

АНАЛИЗ НА ЕВРОПЕЙСКАТА ЗДРАВНА ПОЛИТИКА

М. Владимирова

ANALYSIS OF THE EUROPEAN HEALTH POLICY

M. Vladimirova

Summary: Healthcare policy is complex and difficult process. The different government officials and politicians have to learn more about the efficient and not efficient mechanisms in various healthcare systems. Modern patients know their rights, have higher expectations from the physicians, they are well informed and have critical thinking. Modern healthcare employees should have appropriate organization on their workplace and reasonable salary, related to their qualification and competencies. The management of the healthcare system is similar to managing a business enterprise.

Здравеопазните реформи в развитите Европейски страни са насочени към оптимизирането на съществуващите модели на здравно обслужване на населението, подобряване качеството на здравни услуги и ограничаване ръста на разходите за здравеопазване. По правило представляват методични и структурни усъвършенствувания на здравеопазването без да засягат основните и генералните принципи на съществуващите здравеопазни системи.

Основен проблем пред здравеопазните политици в Европейските страни е как да се постигне оптималният баланс между нарастващите здравни потребности на населението и относително ограничаващите се ресурси за здравеопазване. През последните години в една или друга степен започва осъществяването на реформи в здравеопазването.

Три са основните цели на здравеопазните реформи, според доклада на СЗО:

1. По-ефективно управление на относително по-ограничените здравни

ресурси;

2. По-добри възможности на пациентите за избор на здравни услуги с високо качество;
3. По-справедливо възнаграждение на медицинския персонал в зависимост от реалния принос на всеки професионалист за подобряване здравните показатели на населението.

Основната стратегия на СЗО се запазва - достигане на по-добро здраве на населението. Европейската система на здравеопазване не е достатъчно ефективна, съществуват нерешени проблеми. Наблюдавана тенденция е увеличаващият се процент застаряващо население и нарастване търсенето на медицински услуги. Бюджетните разходи са противоречиви, с тенденция за по-ниски данъчни ставки и увеличени социални и здравни осигуровки. Следователно ефективността се превръща в проблем номер 1 на здравната система. За да се трансферира, базираната на бюджетно финансиране система в страните в преход, в нова, тя трябва да се основава

на принципите на:

- √ СПРАВЕДЛИВОСТ;
- √ ЕФЕКТИВНОСТ;
- √ СОЛИДАРНОСТ;

Въвеждането на тези принципи изисква промяна в разбирането на здравните услуги като благо. Съвременното разбиране, е че здравето е публично благо със смесен характер, което изисква създаване на нова система на финансиране на здравни услуги и съответно нова здравна култура. Здравето е нещо лично! Здравето е индикатор на обществено благосъстояние! Основният проблем пред здравните политики в европейските страни е постигане на оптимален баланс между нарастващите здравни потребности на населението и относително ограничените ресурси за здравеопазване.

Здравните системи се оценяват по способността им да осигуряват равнопоставен достъп до качествена помощ за населението като същевременно се избегнат неустойчивите бюджетни дефицити. В повечето европейски страни здравните системи осигуряват широк набор от услуги за всички свои граждани. Добри практики са наблюдавани в Полша, Унгария, Германия, Холандия, Великобритания, Белгия, Швейцария. За Чехия, Холандия, Великобритания, Полша, Унгария е характерно, че набират ресурси чрез данъчно облагане за проспективно осигуряване на средства за заплащане на здравните услуги. В различните страни се наблюдава различна степен на смесване на публично с частно и на избор при събирането на ресурсите. Най-изразена обществена, притежавана и оперираща като държавна, е националната служба на Великобритания, финансирана изцяло от общите данъци.

В страните от централна и източна Европа целта на правителствата при провеждането на здравните реформи е да се подобри здравният статус на населението, да се преодолеят значителните разлики, които съществуват между тези страни и страните от Западна Европа по

отношение на смъртност и заболяемост. Несъмнено за реализирането на посочената цел правителствата на тези страни се насочиха към подобряване на дейността на системата за предоставяне на здравна помощ и мобилизиране на допълнителни ресурси от обществения и частния сектор. Следвайки примера на членките на ЕС и западното полукълбо (страните от Северна и Южна Америка), те акцентираха на отдалечаване от централизирано планирани здравни системи, при които бюджетът се формираше на базата на стриктно определени (непроменливи) показатели. Налице е процес на промяна към пазарно-конкурентна система, при която медицинските професионалисти са възнаградени за продуктите, които действително произвеждат, както и за резултатите, които, когато е възможно, могат да бъдат оценени.

Националните здравни системи в Европа, изградени след Втората световна война, дълго време се приемаха като стабилни структури. С течение на годините експертите на СЗО считат, че този стабилитет доведе до ригидност и инертни нормативно-бюрократични процедури, обслужващи често интереси на доставчиците на медицински услуги, вместо здравно благополучие на потребителите (населението). Появилата се обществена неудовлетвореност, нарастващите разходи за здравно обслужване и неговата незадоволителна активност подтикват правителствата да търсят пътища за нови здравнополитически решения, за преценка и реформи на националните здравни системи. Те засилват необходимостта от международни изследвания и анализи.

Международната фондация "ЛЕКТОР", САЩ, провежда тематични семинари по тази проблематика. Съществена бе темата "Европейска и световна здравна политика", в която участие взеха Роберт Мофис - САЩ, Филип Маниер - Франция, Фридрих Байер - Германия, Паул Белиен - Белгия, Дейвид Грийн - Англия, Джоан Хжертвист. Участиците изказаха становища, за състоянието на ситуацията в страната, която представляват. Обобщавайки изказванията,

могат да се направят следните изводи:

1. Не се очертава по-висока социална ефективност на здравеопазването там, където има пренасищане на персонал и неизползвани болнични легла - увеличаване на разходите.

2. Ефективността на здравеопазването не е в пряка връзка с обема медицинска дейност.

3. Рационално да се разпределят ресурсите в различните сектори на здравната система и преди всичко да се търси баланс между ресурсите за първичните здравни грижи и за болничната помощ.

4. Твърде неприемливо е да се намалява финансирането на първичните здравни грижи за сметка на скъпо струващи болнични технологии с непроверена (недостатъчна ефективност). В тази насока се търсят и пътища за разумно намаляване на средния болничен престой, напр. домашен стационар, дневен стационар.

5. Здравните системи се оценяват по способността им да оценяват равнопоставен достъп до качествена помощ за населението като същевременно се избегнат неустойчивите бюджетни дефицити.

Здравните системи на страните в разглеждания материал осигуряват широк набор от услуги за всички свои граждани. Набират ресурси чрез данъчно облагане на проспективно осигуряване на средства за заплащане на здравни услуги. В някои системи се наблюдава различна степен на смесване на публични с частни блага и на избор при събиране на ресурсите.

Най-изразено обществена, притежавана и оперираща като държавна е Националната здравна служба във Великобритания, финансирана изцяло от общи данъци. Универсално покритие чрез НЗС от 1948 г. Бюджетът на Националната здравна служба се определя годишно като част от процеса на планиране на общите обществени разходи. МЗ определя делът на разпределението на средства, в 2 основни здравни сектора: 1) болнични и здравни услуги и 2) семейни здравни услуги. На

базата на определения общ бюджет за болнична помощ се прави разпределението за регионалните здравни власти. Повечето региони използват вариант на националната формула за разпределение, коригирана на база историческо разпределение на база историческо развитие и местни обстоятелства. Реформиращата се напоследък системата на НЗС за заплащане на болничната помощ е смесица от общ бюджет с елементи на плащания на база разход за болничен случай. В трите видове договори (блокови, договори на база разход-обем, договори на база разход болничен случай) се уточнява какви услуги трябва да се осигурят и условията на осъществяване. По време на реформата болниците са тръстове към НЗС, но извън контрола на здравната власт. От всеки тръст се очаква да генерира доходи чрез договори с купувачите за предоставяне на услуги, напр. постигане на 6% възвращаемост на капиталовите си активи. В много болници този нов финансов режим доведе до нова управленска система, комбинираща клинично и финансово управление. Тенденция - вече не се акцентира върху финансовите резултати, а върху резултатите от лечението.

Холандия. Холандците могат да изоставят националните и да предпочитат платените здравни услуги. В Холандия частното осигуряване достъпно за всеки, тъй като действащата система позволява това. Холандия има универсално покритие чрез национална осигурителна схема за хроничните здравни рискове и разходи за лечение при бедствия чрез 30 здравни фонда с идеална цел. Холандия има задължително регулируема от Правителството всеобщо заплащаща се система на скъпите здравни рискове. Държавата поема ангажимент за скъпите здравни рискове и продължително лечение. Този вид разходи се покриват чрез фонд за "Изключителни медицински разходи", в който всички граждани плащат според доходите си. Лица с доход под определено годишно ниво (60% от населението са задължително осигурени на базата на Закон за здравно осигуряване

на нормални медицински рискове/услуги, предоставяни от общопрактикуващи лекари, стоматологична помощ, майчински грижи, болнични услуги, транспорт). Осигуреният заплаща процент от вноската, част от която се плаща от работодателя и общовалидна фиксирана вноска, определена като процент от здравния фонд, поемащ обезщетения за временна нетрудоспособност. Допълнителни средства се осигуряват от годишни правителствени дарения. Лица с доход над определено ниво (35% от населението) могат да закупуват частно осигуряване за здравен риск от остри заболявания.

На тази конференция участниците изложиха становища за състоянието на здравната политика на страната, на която са представители, акцентирайки на исторически преглед на реформите и предстоящи промени и тенденции. Дискутира се глобализацията на здравната политика. Концепцията за глобализация не означава подценяване или отричане спецификата на националните здравни проблеми и системи. Важен е балансът във виждането и действието. Безспорно в центъра на приоритетите застава гарантираното право на здраве и здравни грижи като неуспоримо фундаментално право на съвременния индивид. Присъстващите здравни политики изразиха становище за тревожност, породена от факта, че през последните две десетилетия разходите за медицинско обслужване рязко надвишават полезния му ефект. Обществената неудовлетвореност, нарастващите разходи за здравно обслужване и незадоволителната ефективност подтикват здравните анализатори към множество международни дискусии, както и в този случай.

Германия. Националната здравна политика на Германия е необходимо да е структурирана. Над 10% от немското население е избрало публичната или социалната система. Всички останали са предпочели частен пакет здравни услуги. В Германия, както и в Холандия, предпочитат частното здравно осигуряване

- задължително се прави изследване - здравен риск, в зависимост от възрастовата група. В Германия предпочитат платените услуги.

Франция. Според Филип Майер френската здравеопазна система е типична за повечето европейски страни. Държавно ориентирана система, която действа без да се занимава с икономически динамики за търсене и предлагане.

За съжаление френската система е образец на лошо управление. Наблюдава се следната ситуация - половината болници са държавни. Те работят на принципа, че пациентите няма да си плащат. С високия процент на реимбурсация към пациентите системата предлага безплатно лечение като привлича клиенти от други страни. Говори се, че пациентите се вземат още от летището с такси до болницата (т. н. френска щедрост). Лошото управление и разхищение на средства е проблем на френската здравно-осигурителна система. Базата в болниците е амортизирана. Персоналът подлежи на допълнителни финансови задължения. Съществуват разходи, включително и за немедицински персонал.

Една от причините за непрекъснатото нарастване на разходите е, че почти всички лекари извън болницата са на договор. (заплати, възнаграждения, разходи за рецепти системно се реимбурсират от социални осигуровки). Всеки лекар, притежаващ диплома, има право да получи договор в болница до поискване. Правителството юридически не може да откаже, с други думи казано, дипломата гарантира правото за разходи (здравната каса поема разходите). Французите могат да се консултират с колкото си лекари искат и колкото пъти пожелаят, като получават 70% възвращаемост на разходите си. Неплатените сметки се поемат от смесени компании, за които повечето работодатели заплащат за работниците си. Пациентът не плаща такса при посещението си при лекаря, независимо дали е личен лекар или специалист.

Всяка година стойността на

лекарските услуги възлиза от 5% до 8% и с увеличаване на степента на безработица, тези стойности се увеличават.

Исторически във времето френската здравноосигурителна система е създадена през 1946-1947 г. Приета е държавно ориентирана система. Политиката на Франция е наличие на паричен резерв, който да е разблокиран при бедствия и аварии. Повечето французи не поддържат тази политика. Лошо се приема факта, че би трябвало да има неограничен резерв от средства, които да се отпуснат при нужда. При съществуващите културни обстоятелства е трудно да се въвеждат реформи, според автора. Трудно е обществеността да се убеди, че за осигуряване на средства, най-важното е да се открие адекватния баланс.

Във Франция съществуват и свободни медици. Преобладаващо е становището, че всеки има право да се консултира с друг лекар. Вероятно доминиращата роля на правителството обяснява приемането на високите здравни вноски от французите и нежеланието за реформи. Обществото се страхува, че реформата би била в интерес на определени групи хора.

Задължителната здравна осигуровка покрива цялото население, което плаща определен процент от приходите си. Доскоро работодателите са плащали 12,8% от заплатата, а служителите 6,8%, но се получават оплаквания от работодателите, за високи плащания. Ето още една предпоставка за необходимост от реформа в здравно-осигурителните вноски. Към днешна дата работодателите все още изплащат 12,8%, докато служителите заплащат 0,75% от заплащането си за здравни осигуровки, плюс допълнителен общ данък от 7,5% от целия приход, включително лихви, дивиденди и всякакви други доходи (не само от месечното си възнаграждение, но и от наеми). Нерационалното е, че повечето от този приход отива към здравните осигуровки.

Нарастването на разходите в здравеопазването е проблем на повечето правителства в Западна Европа от три десетилетия насам. Коренът на този проблем е навсякъде: здравеопазването се финансира на базата на плащането.

За белгийската здравеопазна система е характерен този проблем. Тук водещо място заема демографският проблем - младите хора са все по-малко. Тъй като не могат да се предвидят средства за в бъдеще за здравни разходи, за непосредствените здравни нужди на възрастните, плащат по-младите. Тази демографска тенденция е типична за Европа.

Съществуват само два начина да се запази системата: или драстично да се увеличи финансовата натовареност на онези, които могат да плащат (платежоспособни), или да ограничим качеството и достъпността на здравеопазването за онези, които се нуждаят от него. Всички здравни служители са наясно със състоянието на нещата. Европейските правителства избират дали да съкратят или намалят качеството на здравните грижи. Когато разходите надхвърлят лечението, финансовата тежест на по-младите е непоносима. Някои медикаменти не са достъпни за лица, в определена възраст или ако са твърде болни и финансово несъстоятелни.

Известни са случаи в Белгия, в които самият персонал не е удовлетворен от редуцирането на броя на леглата, редуцирането на броя на пациентите, без логични причини. В печата се появяват статии, за т. н. икономическа евтаназия, "Какво се случва, ако е необходимо допълнително легло? Драстично увеличаваме нивото на морфина или ги инжектираме. С други думи ние ги убиваме" - споделя мед. сестра в белгийския седмичник Кнаск. Според персонала се налага отказ или ограничение за лечение.

Друг начин, който напоследък се използва за ограничаване на разходите, е да се ограничи достъпът на скъпо струващи

здравни услуги. Понякога тези услуги са отказани на всички пациенти, а понякога за определени категории - например за възрастните или тази услуга не се извършва. Прагът за лечение на холестерола в Белгия и Италия е завишен, въпреки, че според лекарите този праг е 19%. Болните от СПИН получават реимбурсирани лекарствени средства, защото лечението им е много скъпо.

Политически коректни решения: казано накратко някои болести са политически модерни, други - не! Ако страдате от политически модерна болест, получавате модерно лечение. Но ако не сте щастлив човек, вие страдате от неполитически коректна болест. Много хора по света си пазаруват чужди услуги - живеят в Белгия, а си купуват здравни услуги в други страни.

Частни алтернативи.

В допълнение към законодателството - здравните осигуровки са във Фонд за болнично лечение. И тук е типична двустранна здравна система (национална плюс частен фонд). Друго ниво на здравни грижи, са платени осигуровки - сам си плащаш.

Според Роберт Мофит в реформата на САЩ здравно-осигурителните програми се стремят към създаване на нови възможности за отделните личности и засилена частна инициатива. Различните политици на държавно ниво трябва да научат повече за работещите и неработещите механизми във всяка система на здравеопазването.

В САЩ е прието, че данъкоплатеца ще плаща за резерв при бедствия. Според статистиката 50% от пациентите получават най-съвременен и качествено лечение. Този контекст бе заложен и в програмата на Буш.

Швейцария е единствената страна с частна здравна система. За разлика от осигуряването във Франция и Германия, законът в Швейцария от 1911 г. казва, че вноски трябва да се правят не от

работодателя, а всеки индивидуално се осигурява. Кантоните решават дали осигуряването е задължително и едва от 1990 г., а през 1995 г. здравното осигуряване е станало задължително (всеки си заплаща за здраве), в зависимост от възраст и пол. 98% от населението се е включило в този модел. Правителството субсидира бедните, като плаща процент от здравните им премии, а размерът на вноските възлиза на 1/3 от здравните осигуровки, а те влизат в швейцарската общност.

Швейцарската здравно-осигурителна система е самоуправляваща се. Онези, които се осигуряват избират размера на вноските си за собственото си здраве. Здравната вношка не е фиксирана. Спазва се принципът - всеки плаща, според възможностите си. Вноските са част от пакета здравни услуги и са освободени от данък здраве. Швейцарците разчитат на спестяванията си, за да не рискуват здравето си и да се избавят от евентуални здравни проблеми. За болнична грижа пациентите плащат престоя си и разполагат с 10 швейцарски франка на ден. Без задължителна здравна такса не може пациентът да е обслужен. Пациентите плащат всички разходи за амбулаторни медицински грижи. (годишно възлиза на 125 долара и още 10% от всички разходи над тази сума). През 2002 г. имат 93 здравни каси. Пациентът има възможност да избира личен лекар между организации за здравни грижи и мрежа на общопрактикуващи лекари. Гражданите решават дали дадена болница да се разшири. Здравната политика се формира чрез референдум. Швейцарската конфедерация разполага с 23 кантона. Здравното осигуряване има три компонента: задължително, доброволно и осигуряване по болест, нетрудоспособност, старост. Слабост на системата е липса на конкуренция между болничните заведения. В заключение Швейцария има една от най-скъпите системи за здравеопазване в света и е на трето място по тези разходи след САЩ и Германия.

И швейцарците, и германците осигуряват на населението си много добро здравеопазване.

Стратегическа полза на приватизираните здравни системи.

Първо - независимо от малкото частни здравноосигурителни системи в Европа, европейският опит предлага малко решения за реформите в ЗО системи. Частните здравноосигурителни системи имат своите проблеми, но има поне три важни аргумента, които са в полза на приватизираните капитализирани системи (държава, частен приватизационен фонд, капитал).

Второ - съществуват пазари, където има ограничен достъп на услуги и спонтанно съревнование. При този тип болнични пазари, цените на болнични услуги слизат надолу, защото потребителите ги определят. Когато потребителите са повече стойността на услугата е по-евтина.

Трето - ако можеш да плащаш - това е най-благоприятният вариант. Съществуват финансови резерви в ЗОС. Без тези резерви е невъзможен икономически просперитет. В една система за капитализация - парите или средствата, които са вкарани в системата, са заделени за бъдещи нужди. Междувременно спестяванията ще бъдат инвестирани и в последствие ще създават нов капитал (те се реинвестират).

Днешните пациенти са далеч от вчерашния стереотип, който е те да бъдат неинформирани и кротки. Настоящите знаят какво искат от лекаря, притежават критическа мисъл, информирани са - интернет, електронна поща.

В цяла Европа променящите се стойности оказват ефект върху здравните работници и институции. Срещат се трудности при набиране на персонал на всички нива. Наблюдавани са понякога неуредици - пациентите чакат в коридорите дни наред, сестрите изпадат в нервни кризи, зачестяват самоубийствата дори на лекари (особено в скандинавските страни)

поради високия стрес и неудовлетвореност от заплащане.

Това е предвидима криза от една страна, която разказва на света, че здравеопазването трябва да се управлява като бизнес. Министерство на здравеопазването да е вид бизнес-мениджър. Съвременните здравни служители изискват съвременна организация на работното място и разумни индивидуални заплати, свързани с тяхната компетентност.

Насоки

Какъв процент от заплатата трябва да бъдат внесени като здравни осигуровки (2030-2040 - дългосрочно планирани). Немският представител Фридрих Брайер препоръчва различни методи за решаване на тези въпроси, които дават рязко различаващи се отговори или решения. Според него съществуват 2 метода: 1) счетоводен и 2) регресионен.

Според превижданията на Федералното министерство на здравеопазване в Германия, които са използвали швейцарския институт "Прогнос", консултантската агенция - Базел за 2030 г. -разходите за здравна осигуровка ще взимат 13,5% от заплатата в сравнение с 16%ДОД (в България към момента внасяме 6%, а ДДС - 20%). По този начин служителите ще бъдат освободени с това увеличение от 2,5%, което е нормална тенденция.

Според проф. Фолкер Уилрих - Университет – Грисвалд – Германия - изчисляемите разходи за 2030-2040 г. по една различна методика на изчисление очакваният процент на вноските ще се увеличи от 13% - 2000 г. до 20,7% в 2030 г., увеличавайки се на 23,1% в 2040 г. Тези очаквания се определят от ниво на раждаемост, нетна миграция, степен на заетост и продуктивност на труда. Към тези години разходите за здравно обслужване ще са по-големи и ще е необходимо и друго ведомство.

Счетоводният метод:

1) Използва се в Германия - средно средствата за болнични годишно са различни за един типичен 20-годишен служител, отколкото за 160-годишен служител.

2) "ПРОГНОС" - предвижда разходите на база възраст, нарастват със същата степен, както нарастването на производителността. Това означава, че с нарастването на работната заплата, нарастват данъците, но ако разходите за здравеопазване растат така бързо, както заплатите. Това не може да служи като фактор за увеличаване данъка върху заплатите (но не за сметка на увеличаване на данъците).

3) ПРОГНОС - изчислява нов профил с прогноза възрастово разпределение (популацията как ще бъде годината 2030 възлизаща 16% от заплатата).

Очаква се по-ниска смъртност при възрастовите групи, макар че в по-късни години от живота на човек, се очакват и по-големи разходи. Всеки в своята последна година от живота си и ако лицата умират по-късно, това означава, че все по-малко 70-годишни са в последната година на живота си, така че стандартните разходи за 170-годишен човек през 2030 г. ще бъдат по-малко, отколкото са в момента. (по-малко витален). Това е т. н. низходяща грешка, но нейното влияние или въздействие е по-малко в сравнение с грешката в друга посока, която възниква от нулирането на влиянието на увеличаване на разходите

и по този начин нулиране на прогреса на медицината. (Хората ще живеят по-добре и няма да има увеличение на разходите или не).

Регресионен анализ.

Общите разходи за здравеопазване или здравно лечение на глава от население в реални стойности. Променливите са следните:

√ Разходи по възрастова структура на населението, която Фридрих Байер взема на:

- а) базата на дял на здравно лечение над 65 годишни;
- б) реален облагаем доход;
- в) календарна година, като сравнение за развитие на медицинско обслужване.

Главните констатации от този анализ са:

1) Приходите силно предсказват разходите за здравеопазване. С увеличаване на приходите с 10%, разходите се увеличават с 4%.

2) Възрастовата структура на населението е съществен фактор.

3) Периодът на прогноза е силен фактор.

4) Смъртността не е значим фактор.

Институтът Прогнос дава 1% увеличение на разходите за глава на населението за всяка година (дългосрочна прогноза е това). Тази прогноза дава значителна разлика за един период от 30-40 години. Към днешна дата вноските са 13,5%. Също така според нашите изчисления увеличаване на вноските

Таблица 1. Разходи за здравеопазване

Година	Разходи на осигур. лице в д. м.	Общи разходи	% от вноските (% отчислен. в/у възнагр. за здр. вноски)
2000	5,470	346,8	131,1%
2010	11,112	701,3	15,4%
2020	44,240	2,597,1	15,6%
2030	44,240	2,597,0	20,7%
2040	80,119	4,397,1	23,1%

Таблица 2. Разходи за здравни грижи в Европейския Съюз

Държава	Чиста възпроизведена стойност (1996)	Зависимо съотношение (2030)	Зависимо съотношение (2050)	Здравни разх. 1997 (% БВП)
Австрия	0,68	43,6	55,0	9,0
Белгия	0,74	45,8	49,7	8,0
Дания	0,83	39,2	41,9	8,0
Финландия	0,84	46,9	48,1	7,6
Франция	0,82	44,0	50,8	9,8
Германия	0,60	46,7	53,3	10,5
Гърция	0,62	41,7	58,7	8,0
Ирландия	0,89	30,3	44,2	6,2
Италия	0,56	49,2	66,8	9,3
Люксембург	0,84	39,8	41,8	6,6
Холандия	0,73	41,5	44,9	8,8
Португалия	0,68	35,0	48,7	8,2
Испания	0,56	41,7	65,7	8,0
Великобритания	0,82	40,2	46,1	5,8

през следващите 20 години ще бъде доста скромно до 15,6%, тъй като истинската демографска промяна в Германия ще настъпи. Подобна е прогнозата и за страните от Европа.

В страните от Централна и Източна Европа целта на правителствата при провеждането на здравни реформи е да подобри здравното състояние на населението в цял свят. За реализирането на тази цел държавната политика се насочва към подобряване дейността на системата за предоставяне на здравна помощ и мобилизиране на допълнителни ресурси от обществения и частния сектор. Тенденцията е отдалечаване от централизирано планираните здравни системи, при които бюджетът се формираше на базата на стриктно определени (непроменливи) показатели. Преодолим е процесът на промяна към пазарно-конкурентна система. Системата е ефективна, тъй като медицинските

професионалисти са възнаградени за продуктите, които в действителност произвеждат, както и за резултатите, които могат да бъдат оценени при необходимост.

Използвана литература:

1. Борисов В. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика. стр. 175, 211.
2. Браун Джаксън, адапт. Г. Манлиев. Икономика на публичния сектор. стр. 261/263.
3. Доклад на СЗО 2001 - Здравните системи: Подобро функциониране. /lecture/, стр. 3-20.
4. www.Heriage.org/library
5. www.zdrave.net

Адрес за кореспонденция:

Милена Владимирова
специализант "икономика на здравеопазване"
E-mail: milena_vladimirova@abv.bg