

## Видове механизми на заплащане на изпълнителите на медицински услуги и стимулите, които пораждат. Модели на финансиране, използвани в подсистемите на страните от ЕС.

---

Комбинирането на различните модели за заплащане е най-добрият подход за контролиране на разходите и насърчаване на ефективността на всички нива на финансиране в здравните системи. Страните от ЕС използват различни комбинации от механизми на заплащане в подсистемите на здравните си сектори. Емпиричните доказателства сочат, че съвместното използване на различни механизми за заплащане на изпълнителите на медицински грижи може да ограничи разходите за здравеопазване, като същевременно допринесе за поддържане на добро качество и справедлив достъп. Конкретният избор зависи от стимулите, които лицата, провеждащи политиката, искат да предоставят на изпълнителите. В този кратък преглед са маркирани някои от различните методи и са представени предимствата и ограниченията на всеки от тях. Направен е опит да бъде представена общата теоретична рамка за оценка на възможните алтернативи за заплащане.

### Видове механизми на заплащане на изпълнителите на медицински услуги

Развитите здравни системи непрекъснато приспособяват механизмите за възнаграждение на изпълнителите на медицински грижи към бързо променящите се обществено-икономически отношения. Реформирането на механизмите на заплащане цели създаването на набор от финансови стимули, които да подобрят достъпа до качествени услуги, докато в същото време насърчават съдържането на разходите чрез ефективното и ефикасно използване на ресурсите. Поради това в здравните системи на ЕС се въвеждат механизми за ограничаване на нежеланите стимули, предизвикани от механизмите, като например: предлагане на ненужни услуги; намаляване на ресурсите, използвани за осигуряването на услугата, морален хазарт, прехвърляне на разходите към по-горните нива на системата, увеличаване на канцеларската работа на изпълнителите на медицински грижи.

Моделите на смесено финансиране са показани в таблицата в обобщен план:

<i>Модел за заплащане</i>	<i>Страни, прилагащи модела</i>
<b>Капитация + такса за услуга</b>	Чехия; Дания; Финландия; Италия; Нова Зеландия; Норвегия; Португалия; Словакия; Великобритания
<b>ДСГ + бюджет</b>	Австралия, Чехия, Дания, Германия, Унгария, Италия, Нова Зеландия, Норвегия
<b>Такса за услуга + бюджет</b>	Чехия, Унгария, Холандия, Полша

Комбинацията от различни финансови елементи, тяхната тежест и условията, в които се реализират, трябва да бъдат съобразени с целта, която се извежда като приоритетна пред останалите (например ограничаване на разходите или повишаване на качеството на услугата). В противен случай използваните стимули или ще породят силни странични ефекти, или ще

неутрализират по-слабите такива. Например заплатата, бюджетът и капитацията имат силен ефект върху съдържането на разходите, но пораждат известни съмнения по отношение на ефекта им на въздействие върху нивата на качество и производителност. За разлика от тях ДСГ, таксата за услуга и плащането на ден насърчават изпълнителите да предоставят повече и по-качествени грижи. Освен това стимулите за ограничаване на разходите не се проявяват, освен ако не са приложени в рамките на твърди бюджетни ограничения или в условията на конкурентна среда.

Основните методи на заплащане са обобщени в следващата таблица и са разгледани по-задълбочено в следващите параграфи:

<b>Метод на заплащане</b>	<b>Единица на услугата</b>	<b>Ретроспективен или проспективен</b>	<b>Основни стимули, които създава (- обобщава ключовите недостатъци на метода, + обобщава ключовите предимства на метода)</b>
<b>Бюджети по икономически показатели</b>	Функционални бюджетни категории	Ретроспективен и проспективен	(-) Слаба гъвкавост при използването на ресурсите; (-) Няма директни стимули за ефективност; (-) Не предлага стимули за подобряване на производителността; (-) Понякога се изразява в административно разпределение на ограничените ресурси; (+) Позволява контрол на разходите по категории в общите разходи; (+) Прогнозиране на разходите от финансиращата институция (освен допълнителните разходи на изпълнителите);
<b>Глобални бюджети</b>	Здравна организационна единица	Проспективен	(+) Обобщени разходи, позволяващи ресурсите да бъдат използвани ефективно чрез прехвърляне; (-) Прехвърляне на разходите е възможно само ако глобалните бюджети покриват ограничен обхват от услуги; (+) Прогнозиране на разходите от финансиращата институция; (-) Няма директни стимули за ефективност; (-) Позволява на изпълнителите да предлагат по-малко услуги; (+) Позволява контрол на общите разходи на изпълнителя; (-) Изразходването на ресурсите не зависи от механизма на пазарните сили; (-) Услугата не винаги е свързана с резултата; (-) Възможно е административно разпределение на ограничените ресурси;
<b>Капитация</b>	На записан пациент	Проспективен	(-) Ограничава обема на предлаганите услуги; (+) Създава силни стимули за подобряване на ефективността, (което може да се отрази в намаляване на качеството); (-) Възможно е „обиране на каймака“ и записване на ниско рискови пациенти с цел минимизиране на финансовия риск; (-) Възможно е административно разпределение на ограничените ресурси; (+) Позволява непрекъснатост при предлагането на услугата;
<b>Плащане, базирано на случая (Диагностично свързани групи)</b>	На случай	Проспективен	(+) Намаляване на излишните манипулации на случай; (-) Стимули за увеличаване на броя случаи (ако стойността на случая е под маржиналните разходи); (+) Стимули за повишаване на ефективността на случай;
<b>Плащане на ден</b>	На ден	Проспективен	(+) Стимули за намаляване на услугите на ден; (-) Повишаване на продължителността на престоя (ако стойността на ден е под маржиналните разходи);
<b>Такса за услуга</b>	Единица предоставена услуга	Ретроспективен	(-) Стимули за повишаване на броя услуги (процедури, изследвания); (-) Стимули за свръхпредлагане на услуги; (-) Стимули за селектиране на ниско рискови пациенти в категорията; (+) Предлага стимули за подобряване на производителността; (+) Ограничава прехвърлянето на пациенти към по-горните нива в системата

## **Бюджетни трансфери - бюджети по икономически показатели и глобални бюджети**

Бюджетната форма на финансиране е удобен проспективен метод за финансиране предимно на организационни структури от типа на болниците, в които неизбежно се използват вторични методи за преразпределение на средствата на по-ниско ниво. В този случай проспективното разпределение на средствата може да се измени в ретроспективно, базирано на предходни разходни практики например под формата на заплата.

**Традиционният бюджет** е комбинация от средства, разпределени по специфични икономически показатели (заплати, лекарства, оборудване и пр.) и трансферирани от правителството към специфични програми или организации на изпълнители за предоставяне на медицински услуги. Размерът на бюджетния трансфер се базира на извършени през изминали периоди разходи. Различни правила и регулации могат да забраняват на публичните мениджъри да прехвърлят средства между икономическите показатели без одобрението от централните власти. Разрешение за прехвърляне може да бъде дадено в периоди, когато средствата по някои от показателите са напълно изразходвани. Бюджетирането на база икономически показатели често е основен механизъм за разпределение в централно управляваните здравни системи. Този метод не стимулира конкуренция между изпълнителите и изкривява стимулите, което води до съществена загуба на ефективност и качеството.

**Глобалният бюджет** позволява по-ефективното използване на ресурсите. За разлика от бюджета по икономически показатели глобалният бюджет е плащане, което е фиксирано предварително, за да покрие агрегирани разходи за определен период от време.

Сдържането на разходите зависи от степента на гъвкавост на глобалния бюджет. Ефективни форми за сдържане на разходите са предимно твърдите глобални и секторни бюджети. Определянето на степента на гъвкавост на бюджета става според т.нар. фиксирани (твърди) и отворени (меки) бюджетни ограничения. При твърдите бюджетни ограничения изпълнителите са напълно отговорни за реализираните печалби и загуби. При отворените бюджетни ограничения публичните мениджъри имат ограничена отговорност за изпълнението и не носят отговорност за прекомерното изразходване на средства и претърпените загуби. Следователно твърдият бюджет е по-ефективен инструмент за сдържане на разходите, но може да ограничи достъпа и да влоши качеството на услугите, например като допринесе за създаването на листи на чакащите. Независимо от това той също може да предизвика увеличение на общите разходи в системата, в резултат от прехвърлянето на пациенти към други нива на здравната система.

Формулата на финансиране чрез глобален бюджет се разработва за разпределяне на дяловете от общите ресурси за болничната подсистема и може да се основава на: годишни оценки на броя на обслужваното население; разпределение по възраст и пол на населението по региони или локални здравни области, разлики в здравния статус (села/градове, бедност); разстояние (разходите са различни); ежегодно подавани от болниците данни за извършени услуги; размери и ефективност на болницата; брой прием/изписване; данни за услугите по групи случаи/групи заболявания (ДСГ); програми за обучение; третични (високоспециализирани) услуги.

Например използването на метод, основаващ се на числеността на населението, започва с разделянето на региони и локални здравни области, в които се изчисляват относителните потребности от ресурси. Относителните потребности на всяка популация се изразява в брой случаи с определено относително тегло и според ресурсоемкостта на случаите. Това може да се изчисли по следната формула:

Местна популация на болницата X коефициент на използването (среден) (претеглени случаи/1000) за всяка възрастова група = общо очаквано натоварване за популацията.

Сравняването на натоварването на болниците въз основа на броя на случаите е прекалено грубо и за това е по-добре случаите да се групират по диагнози (т.е. клинично сходни) и по хомогенност на разходите (т.е. по сходно използване на ресурсите). Това са т.нар кейс-микс подходи (CMG) или ДСГ групиране.

За оценка на потребностите на населението от медицински услуги могат да се използват осреднените национални или целеви стойности. Претеглянето на здравния статус на населението може да стане чрез стандартен коефициент за смъртност или друг заместващ показател.

Методологията за определяне на ресурсоемкостта на случаите (Resource Intensity Weights) се използва за стандартизиране на потребностите от ресурси, допускайки, че за не всички пациенти се изискват еднакви ресурси. Ресурсоемкостта на случаите се определя чрез теглото на всеки случай в съответствие с неговата сложност и разходи, като се основава на диагнозите, процедурите и възрастта на пациентите. Получените RIW дялове се разпределят между болниците в съответствие с движението на пациентите.

Прехвърлянето на случаи в или от регион в съответствие с използваната схема за насочване на пациенти може да се определи от натоварването на болниците. Например чрез индикатора натоварване на болница X като дял от общото натоварване на всички болници. В резултат се заделя определен процент от бюджета на всички болници и се прехвърля като дял към болница X. Изключение от това правило за разпределяне на ресурсите могат да са университетските или високоспециализираните болници, които да получават по-голямо финансиране за един пациент. Освен това, малките лечебни заведения в отдалечените и трудно достъпни райони могат да са под специален режим и с друга схема на финансиране.

## **Капитация**

Капитационното плащане е фиксирано ежемесечно заплащане, получавано на база брой записани пациенти за предоставянето на определен обхват от услуги. Счита се, че този механизъм създава стимули за справедлив достъп до услуги и гарантирано качество. Чрез системата на капитацията доставчикът получава регулярно заплащане, независимо дали пациентът получава или не някакви услуги през дадения месец. За сметка на това доставчикът е отговорен за осигуряването на всички специализирани услуги, включени в осигурителния пакет, дори ако разходите превишават месечните капитационни плащания. Приспособяването на капитационните плащания според профила на пациента въз основа на обективни характеристики като възраст и пол до определена степен смекчава риска от загуба, породен от колебания в използваемостта. Финансовата загуба тук се поражда от факта, че капитационното плащане е свързано твърде абстрактно с пациента като мярка за очакваните разходи.

Предимствата на този механизъм се основават на фискалната предвидимост на плащанията и липсата на сложни системи от цени, които да компенсират лекарите за широкия обхват и разнообразие на предлаганите услуги. Когато капитационният размер на плащането не е определен адекватно, съществува риск от селекция на пациенти с по-висок здравен статус и с по-ниски от средното ниво разходи.

Премии, които са свързани с доходите и не са обвързани с подходящите регулации, пораждат силни стимули за селекция чрез набиране на осигурени индивиди с високи вместо с ниски доходи. Това „обиране на каймака“ би довело до нарастване на неравенствата между премийните нива сред изпълнителите, които практикуват селектирането и тези, които не го практикуват, като съответно ще повиши нивата на печалба на първите и риска от финансова загуба при последните.

Изборът на фактори, които да бъдат включени при изчислението на капитационния коефициент и теглата, които да отразяват тяхното относително влияние върху необходимостта за финансиране, са обусловени от наличието на релевантни данни.

Процесът по изравняване на риска използва два широки подхода за определяне на капитацията: матричен подход, базиран на данни за индивидуалното ниво, и индексен подход, базиран на агрегирани данни. При матричния подход една или повече променливи на потребността от услуги (като възраст, пол, урбанизационен статус, етнически произход, инвалиден статус, брачен статус, жилищна собственост, трудов статус, предишна използваемост на медицински услуги) са използвани за създаване на мрежа от капитационни суми, в която всеки запис представя очакваните годишни здравни разходи на индивида с асоциираните характеристики. Матрицата може да включва следните примерни променливи: осем възрастови категории, две полови категории, три категории, свързани с трудовия статус и две категории, свързани с нетрудоспособността, представено в чистият си вид като  $8 \times 2 \times 3 \times 2 = 96$  параметъра (клетки), за които е необходимо да се направят самостоятелни изчисления. Обичайната техника за изчисление на комбинацията от променливи е чрез използването на конвенционалния регресионен анализ, при който всяка клетка (елемент) е представена от фиктивна променлива.

Възможно е да се използва т.нар. рудиментарна матрица, която в основата си съдържа единствено възраст и пол ( $8 \times 2 = 16$ ), и към нея да се добавят останалите променливи, като се допуска, че останалите променливи са независими от основните две. Трудовият и инвалидният статус се считат за допълнителни и могат да се приложат за всеки индивид независимо от неговите пол и възраст. Тогава матрицата би добила вида  $16 + 3 + 2 = 21$  параметъра, което опростява значително изчисленията.

Поради големите ограничения, свързани с регистриране и обработка на подробна социална и здравна информация за индивидите много схеми за изравняване на риска използват по-агрегирани данни, свързани с пакета от услуги като цяло. При индексния подход агрегираните мерки на променливите се съчетават, за да съставят индекс, с който се цели да се покажат обобщените потребности от услуги на свързаното население. Индексът (серии от индекси) може да бъде базиран на такива фактори като демография, смъртност, гъстота на населението, процент безработица, процент инвалидност, качество на жилищния фонд. Този подход също се сблъсква с ограниченост на информацията. Могат да съществуват и хибридни подходи – предварителната капитация е базирана на рудиментарна матрица (базирана на пол и възраст), останалата матрица е приспособена чрез индекс към всеки пакет от услуги.

Капитационните системи са предимно базирани на емпирични данни и разчитат преобладаващо на анализиране на съществуващите образци на използваемост на медицинските услуги.

### ***Заплата/договор (споразумения за заплащане)***

Методът заплата/договор за частично (разходите за персонала са само част от общите разходи за лечение) или цялостно възнаграждение на изпълнителите е широко разпространено в страните от ОЕСД, независимо дали работят на индивидуална практика или в рамките на дадена организационна структура. При този метод изработените часове, които са основната единица за възнаграждение, са ясно дефинирани, което допринася за относително висока предвидимост за финансиращата институция.

При този метод доходите на изпълнителите не са обвързани с резултата от дейността или с качеството на продуктите или услугите, които предлагат. Следователно лекарите на заплата в публичния сектор често биват свързани с ниска мотивация, ниска производителност и ниско качество на услугите.

## ***Такса за услуга***

Таксата за услуга е метод за възнаграждение на изпълнителите според броя на оказаните услуги. При този метод парите следват пациента като насърчават производителността, доколкото директно компенсират лекарите за извършените услуги за изработените часове.

Таксата може да бъде или договорена на национално ниво (Германия, Франция), или определена от индивидуалните изпълнители.

Таксата за услуга насърчава изпълнителите да намалят броя на прехвърлянето на пациентите към по-горните нива в системата. Независимо от това използването на таксата за услуга като единствен метод на заплащане трябва да бъде избягван, тъй като това повишава разходите по начин, който не може да бъде контролиран с други методи. Въпреки това се счита, че тенденцията към свръхпредлагане на услуги при този механизъм може да бъде ограничена чрез лимити на цените или обема. Това става чрез поставяне на тавани на общия стойностен размер на услугите, договаряне на обема в рамките на бюджетни тавани или пропективни глобални бюджети с гъвкави тавани.

Например такса за услуга може да бъде с определен размер, като е комбинирана с общи бюджетни (разходни) тавани. В Германия таксата за услуга при амбулаторните услуги е комбинирана със секторни бюджети. Всеки вид услуга е свързан със специфичен брой точки. Стойността на всяка точка се получава чрез разделянето на секторния бюджет за амбулаторни услуги на броя точки, „произведени“ от всички ОЛП-та. Крайното възнаграждение на лекаря (платено на тримесечна база) е еквивалент на общата стойност на точките, които е „спечелил“ посредством предоставянето на медицински услуги.

## ***Базираното на случая плащане (Диагностично свързани групи)***

Диагностично свързаните групи (ДСГ-система) са система за класификация на пациентите в групи. Системата разпределя пациентите в сходни икономически и медицински групи, които имат сравнимо ниво на използване на болнични ресурси и очаквани разходи. При ДСГ-системата изпълнителите са реимбурсирани на база фиксиран процент, определен въз основа на финансовата тежест, предизвикана от диагнозата, лечението и вида на разпределението на разходите.

ДРГ-системата съдържа силни стимули за ограничение на разходите, доколкото възнаграждението е свързано с предвидими диагнози и процедури. Изпълнителите са мотивирани да предоставят услуги, колкото е възможно по-ефективно с най-кратката продължителност на престоя. От друга страна опасенията по отношение на прибързаното изписване на пациентите от лечебното заведение, селекцията на ниско разходни пациенти и увеличаването на достъпа трябва да бъдат взети предвид при избора на този механизъм на заплащане. Следователно мерките по отношение на качеството и мониторинга са съществени за избягването на негативни ефекти.

В Германия и Естония например успешно се използват ДГС за реимбурсиране на разходите на болниците за предоставените услуги с изрично посочени лимити на услугите и определени санкции за превишаване на лимитите.

Базираното на случая плащане е по-малко подходящ като механизъм за заплащане в доболничната помощ поради трудното дефиниране на случая.

## ***Плащане на ден***

Възнагражденията на база дневен престой в болнично заведение поражда силни стимули за нарастване на приема и увеличаване на продължителността на престоя, което съответно повишава здравните разходи. Използването на този метод на заплащане все повече бива ограничаван в страните от OECD. Например извънредно голямата продължителност на престоя при заплащането на ден е била основната причина в Германия да въведе ДСГ като схема за възнаграждение в болничната подсистема.

## ***Плащане за постигнат резултат (P4P)***

Плащането за постигнат резултат съчетава финансовото възнаграждение с подобрените резултати от дейността и осигурява различни стойностни размери на изпълнителите, базирани на техните различия в постигането на резултат. В измерването на резултатите могат да се включат пет измерения: (1) удовлетворение на пациента, (2) клиничен процес, (3) краен ефект от дейността (outcome), (4) информационни технологии, и (5) индикатори за ефективност за идентифициране на областите на неподходяща използваемост (Rosenthal et al. 2006). Индикаторите за ефективност е необходимо да бъдат приспособени към риска, за да отчитат различията в тежестта на кейс-микса на изпълнителите, когато се сравняват резултатите между лечебните заведения и когато се използват сравнимите резултати за заплащането за постигнат резултат.

Изработването на валидни показатели за измерване в сектора на специализираните услуги може да бъде предизвикателство, тъй като са необходими много и различни индикатори за измерване за всяка специалност и услуга.

Стимулите при заплащането за постигнат резултат се срещат в няколко форми с различен размер и методология. Най-често използваните инструменти са бонуси – получаване на суми до определен размер или санкции – задържане на част от реимбурсивната стойност.

## ***Модели на финансиране в страните от ЕС***

Необходимо е приоритетите на провежданата политиката ясно да се открояват чрез избраната комбинация от механизми на заплащане на изпълнителите в системата. Тъй като методите на заплащане генерират едновременно неблагоприятни и благоприятни стимули, които въздействат на големината, качеството и комбинацията от услуги, механизмите на финансиране следва да бъдат предмет на едно по-задълбочено изследване

В таблицата са представени методите за възнаграждение на изпълнителите, използвани от осигурителната институция от името на пациента и/или директните плащания на пациентите. Преобладаващият механизъм на заплащане е изведен на първо място. Прави впечатление, че преобладава проспективното бюджетиране, отколкото базирано на услугите финансиране.

Страна	Основно плащане финансиращата институция и/или доплащане от пациента	Първични услуги (ОПЛ)	Специалисти (амбулатория)	Специалисти (в болници)	Болници за остри заболявания (acute care)
Австрия	Финансиране от публични източници	Allowances (80%) + Такса за услуга (договорени), Такса за услуга (недоговорени)	Allowances (50%) + Такса за услуга (договорени), Такса за услуга (недоговорени)	Заплата + бонуси	Базирани на случая плащания с ретроспективни коригиращи стойности
	Доплащане от пациента	Такса от 3.6 € за първата консултация през тримесечието и 20 % на консултация Такса от 4.25 € за всеки медицински документ Безплатно за децата, пенсионерите, лицата с ниски доходи и хронично болните			Такса за болничен престой от 7.63 € на ден, в рамките на 28 дни годишно (без лицата с ниски доходи).
Белгия	Финансиране от публични източници	Такса за услуга	Такса за услуга	Такса за услуга	Глобални бюджети + Базирани на случая плащания (case-based payment (fixed FFS payment))
	Доплащане от пациента	30 % на консултация и 35 % на посещение 10 % за социално слабите (преференциален режим); Лимитиране на остатъка за доплащане в рамките на „максимум за фактуриране„ (между 450 € et 2.500 € в зависимост от доходите)	46 % на консултация 10 % за социално слабите (преференциален режим); Лимитиране на остатъка за доплащане в рамките на „максимум за фактуриране„ (между 450 € et 2.500 € в зависимост от доходите)		Дневна такса за болничен престой от 12.07 € (4.29 € за лица с «преференциален режим» за лицата с ниски доходи.) Такса от 12.07 € на ден за настанени в психиатрично болнично отделение от 1-вия до 3-тия месец и 4,29 € за повече.) Такса за медикаменти от 0.62 € на леглоден (0.70 € в психиатрична болница).
България	Финансиране от публични източници	Капитация + Заплащане за извършена дейност + Бонуси	Такса за услуга	Заплата + бонуси	Базирани на случая плащания + Глобални бюджети
	Доплащане от пациента	Плащания от страна на потребителите на медицински услуги (потребителски такси) по чл.37 ал.1 от Закона за здравното осигуряване; (1 % от минималната работна заплата, установена за страната; лицата, навършили 60 години за жените и 63 години за мъжете, заплащат сумата от 1 лев)			Плащания от страна на потребителите на медицински услуги (потребителски такси) по чл.37 ал.1 от Закона за здравното осигуряване; (за всеки ден болнично лечение - по 2 на сто от минималната работна заплата, установена за страната, но не повече от 10 дни годишно)
Кипър	Финансиране от публични източници	Заплата (публични), Такса за услуга (частни)	Заплата (публични), Такса за услуга (частни)	Заплата	Глобални бюджети



Страна	Основно плащане финансиращата институция и/или доплащане от пациента	Първични услуги (ОПЛ)	Специалисти (амбулатория)	Специалисти (в болници)	Болници за остри заболявания (acute care)
	Доплащане от пациента	N/A	N/A		N/A
Чешка република	Финансиране от публични източници	Претеглена на база възраст капитация + Такса за услуга	Такса за услуга с таван на обема	Заплата	Глобални бюджети + Базирани на случая плащания
Дания	Финансиране от публични източници	Капитация+ Такса за услуга	Такса за услуга	Такса за услуга	Глобални бюджети + Базирани на случая плащания
	Доплащане от пациента	Доплащане на пациентите от категория 2, които свободно избират своя лекар.			Безплатно в одобрени публични и частни болници. Разходите в частни болници, които не са одобрени, не се поемат.
Естония	Финансиране от публични източници	Претеглена на база възраст капитация + Такса за услуга	Такса за услуга	Такса за услуга	Базирани на случая плащания
	Доплащане от пациента	N/A	N/A		N/A
Финландия	Финансиране от публични източници	Заплата + Такса за услуга или комбинация от заплата, капитация + Такса за услуга за индивидуалните лекари (публични), Такса за услуга (частни)	Заплата+ Такса за услуга (публични), Такса за услуга (частни)	Заплата + Такса за услуга	Базирани на случая плащания
	Доплащане от пациента	В медицинските центрове на всеки 12 месеца (по избор на общините) : 11 € на консултация за първите три консултации и безплатно за повече от три (Участието се отнася също и за био-медицинските изследвания, както и за рентгенологията.) В болниците: 22 € за външна консултация Частни лекари: 40 % на консултация (13 € на консултация, дейност или назначено изследване и 25 % над този дял) Горен лимит на доплащането до 589 € в публичния сектор Безплатно за деца до 15 години и за превантивната помощ			Дневна такса от de 26 € за кратък престой в болница (12 € в психиатрично отделение). Максимална такса от 67 € в болнична хирургия. За по-малки от 18 години дневната такса е ограничена до 7 дни в годината.

Страна	Основно плащане финансиращата институция и/или доплащане от пациента	Първични услуги (ОПЛ)	Специалисти (амбулатория)	Специалисти (в болници)	Болници за остри заболявания (acute care)
Франция	Финансиране от публични източници	Такса за услуга	Такса за услуга	Заплата	Глобални бюджети + Базирани на случая плащания  Дневна такса от 10,67 € (13 € считано от 2004 год.). Здравен талон от 20 % от разходите в течение на 30 дни. Безплатно за тежка интервенция (>КС 50)
	Доплащане от пациента	30 % на консултация или посещение; Безплатно за пациенти в ALD и социално слаби (CMUC)	30 % на консултация или посещение Безплатно за пациенти в ALD и социално слаби (CMUC)		
Германия	Финансиране от публични източници	Точкова такса за услуга	Точкова такса за услуга	Заплата	Глобални бюджети + Базирани на случая плащания + Плащане на ден  Такса за дневен престой от 9 €, в границите на 14 дни (12 €, в границите на 28 дни, считано от 2004 година). Безплатно за децата.
	Доплащане от пациента	Такса от 10 € на тримесечие при първата консултация (считано от 2004 година) Безплатно за децата и за лица, включени в програми за здравна превенция. Ограничаване до 1 % от доходите за хронично болните и 2 % за останалите здравно осигурени лица (от 2004 година)			
Гърция	Финансиране от публични източници	Заплата+ Такса за услуга (публични), Такса за услуга (частни)	Идентично с първичната услуга	Заплата+ Такса за услуга	Глобални бюджети + Плащане на ден + Базирани на случая плащания  Без участие в болничните разходи. Такса от 3 € за външни консултации без спешните случаи и без лица с ниски доходи.
	Доплащане от пациента				
Унгария	Финансиране от публични източници	Претеглена капитация + корекции, базирани на характеристиките на доставчика	Такса за услуга с тавани на национално ниво за организациите на изпълнителите , но предимно заплата за лекарите	Заплата	Базирани на случая плащания
	Доплащане от пациента	N/A	N/A		
Ирландия	Финансиране от публични източници	Претеглена капитация + Такса за услуга	N/A	Заплата	Базирани на случая плащания

<b>Страна</b>	<b>Основно плащане финансиращата институция и/или доплащане от пациента</b>	<b>Първични услуги (ОПЛ)</b>	<b>Специалисти (амбулатория)</b>	<b>Специалисти (в болници)</b>	<b>Болници за остри заболявания (acute care)</b>
	<i>Доплащане от пациента</i>				<i>Дневна такса от 33 € в обща стая в рамките на 330 € за една година, с изключение на лицата с ниски доходи. Такса от 32 € за ползване на бърза помощ и ако няма направление от ОПЛ.</i>
<b>Италия</b>	Финансиране от публични източници	Капитация+ Такса за услуга + Заплащане на база резултат (Performance-related pay) (също и за педиатрите)	Такса за услуга	Заплата	Базирани на случая плащания + Капитация
	<i>Доплащане от пациента</i>		<i>До 36 € на консултация (Същото участие се отнася за дейността на масажистите кинезитерапевти, за балнеотерапията и за биомедицинските изследвания.) Безплатно за деца до 6 години, възрастни над 65 год., безработни с ниски доходи, пенсионери с минимална пенсия и социална пенсия, инвалиди трудоустроени, лица страдащи от много тежки заболявания</i>		
<b>Латвия</b>	Финансиране от публични източници	Претеглена на база възраст капитация + Такса за услуга	Такса за услуга или Базирани на случая плащания	Заплата + Точкова такса за услуга	Глобални бюджети + Плащане на ден + Точкова такса за услуга
	<i>Доплащане от пациента</i>	N/A	N/A		N/A
<b>Литва</b>	Финансиране от публични източници	Претеглена на база възраст капитация	Базирани на случая плащания	Заплата	Глобални бюджети + Базирани на случая плащания
	<i>Доплащане от пациента</i>	N/A	N/A		N/A

<b>Страна</b>	<b>Основно плащане финансиращата институция и/или доплащане от пациента</b>	<b>Първични услуги (ОПЛ)</b>	<b>Специалисти (амбулатория)</b>	<b>Специалисти (в болници)</b>	<b>Болници за остри заболявания (acute care)</b>
<b>Люксембург</b>	Финансиране от публични източници	Такса за услуга	Такса за услуга	Предимно такса за услуга	Глобални бюджети + Базирани на случая плащания + Бонуси
	Доплащане от пациента	В течение на 28 дни: 20 % за първата консултация и 5 % за следващите			Дневна болнична такса от 9.3 €. Лимит върху остатъка за доплащане до 3 % от доходите.
<b>Холандия</b>	Финансиране от публични източници	Заплата	Заплата	Заплата	Глобални бюджети
<b>Малта</b>	Финансиране от публични източници	Капитация + Такса за услуга	N/A	Такса за услуга с тавани (65%) или Заплата	Глобални бюджети + Базирани на случая плащания
	Доплащане от пациента	N/A	N/A		N/A
<b>Полша</b>	Финансиране от публични източници	Претеглена капитация	Такса за услуга	Заплата	Базирани на случая плащания
<b>Португалия</b>	Финансиране от публични източници	Заплата (National Health System) + Капитация + Заплащане на база резултат	Заплата (NHS)	Заплата (NHS)	Глобални бюджети + Базирани на случая плащания
	Доплащане от пациента	N/A	N/A		N/A
<b>Румъния</b>	Финансиране от публични източници	Претеглена на база възраст капитация + Такса за услуга (15%)	Такса за услуга (с гъвкави стойности)	Заплата	Глобални бюджети + Базирани на случая плащания + Такса за услуга

Страна	Основно плащане финансиращата институция и/или доплащане от пациента	Първични услуги (ОПЛ)	Специалисти (амбулатория)	Специалисти (в болници)	Болници за остри заболявания (acute care)
Словения	Финансиране от публични източници	Претеглена на база възраст капитация + Такса за услуга	Такса за услуга с национални тавани	Заплата	Глобални бюджети + Базирани на случая плащания
Словакия	Финансиране от публични източници	Капитация + Такса за услуга (50%)	Такса за услуга	Заплата	Базирани на случая плащания
	Доплащане от пациента	N/A	N/A		N/A
Испания	Финансиране от публични източници	Заплата + Претеглена на база възраст капитация (15%)	Заплата	Заплата	Глобални бюджети + Базирани на случая плащания
Швеция	Финансиране от публични източници	Заплата или Капитация + определени такси за услуга	Заплата	Заплата	Глобални бюджети + Базирани на случая плащания
	Доплащане от пациента	Между 11 и 16 € на консултация Безплатно за деца до 18 год., ползващи бърза медицинска помощ. Лимит на остатъка за доплащане до 99 € на година	Между 17 и 28 € на външна консултация в болница. Безплатно за деца до 18 год., ползващи бърза медицинска помощ. Лимит на остатъка за доплащане до 99 € на година		Дневна болнична такса от 9€. Безплатно за деца до 18 год. Намаление за пенсионери и лица с ниски доходи.
Великобритания	Финансиране от публични източници	Претеглена капитация+ Такса за услуга+ Заплащане на база резултат	Няма данни	Заплата (NHS)	Глобални бюджети + Базирани на случая плащания

Източници:

Финансиране от публични източници: Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses, 2009

Доплащане от пациента: МФ, Финансиране и управление на здравеопазването, 2005

## Използвана литература

Министерство на финансите, отдел „Микроикономически анализи“ (2005): Финансиране и управление на здравеопазването, София.

Thomson S., Foubister T., Mossialos E. (2009): Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses; World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Kigali and Rwanda, (2007): Assuring quality health care through social protection: the role of purchasing and quality management, GTZ-ILO-WHO

Maceira D., (1998): Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries, Harvard School of Public Health

Wagstaff A. and Moreno-Serra R. (2008): System-Wide Impacts of Hospital Payment Reforms: Evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia; The World Bank