

Радева М.И. ©

Ассистент, Русенский Университет «Ангел Кънчев», Болгария, г. Русе

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ МОДЕЛИ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ БОЛГАРИЯ

Введение.

Современный этап общественного развития Республики Болгария начинается с политических изменений 1989 года. В этот период система здравоохранения состоит из государственных органов и медицинских учреждений и финансируется за счет общих налоговых поступлений. Система здравоохранения функционирует по модели «Семашко», характерной для советской системы. Такая организация и такое финансирование системы здравоохранения берут свое начало с 1948–49 г. Это связано с национализацией частных лечебных заведений и аптек и заменой, впоследствии, хозрасчетного подхода в системе здравоохранения на бюджетное финансирование. В 1951 г. введена всеобщая бесплатная медицинская помощь, подобная той, что была в Советском Союзе [1]. В таком виде она просуществовала последующие 50 лет.

Независимо от существования различных мнений и оценок по поводу здравоохранения этого периода, появляются авторы, которые отмечают «неоспоримую социальную стоимость такой организации медицинских услуг населению» [1]. В то же время, бюджетное финансирование приводит к появлению многих проблем, среди которых: нехватка финансовых средств, низкая оплата труда работающих в системе, злоупотребления [1].

В социологическом аспекте эта модель организации системы здравоохранения создает у людей иллюзию о «бесплатной медицинской помощи, о бесплатном здравоохранении». Формально, предоставленная медицинская помощь бесплатна для пациента, но оказанная услуга оплачивается из других источников – государственного и муниципальных бюджетов. Созданное мнение о бесплатной медицинской помощи имеет свое общественное и политическое существование и на последующем этапе развития системы здравоохранения.

Введение обязательного медицинского страхования.

Конституция, принятая после общественно-политических перемен 1990–1991 гг., провозглашает право граждан на медицинское страхование, гарантирующее бесплатное право на медицинскую помощь и медицинское

© Радева М.И., 2013 г.

обслуживание в рамках закона. Финансирование системы здравоохранения осуществляется из государственного бюджета, из бюджета работодателя, из личных и коллективных страховых взносов и из других источников. На полное внедрение в жизнь права на обязательное медицинское страхование уходит десятилетие. Это объясняется тем, что такая система является совершенно новой в истории болгарского здравоохранения. Процесс ее введения сложен и продолжителен, связан с поиском эффективных, социально оправданных и экономически обоснованных решений [2]. Именно такое постепенное введение системы страхового финансирования является беспроигрышным в решении задач, начертанных большой реформой в здравоохранении.

Значительно быстрее осуществляются перемены в организации медицинских учреждений. В измененном «Законе о народном здравоохранении» /ТГ 15/1991 г./ признается право всех правоспособных медицинских специалистов /за исключением тех, кто осуществляет государственный санитарный контроль/ заниматься частной медицинской практикой.

Разрешается открывать частные медицинские учреждения, что было запрещено до этого момента. Право на бесплатную медицинскую помощь для всех болгарских граждан сохраняется только в государственных медицинских учреждениях. Частные медучреждения и медспециалисты, избравшие частную практику, оказывают медицинскую помощь по ценам, установленным в административном порядке, но оплачиваются самими пациентами.

С обнародованием в ТГ 70/1998 г. Закона о медицинском страховании, который вошел в силу 01.01.1999 г., в Болгарии восстанавливается система медицинского страхования [3]. Согласно этому Закону, медицинское страхование в Болгарии бывает обязательным и добровольным.

Система обязательного медицинского страхования /ОМС/ является деятельностью по управлению и расходованию средств, полученных за счет взносов на ОМС на оказание медицинских услуг. Система ОМС представлена Национальным фондом обязательного медицинского страхования /НФОМ/, который функционирует с марта 1999 г.

Первичная медико-санитарная помощь и специализированное лечение финансируются фондом с 2000 года, а стационарная – с 2001 года. Средства поступают за счет взносов на обязательное медицинское страхование. Их размер определяется законом. Финансирование НФОМС осуществляется из главного налогового управления, ответственного за сбор взносов на социальное страхование. Главное налоговое управление является государственным органом по сбору налогов и других страховых взносов.

С 01.07.1999 г. все болгарские граждане и некоторые категории иностранцев обязаны ежемесячно платить взносы на ОМС. В Законе обязательного медицинского страхования прописаны условия для всех групп лиц

и порядок внесения взносов на ОМС. Размер взносов на ОМС ежегодно определяется Законом о бюджете НФОМС и составляет, на данный момент, 8% облагаемого личного дохода. Обязательное медицинское страхование в Болгарии основывается на принципе полного охвата всех застрахованных лиц. Общим правилом для всех является обязанность лиц, подлежащих страхованию, платить взносы на медицинское страхование несмотря на их доходы. Из средств государственного и муниципальных бюджетов выплачиваются взносы на ОМС следующих категорий граждан: детям до 18 лет, студентам, пенсионерам, государственным служащим, военным, полицейским, магистратам, некоторым категориям безработных, социально слабым лицам, помещенным в специализированные институты и др.

Каждое лицо приобретает страховой полис лишь при регулярном внесении страхового взноса на ОМС за определенный период времени.

Раньше за неуплату трехразового взноса на ОМС в течение года лицо теряло право на получение бесплатной медицинской помощи. В настоящее время этот срок продлен до 36 месяцев. Лицам без медицинской страховки может быть оказана лишь неотложная медицинская помощь плюс те медицинские услуги, чье финансирование осуществляется из государственного бюджета. При необходимости лица без страхового полиса на медицинские услуги сами уплачивают свое лечение.

Важным аспектом в осуществлении ОМС является определение объема медицинских услуг, которые финансируются за счет бюджета Национального фонда обязательного медицинского страхования. Система ОМС полностью не охватывает весь спектр медицинских услуг, а только лишь дефинирует определенные из них. Объем медицинской помощи при обязательном медицинском страховании определяется законом и включает в себя – первичную медико-санитарную помощь и специализированное лечение, стоматологическую помощь, стационарное лечение, обеспечение лекарствами и определенными медицинскими изделиями.

Реформа здравоохранения в значительной степени опирается на создание нового участника системы первоначальной медико-санитарной помощи - врач общей практики. Он формирует свой контингент пациентов из лиц, которые выбрали его своим лечащим врачом, письменно подтвердив свое желание. Пациенты могут дважды в год сменить себе врача общей практики. Оплата из Национального фонда обязательной медицинской страховки первоначальной медико-санитарной помощи смешанная. С одной стороны, врач общей практики получает ежемесячную оплату по установленным нормативам за каждого прикрепившегося застрахованного, даже если ему в этом месяце не была оказана медицинская помощь. С другой стороны, за некоторые конкретные виды медицинской деятельности врачи общей практики получают определенную

плату /профилактические осмотры, диспансерное наблюдение за определенными хроническими заболеваниями, проведение иммунизаций/.

В основу системы первичной медико-санитарной помощи заложен принцип полного охвата нуждающихся в медицинской помощи, гарантирована и неограниченная доступность ее получения. Врач общей практики выполняет функцию регулятора при доступе пациентов к специализированной медицинской помощи и стационарному лечению.

Руководитель административными механизмами, спущенными НФОМС, он следит за тем, чтобы количество допущенных пациентов к специализированной медицинской помощи не превышал финансового ресурса, отпущенного ему НФОМС. Специализированная медицинская помощь представлена всеми видами медицинских специальностей и определенным объемом диагностических и терапевтических деятельностей. В случае отсутствия финансовых средств, т.е. в ситуации невозможности лиц получить доступ к специализированной медицинской помощи они осуществляют лечение за свой счет. Это относится и к лечению тех заболеваний, которые не включены в медицинское страхование.

Для оплачивания больничной медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования вводятся клинические алгоритмы обследования и лечения. Это понятие включает систему требований и указаний относительно поведения различных медицинских специалистов как при диагностировании госпитализированных пациентов, так и при проведении с ними курса лечения.

Клинические алгоритмы обследования и лечения включают подобное описание заболеваний, указанных в МКБ-10, лечение которых оплачивается НФОМС. Оплата лечения заболеваний, не включенных в список клинических алгоритмов, осуществляется за счет самого пациента.

Заключение.

При принятии национальной системы здравоохранения 2008-2013 гг. были подведены итоги всего сделанного в системе здравоохранения после 2000 г. /после введения обязательного медицинского страхования/. И вынесена оценка.

Это был период принятия новых законов, давших возможность провести приватизацию в системе здравоохранения и изменить форму собственности и структуру медицинских учреждений. Система здравоохранения перешла на новые принципы финансирования. Введены новые механизмы для осуществления финансового контроля в деятельности, относящейся к предоставлению медицинских услуг.

В то же время появляются новые проблемы и возникают новые вопросы.

Основной проблемой в системе здравоохранения в мировом масштабе является конфликт между ограниченными ресурсами и постоянным ростом расходов /в результате демографических изменений нарастающих потребностей и введения новых более дорогостоящих методов лечения/ [4]. Частичное решение этой проблемы может быть в установлении сбалансированных взаимоотношений между различными участниками в процессе оказания медицинских услуг, т.е. между поставщиками и пользователями.

Обеспечение финансовой стабильности при гарантированном доступе к медицинской помощи – вызов Национальному фонду обязательного медицинского страхования. От эффективных решений, принятых фондом, зависит существование системы обязательного медицинского страхования и защита прав пациентов.

Литература

1. Кръстителски Ил. Историческо развитие на здравното осигуряване в България // Народостопански архив, 4, 2009.
2. Средкова Кр. Необходими промени в закона за здравното осигуряване // Съвременно право, 2; 1999, 67–77.
3. Зиновиева Д. Медицинско право. София, 2004, 73–74.
4. Национална здравна стратегия 2008–2013.

Саудаханов М.В.¹, Макеев Р.А.² ©

¹ Канд. юрид. наук, старший научный сотрудник,

Научно-исследовательский институт Образования и Науки;

² консультант Управления по противодействию финансированию терроризма,
Федеральная служба по финансовому мониторингу

К ВОПРОСУ О КОНСТИТУЦИОННЫХ ОСНОВАХ РЕГУЛИРОВАНИЯ НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ ИНСТИТУТА ПРЕЗИДЕНТСКОЙ ВЛАСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Исследование института президентской власти в России представляет особый интерес. Если в 2005 году отмечалось столетие российского парламентаризма, а судебная власть в том или ином виде суще-

© Саудаханов М.В., Макеев Р.А., 2013 г.