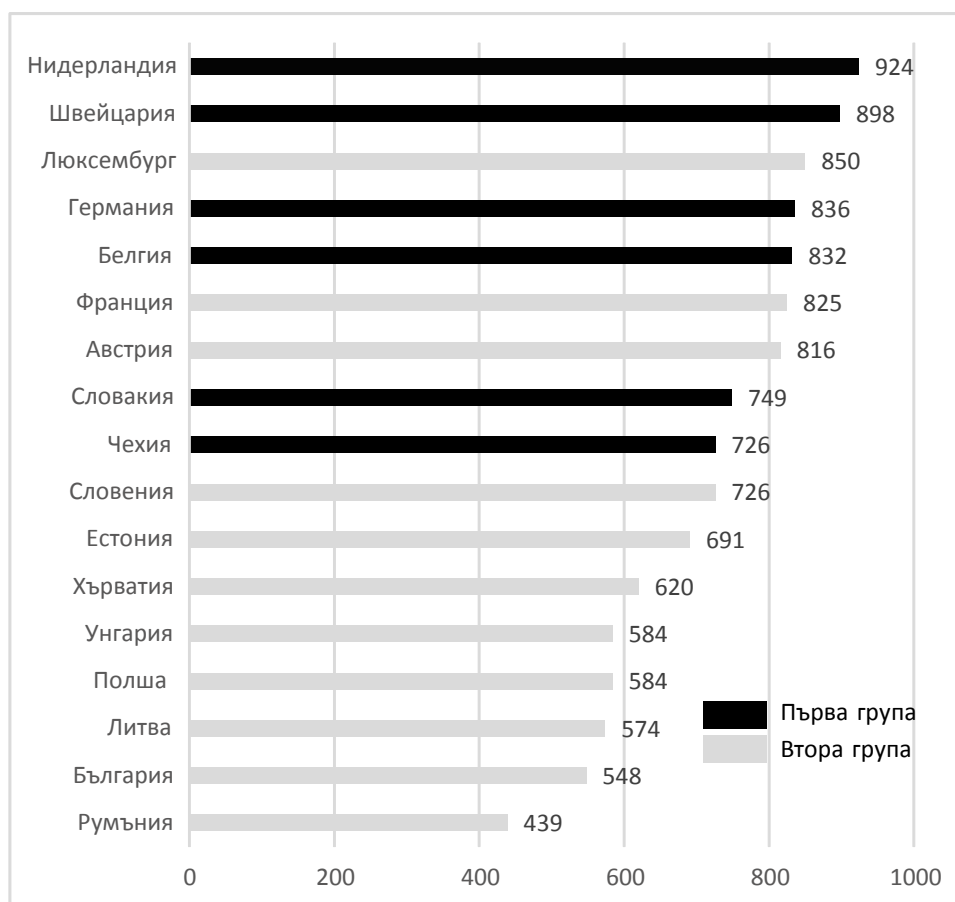
Източник: WHO Global Health Expenditure Database, 2018; Eurostat, 2018

Фигура 3. Директни плащания от пациенти в % от общите разходи, 2015

Оценката на гражданите за здравната система е важен и информативен показател за състоянието и функционирането на системата. Поради това, наред с важните показатели за финансовите ресурси за здравеопазване в съответните страни, използваме и потребителската оценка като значим, макар и обобщен, показател за качеството на здравеопазването. Общата оценка на гражданите за здравните системи (съгласно Европейския здравен потребителски индекс за 2017 г.) в изследваните страни силно варира и в двете групи (Фигура 4). И сред двете групи страни (със или без право на избор на фонд за СЗО) има такива, които получават много

високи оценки на здравните си системи (над 800 точки от 1000 възможни в общата скала за оценка), както и такива с по-ниска оценка (под 800 точки). В групата на страните без право на избор на фонд за СЗО оценките варират от 439 точки за Румъния до 850 точки за Люксембург, а в тази с избор на фонд – от 726 точки за Чехия до 924 точки за Нидерландия. България е на предпоследно място с 548 точки.

Като цяло прави впечатление, че страните, в които гражданите имат право на избор на здравноосигурителен фонд, имат по-високи стойности на индекса на потребителската оценка.



Източник: Health Consumer Powerhouse, 2018

Фигура 4. Потребителски индекс на здравната система за 2017 г.

Заклучение

В обобщение на резултатите от изследването може да се каже, че като цяло страните, в които гражданите нямат право на избор на фонд за СЗО, са по-малки, с по-ниски разходи на глава

от населението, с по-големи директни плащания от пациенти като дял от общите разходи и предимно с по-ниска обща потребителска оценка на здравните системи. Въпреки това обобщение, липсват данни за закономерност меж-

ду наличието или липсата на право на избор на фонд за СЗО. Свободният избор на фонд за СЗО не може задължително да се свърже нито с величината и структурата на разходите за здравеопазване, нито с потребителската оценка на здравната система. Следователно монополният статут на НЗОК не може да се възприема като

непосредствен и основен недостатък на здравната система в България сам по себе си, а за изследването на причините за неефективността и незадоволителното функциониране на здравната система следва да се прилага комплексен подход, в който да е отчетено взаимосвързаното влияние на множество фактори.

Библиография

1. Berthet F. et.al. (2015). HiT in Brief. Luxemburg: 2015, Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems
2. Eurostat (2018). Eurostat [online database]. Brussels, European Commission (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>)
3. Health Consumer Powerhouse (2018). Health Consumer Index 2017 (<https://healthpowerhouse.com/publications/#200118>)
4. HSPM (2018). Country profiles [web page] for Austria, Belgium, Croatia, Czech Republic, Estonia, France, Germany, Hungary, Lithuania, Netherlands, Poland, Romania, Slovenia, Switzerland (<http://www.hspm.org/mainpage.aspx>)
5. Smatana M, Pažitný P, Kandilaki D, Laktišová M, Sedláková D, Palušková M, van Ginneken E, Spranger A (2016). Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition, 2016; 18(6):1–210.
6. WHO (2018). Global Health Expenditure Database [online database]. Last update: February 12, 2018 (Available at: <http://apps.who.int/nha/database>)
7. WHO Regional Office for Europe (2018). European Health Information Gateway / Health for All explorer [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>)
8. Димова А., М. Попов, М. Рохова (2007). Здравната реформа в България: необходимост, развитие, резултати, перспективи. Институт Отворено общество, София
9. Костадинова С. (2007). Грешният пример против демонополизацията на НЗОК, Преглед на стопанската политика, 2.03.2007, Институт за пазарна икономика, София, (<http://ime.bg/bg/articles/greshniqt-primer-protiw-demonopolizaciqta-na-nzok/>)
10. МС (2017), Програма за управление на Правителството на Република България за периода 2017-2021 г. Решение № 447 на Министерския съвет от 09.08.2017 г. (<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1240>)

Адрес за кореспонденция:

Доц. Антония Димова, д.м.
Катедра по икономика и управление на здравеопазването
Медицински университет – Варна
ул. „Марин Дринов“ 55
Варна 9002
e-mail: ant_dimova@abv.bg и
antoniya.dimova@mu-varna.bg
