

ТРУД И СОЦИАЛНА СПРАВЕДЛИВОСТ

СОЦИАЛНО- ИКОНОМИЧЕСКИ БАРОМЕТЪР

Ковид-19: Белези и недъзи
на българското здравеопазване

Даниела Пенкова
Октомври 2021



Три са сериозните недъзи в българската здравна система: органичен достъп до здравеопазване, високи доплащания от страна на пациентите и хронично недофинансиране.



Здравната криза обостря съществуващите проблеми, които се проявяват във фазите на превенция, откриване и лечение на Ковид-19.



Страните с най-добро здравеопазване в света си приличат по това, че са отредили главната роля в здравеопазването на държавата и са ограничили максимално ролята на пазара.

ТРУД И СОЦИАЛНА СПРАВЕДЛИВОСТ

СОЦИАЛНО- ИКОНОМИЧЕСКИ БАРОМЕТЪР

Ковид-19: Белези и недъзи
на българското здравеопазване



„Барикада“ е колектив от журналисти и анализатори, поддържащ онлайн портали на български, английски и румънски език. Изданията съществуват от 2016-та година и са съсредоточени върху новини, анализи и критика на властващия в последните десетилетия модел за пълно подчиняване на обществата на пропазарните политики, разкъсването на социалната тъкан и последствията от философията на егоизма и индивидуализма. Разчитайки на широка палитра от автори в център-лявото поле, „Барикада“ поставя в основата на своята работа проблемите с неравномерното разпределение на ползите от глобализацията и губещите от нея, изострените социални конфликти, посегателствата върху социалните и човешки права, нуждата от всеобщо, достъпно и качествено здравеопазване и образование, застрашително растящите неравенства по света и др.

Съдържание

1.	НАЧАЛОТО НА ПАНДЕМИЯТА	2
2.	ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ПРЕДИ ПАНДЕМИЯТА В ЧИСЛА	4
3.	КОГАТО ГРЪМ УДАРИ	6
4.	НЕДЪЗИТЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В КОВИДКРИЗАТА	9
4.1	Тестове	9
4.2	Лечение	9
4.3	Ваксинация	10
5.	КАКВО ДА СЕ ПРАВИ	12
	Списък на фигури и таблици	14

1

НАЧАЛОТО НА ПАНДЕМИЯТА

Почти две десетилетия международната научна общност алармира за опасността от избухването на световна пандемия от непознат патоген. Причина за тези предупреждения става появата на коронавируса SARS-CoV-1 в южните части на Китай през 2002 г. Той е причинител на болестта Тежък остър респираторен синдром (ТОРС) с висока леталност – CFR=10, което означава, че 10 от всеки 100 заразени изгубват живота си. От 1 ноември 2002 г. до 31 август 2003 г. вирусът заразява 8 096 души, причинявайки 774 смъртни случая, главно в Китай, Хонконг, Тайван и цяла Югоизточна Азия. От 2003 г. се счита, че вирусът е елиминиран сред човешката популация главно поради две причини – първо, високата леталност води до самоограничаване на разпространението, поради настъпването на смърт на заразените, и второ, вирусът е най-заразен през втората седмица от заразяването, когато пациентите са вече тежко болни и поради това се лекуват по домовете или в болниците, без да се придвижват сред населението и да разпространяват заразата. Появата на SARS-CoV-1 доказва, че в днешния глобализиран свят едно инфекциозно заболяване може да се разпространи изключително бързо. Именно за това Световната здравна организация¹ отправя призови към всички държави да съставят собствени национални планове за реакция на подобни бъдещи заплахи. По отношение на Европа, тези призови се реализират на практика в създаването на Европейския център за профилактика и контрол на заболяванията (ECDC) през 2005 г. със седалище в Швеция, близо до Стокхолм. Целта на Европейския център е да координира действията на отделните държави и да подпомогне съставянето на национални програми за реакция на пандемични заплахи. В ECDC членуват всички държави-членки на Европейския съюз, както и Исландия, Лихтенщайн и Норвегия. Всички те изготвят програми, описващи необходимата подготовка на здравните системи и основните стъпки за ограничаване и борба с непознати патогени.

След достигането на пандемията от SARS-CoV-2 в Европа през 2020 г. стана ясно, че нито европейската програма, нито националните планове са постигнали своята цел. От една страна, бяха negliжирани данните от Китай за заразността на новия коронавирус, от друга, Световната здравна организация не призова за затваряне на границите веднага след установяването му там. Самите европейски държави не предприеха самостоятелно подобни мерки, сякаш вярваха, че и този път няма да бъдат засегнати от пандемията, както стана със SARS-CoV-1 през 2002 г. и MERS-CoV, появил се през 2012 г. и разпространяващ се предимно в Близкия Изток. Държавите в Европа очевидно не следваха точките в плановете си, които трябва да гарантират подготвеността на здравните системи – например, навсякъде се констатираха липси на предпазни средства за болничния персонал, не се извърши разделение на болничните потоци и така болниците се превърнаха в огнища на заразата и т.н.

Когато първите два случая на новия коронавирус SARS-CoV-2 бяха засечени в България на 8 март 2020 г., ситуацията в Европа вече е извън контрол. В Италия случаите са 7380 и нарастват в геометрична прогресия, а починалите са 367. В Испания случаите са 12 154, в Германия и Франция са над 1000, а всички останали държави от ЕС вече са отчетливи първите си случаи. Двете най-засегнати по онова време държави, Италия и Испания, са пример за натиска, който оказва пандемията върху болниците. Най-притеснителното е, че и двете държави разполагат с едни от най-добре функциониращите здравни системи в Европейския съюз. Те могат да се похвалят с изцяло държавно финансиране на общественото здравеопазване, което гарантира достъп до здравни услуги на цялото население, както и с най-голямата продължителност на живота в ЕС. Въпреки добрите възможности на здравните им системи, правителствата на Италия и Испания са принудени да наложат локдаун, съответно на 9 и 14 март 2020 г., за да ограничат разпространението на вируса и да помогнат на болниците, които вече изнемогват.

¹ https://www.who.int/csr/resources/publications/CDS_CSR_ARO_2004_2.pdf

Още преди появата на новия коронавирус в България, със заповед на Министерския съвет от 26 февруари² се сформира Национален оперативен щаб (НОЩ) със задача „да организира, координира и наблюдава всички действия на компетентните органи във връзка с предотвратяване на разпространението на COVID-19, както и да събира, обобщава и анализира цялата информация за развитието на ситуацията, свързана с разпространението на COVID-19, и да информира медиите и обществеността.“ Именно по съвет на Националния оперативен щаб и след решение на Народното събрание,³ на 13 март 2020 г. се въвежда из-

вънредно положение и локдаун. Към същата дата случаите в страната са 23 и има само един починал. Тази реакция безспорно се дължи на притеснителната информацията, идваща от Италия, Испания и Китай (тогава с 80 824 случая и 4633 починали). Както по-късно ще признае председателят на НОЩ ген. Мутафчийски⁴, главната причина за своевременното затваряне на страната са опасенията от неподготвеността на българската здравна система пред лицето на подобно предизвикателство. Проследявайки развитието на пандемията у нас, можем да заключим, че опасенията са били напълно резонни. Нека видим защо.

² <https://coronavirus.bg/bg/231>

³ <https://www.parliament.bg/bg/decision/ID/157374>

⁴ Интервю на Миролюба Бенатова с ген. Венцислав Мутафчийски, проведено на 13 май 2020г. във ВМА. <https://www.youtube.com/watch?v=fydepD8mAUo>

2

ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ПРЕДИ ПАНДЕМИЯТА В ЧИСЛА

Действително, българското здравеопазване е с най-лошите показатели в Европейския съюз от години. Един от най-големите проблеми е **ограниченият достъп до здравеопазване**. В Годишния си отчет за изпълнението на бюджета за 2019 г., Националната здравноосигурителна каса декларира:

Към 31.12.2019 г. неосигурените лица са 18,6% от структурата на общо лицата, водени като задължително здравно осигурени или в абсолютна стойност те представляват 1 361 хиляди души.⁵

Причината за това е една особеност в действащия Закон за здравно осигуряване. Според чл. 109, при неплащане на повече от три дължими месечни осигурителни вноски за период от 36 месеца здравноосигурителните права на гражданите се прекъсват. За да бъдат възстановени, е необходимо гражданите да внесат здравноосигурителни вноски за 5 години назад. България е единствената държава в ЕС с подобно изискване за получаване на достъп до общественото здравеопазване.

В държавите от ЕС гражданите и живущите на територията на страните биват здравноосигурени по два начина. Първият се нарича **модел Бевъридж** и се прилага в 10 държави: Швеция, Дания, Финландия, Испания, Италия, Португалия, Ирландия, Латвия, Малта и Кипър. Там здравеопазването се финансира изцяло от данъците и се гарантира достъп на всички граждани и законно пребиваващи в страната чужденци, без значение от трудовия им статус. В някои държави, като Франция, работещите заплащат здравноосигурителни вноски, но всички други лица (ученици, пенсионери, неработещи) са осигурени от държавата чрез държавния бюджет, за да се гарантира пълен достъп до здравеопазване на всички. За това може да се каже, че Франция също принадлежи към тази група. Всички те са сред страните с най-добрите здравни показатели в света,⁶ което демонстрира ефективността на този тип здравни системи.

В останалите европейски държави, включително България, здравеопазването се финансира от здравноосигурителни вноски, а не от данъци. Особеното в този начин на финансиране е, че достъпът до здравни услуги се осигурява на живущите в страната според това дали плащат здравни осигуровки (с изключение на спешната помощ, която се гарантира на всички). В Европейския съюз здравноосигурени са всички работници и самоосигуряващи се лица още от първия месец, в който започнат да се осигуряват. Ученици и пенсионери са здравноосигурени от държавата. Разликата между България и останалите страни с финансиране чрез здравноосигурителни вноски, е, че единствено у нас съществува отнемането на здравноосигурителния статус и възобновяването му срещу изплащане на осигуровки със задна дата. Подобен беше и случая с Кипър до 2018 г., където се изискваше плащането на вноски за 36 месеца, но това изискване беше премахнато от 1 януари 2019 г.

В България вторият голям проблем в здравеопазването, свързан с финансирането му, е високият процент на **доплащания от страна на пациентите**. У нас те са 46,6% от всички разходи за здравеопазване при средно 15,8% за Европейския съюз.⁷ Необходимостта от доплащане често води до отказ от лечение и превенция от страна на пациентите, поради липса на финансови възможности, и последващо влошаване на здравното им състояние.

Третият сериозен проблем на българското здравеопазване е **хроничното недофинансиране на системата**. То се дължи основно на ниските публични разходи за здравеопазване,⁸ които са едва 5,1% от БВП, с което страната значително изостава от средните за ЕС 7%. Под публични разходи за здравеопазване се има предвид сумата между разходите на държавния бюджет за здравеопаз-

⁵ https://www.parliament.bg/bills/44/002-00-16_Godishen_otchet_za_izpalnenie_byudzheta_na_NZOK_2019-chast_1.pdf

⁶ MEASURING OVERALL HEALTH SYSTEM PERFORMANCE FOR 191 COUNTRIES <https://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf>

⁷ State of Health in the EU, Bulgaria Country Health Profile, 2019, OECD https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_bulgaria_english.pdf

⁸ Пенкова, Д. (2018) *Публични разходи за здравеопазване в България и европейския съюз*, Фондация Фридрих Еберт

ване и разходите на държавните здравноосигурителни фондове, която сума е част от Консолидираната фискална програма.

Именно поради липсата на средства, у нас за здравеопазване се харчи **най-малко на човек от населението** – 625 евро при средно за ЕС 2987 евро⁹, като, нека припомним, от тях почти половината идват от джоба на пациентите. Според изследване на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие,¹⁰ съществува тясна зависимост между ниските разходи за здравеопазване на човек от населението и високата лечима смъртност. Действително, по този показател България отчита 192 случая на **лечима смъртност** на 100 000 души под 75 години – над два пъти повече от средните за ЕС 93 случая.¹¹ Липсата на средства в системата води и до недостатъчно заплащане на медицинските специалисти, което от своя страна е причина за недостиг главно на медицински сестри. По този

показател отново сме на последно място, като у нас **практикуващите сестри** са 4,3 на 1000 души при средно за ЕС 8,5.¹² Друг крайно притеснителен здравен показател, дължащ се на недофинансирането на системата и високото доплащане от страна на пациентите, е **очакваната продължителност на живота** – тук отново сме на последно място със 75 години при средно 81 за ЕС.¹³

От цитираните дотук данни е видно, че недъзите на българското здравеопазване са дълбоко вкоренени в законовата рамка, в която то оперира, и произтичащите оттук резултати са най-лошите в Европейския съюз далеч преди избухването на пандемията от новия коронавирус. На фона на всичко това не е учудващо, че след първоначалното удържане на заразата, в последвалите вълни България бързо изпадна във всички класации, за да се озове там, където винаги се е намирала – на незавидното последно място.

⁹ Евростат, данни за 2017 г.

¹⁰ OECD (2019) OBS-CountryHealth-Profiles-2019-Launch-presentation

¹¹ Пак там.

¹² Пак там.

¹³ Пак там.

3

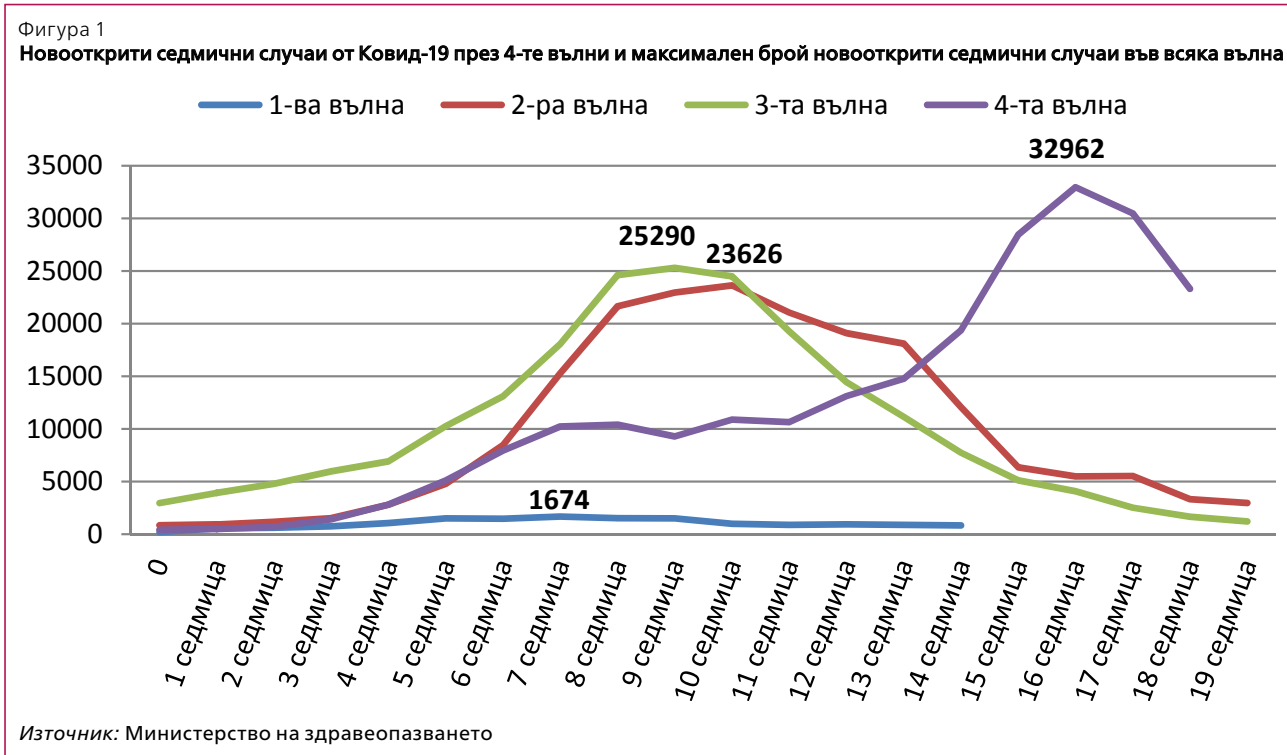
КОГАТО ГРЪМ УДАРИ

Би било чудесно, ако пандемииите се управляваха от здравни специалисти, експерти и организации. В такъв случай всички предприети мерки биха били обвързани с цели от здравно естество – ограничаване и елиминация на заразата, лечение, профилактика, рехабилитация, ваксинация. Но, за съжаление, управлението на пандемииите се извършва от политиците, които могат да вземат или да не вземат предвид съветите на експертите. Техните решения се подчиняват основно на цели от икономическо естество, свързани със защитата на финансовите интереси на една или друга обществена група. Причината да бъде така е, че политическият процес е силно зависим, от една страна, от финансирането на изборния процес, а от друга – от обществените настроения, които са лесно манипулируеми от медиите, сами по себе си управлявани от частни компании. Ето как политиците се оказват заложници в битката между обществения и частния интерес и в тази битка често застават на страната на частния, който държи в ръцете си всички лостове, предопределящи политическата им съдба.

Управлението на пандемията от SARS-CoV-2 в България и Европейския съюз последва същата политическа логика. Ако при появата си вирусът все още беше обгърнат от безброй неизвестни и поради това всяваше страх във всекиго, включително в най-богатите и властни предприемачи, с течение на времето настъпи известно успокоение, привикване към ужасяващите статистики и нов порив за възобновяване на икономическия живот, дори и с цената на множество човешки съдби. Не е учудващо, че в първите месеци от пандемията държавите

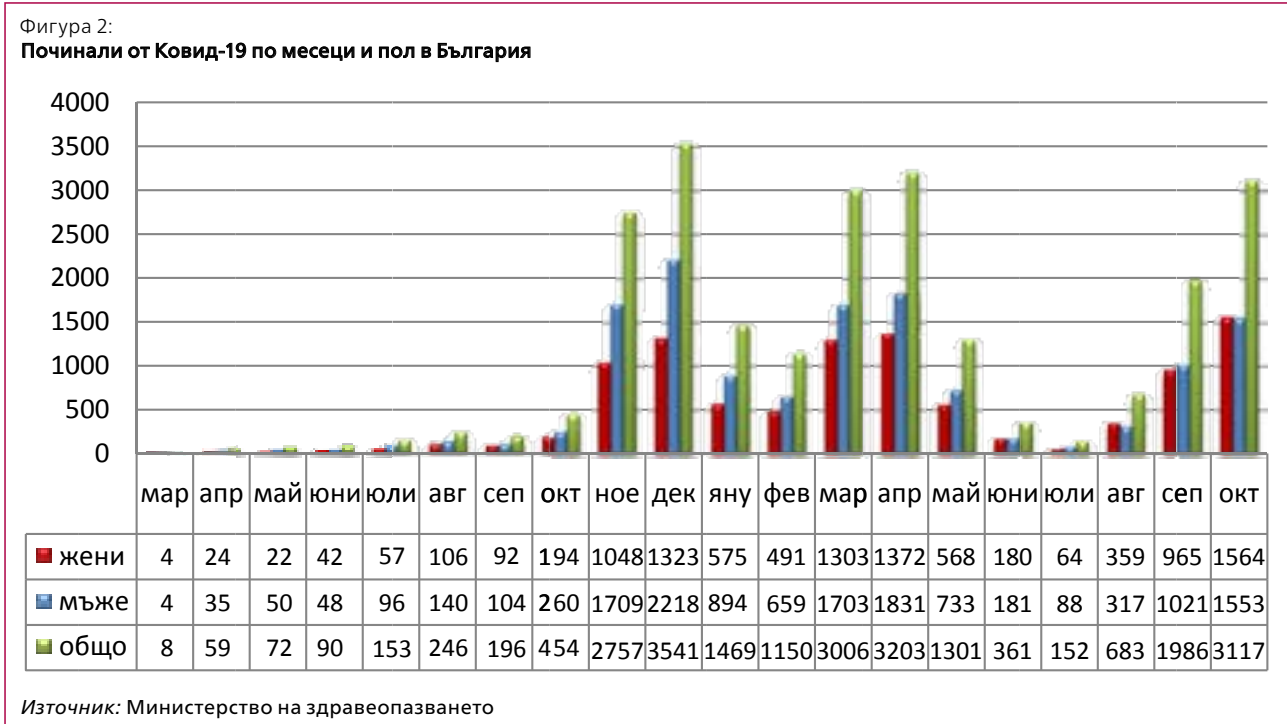
в цял свят по примера на Китай предприеха локдауни, без да срещат особена съпротива. Това принудително затваряне безспорно доведе до отлични резултати от здравно естество – дори в най-засегнатите в началото европейски държави (Италия, Испания, Белгия) се оказа, че в първата вълна, която тогава изглеждаше ужасяваща, в крайна сметка е имало по-малко заразявания и жертви в сравнение с втората. Ефектът от сериозните противоепидемични мерки, реализирани под формата на частично или пълно затваряне на населението по домовете, си каза думата.

В България първата вълна беше избегната. По време на извънредното положение и локдауна между 13 март 2020 г. и 13 май 2020 г. общо заразените са 2046 души, а починалите – 44. За първа вълна у нас се приема периодът от 1 юни до 6 септември 2020 г., когато установените случаи са 15 378, а починалите – 465 души. Максималният брой заразени за една седмица през първата вълна са 1674. В сравнение с периода на локдауна, тези числа изглеждат ужасяващи. Въпреки това, по време на първата вълна продължаваха да действат противоепидемични мерки, свързани с носене на маски, дистанция, дистанционно обучение на учениците, ограничен брой посетители в затворени помещения и др. Когато обаче и тези противоепидемични мерки бяха премахнати с цел „завръщане към нормалността“, България усети действителната сила на природата и започна да дава огромен брой жертви. Можем да видим резултатите от управлението на коронакризата през 4-те вълни в следната графика:



От фигура 1 е видно, че всяка следваща вълна води до все по-голям брой новозаразени, като постигнатите пикови стойности на новозаразените в една седмица са все по-високи. Впечатляваща е разлика-

та между първата вълна и последвалите я. Очевидно натрупаният опит не се използва за подобряване на управлението на кризата.



Данните за починалите лица са показани във **фигура 2**. Въпреки избягването на първата вълна, по брой на починалите на милион души България достигна второ място в света за целия период на пандемията – 3 862 души.¹⁴ Още по-притеснителни са данните за надвишената смъртност на 100 000 души, които ни поставят на първо място в света – 661 души.¹⁵

Данните за извънредното положение и 4-те вълни в България са обобщени в Таблица 1. От нея се вижда, че както новозаразените, така и починалите се покачват с всяка следваща вълна. Все още не могат да се обобщят данните за 4-тата вълна, тъй като тя все още не е приключила, а се очертава като най-дългата до момента. Както може да се види, по време на извънредното положение и първата вълна покачването на смъртността от Ковид-19 и надвишената смъртност са незначителни. Не така стоят нещата при втората, третата и четвъртата вълна. Очевидно е, че след лятото на 2020 г. здравната криза излиза извън контрол.

Както отбелязахме по-горе, причината за тези числа е нежеланието на политиците да наложат сериозни протиепидемични мерки поради натиска на бизнеса и общественото мнение. Защо и как повлияха тези фактори върху управлението на кризата е тема, която заслужава да бъде разгледана по-задълбочено в бъдещи анализи. В настоящия ще се концентрираме единствено върху състоянието на здравеопазването като ключов фактор за резултатите към днешна дата.

Таблица 1:
Заразени, починали и надвишена смъртност¹⁶

	период	новозаразени	починали	Надвишена смъртност
Изв. положение	13.03.20-13.05.20	1 997	92	234
Първа вълна	01.06.20-05.09.20	15 378	531	980
Втора вълна	07.09.20-17.01.21	198 010	7 303	16 418
Трета вълна	18.01.21-31.05.21	207 546	9 188	14 234
Четвърта вълна	05.07.21-Данни до 15.11.	233 597	8 195	13 912 до 44. седмица

Източник: Министерство на здравеопазването, НСИ

¹⁴ Данните са към 16 ноември 2021 г. и се отнасят към населението от преброяването 2011 г. След отчитането на данните за населението от последното преброяване през 2021 г. се очаква числото да се повиши.

¹⁵ <https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker>

¹⁶ Изчисленията са приблизителни, тъй като предоставените от НСИ данни са седмични, а не по дати.

4

НЕДЪЗИТЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В КОРОНАКРИЗАТА

Поради бързата мутация на новия коронавирус, се очертава борбата с него да продължи още дълги години.¹⁷ Не е учудващо, че всички държави по света обсъждат необходимостта от реформи в здравеопазването, за да се изгради по-адекватен отговор на бъдещите предизвикателствата. България не прави изключение. Здравната криза обостря съществуващите проблеми в здравната ни система и ги прави очевидни.

4.1 ТЕСТОВЕ

Първата необходима стъпка за контролирането на една пандемия е откриването на заразените лица, за да бъдат поставени под карантина и така да се ограничи разпространението на заразата. Поради това проблемът със създаването и осигуряването на адекватни тестове беше особено изострен в първите месеци на пандемията. В следствие редица държави започнаха да произвеждат собствени тестове, както и да търсят други ефективни начини за установяване на заразата (например, в Италия се извършваше ехография на белите дробове с подвижни устройства)¹⁸.

Най-широко използваният метод в световната практика за установяване на Ковид-19 са PCR-тестовете, използващи метода на полимеразна верижна реакция. Но докато в другите европейски държави тези тестове са безплатни и се извършват при всяко съмнение за настъпило заразяване, в България те се заплащат от населението, добавяйки се към дългия списък с „доплащания от страна на пациентите“.

В анализа на Българския институт за правни инициативи „Прозрачност и ефективност на публичните средства за справяне с COVID-19 в България“ се посочват крайно притеснителни данни. Според

тях, „гражданите са заплатили повече от 90% от извършените диагностични дейности по установяване на наличието на зараза при тях и техните близки. До края на 2020 г. броят на платените изцяло от гражданите PCR тестове е 1 022 653. При средната цена от 120 лв., общата сума, покрита от домакинските бюджети за този срок е малко над 122,7 млн. лв. Повече от половината от тези средства са надценка, която са си сложили частните лаборатории, благодарение на факта, че няма наложен таван на цената на PCR тестовете.“¹⁹

Във фазата на установяване на заразата, пациентите заплащат и бързите антигенни тестове, които са сравнително по-евтини (около 30 лв.). Фактът, че откриването на случаите е обвързано с финансови разходи от страна на населението, обуславя невъзможността случаите да бъдат откривани и изолирани своевременно. Още повече, че България е най-бедната държава в ЕС и с най-много хора, живеещи под и около линията на бедност, поради което често не могат да си позволят цената на изследванията.²⁰

4.2 ЛЕЧЕНИЕ

Личните лекари осигуряват първичната медицинска помощ и играят особено важна роля в здравната система като цяло и при коронакризата в частност. След установяването на заразата, те назначават необходимото лечение в домашни условия. Тук особено ясно изкрystalизира голе-

¹⁷ Маринов, Г., (2021) *Локдаун за последно или до безкрай?* https://blsbg.com/bg/lokdaun-za-posledno-ili-do-bezkrai_p10233.html [Последно видяно на 6.11.2021]

¹⁸ <https://covidresource-bg.org/lungs-ultrasound/>

¹⁹ Български институт за правни инициативи, *Прозрачност и ефективност на публичните средства за справяне с COVID19 в България, 2021 г.* http://www.bili-bg.org/cdir/bili-bg.org/files/BILI_ANALYSIS_COVID_19_SPENDING_F_1622644082.pdf

²⁰ <https://www.nsi.bg/bg/content/8262/%D0%B8%D0%BD%0%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B8-%D0%B7%D0%B0-%D0%B1%D0%B5%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82-%D0%B8-%D1%81%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D0%BD%D0%BE-%D0%B2%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D1%87%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B5-%D0%BF%D0%BE-%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8>

мият недъг на системата – **неосигурените лица**. Тези лица нямат личен лекар, който да следи състоянието им. Едва през септември 2021 г. бяха разкрити COVID-центрове към някои лечебни заведения, където неосигурените могат да получат доболнична помощ, но те са крайно недостатъчни на брой и са концентриране в големите градове.

Другият вече споменат недъг – **доплащанията от страна на пациентите** – се проявява остро и във фазата на лечение. Повече от година и половина се забави възможността за покриване на разходите за лекарства от страна на държавния бюджет. От септември 2021 г. вече има такава възможност, но тя е обвързана със задължението лекарствата да са изписани от COVID-център, а не от личния лекар. Често обаче състоянието на болния не му позволява да посети подобен център. Пациентите срещат и затруднения при получаването на безплатните лекарства срещу Ковид-19, тъй като НЗОК заплаща до три медикамента и задължително всички трябва да бъдат закупени от една аптека. Ако в аптеката има само едно от тях, пациентът не може да вземе останалите от друга аптека.²¹ Освен това, Министерството на здравеопазването уточни, че безплатната терапия не се полага на неосигурени лица. При така установените правила, лечението в домашни условия зависи от осигурителния статус на пациентите и финансовите възможности на домакинствата. Проследяването на болестта е обвързано и с допълнителни разходи за изследвания, важните от които отново се заплащат от пациента, дори в случай, че е здравноосигурен и изследванията са назначени от личен лекар. Заплащат се, например, изследванията за важните показатели Д-димер (за тромби, около 20 лв.), феритин (около 20 лв.) и прокалцитонин (над 40 лв.), ако е нужно да се тества дали е само вирусна или и бактериална инфекция.

Третият недъг на българското здравеопазване – **хроничното недофинансиране на системата** – се проявява особено силно при болничното лечение на Ковид-19. То се отразява върху задължняването на болничните заведения, чиито разходи не могат да се покрият от крайно недостатъчните суми от клиничните пътеки. В началото клиничната пътека за Ковид-19 беше едва 600 лв. Цената на пътеката в момента е 1200 лева и покрива едва половината от средната средна стойност на лечение на пациент. Задължняването на общинските и държавни болници допълнително се утежнява в случаите на лечение на здравно неосигурени лица. Тези болници нямат право да отказват прием на неосигурените, но НЗОК

не превежда сумата по клинична пътека. Поради това, повечето болници се опитват да убедят пациентите си да внесат неплатените вноски за пет години назад, за да възстановят здравноосигурителните си права.

4.3 ВАКСИНАЦИЯ

В момента България е на последно място в Европа по поставени ваксини срещу коронавирус на глава от населението. Това е една от причините да е и на челните места по смъртност. Провалът на ваксинационната кампания безспорно зависи до голяма степен от политическите решения при управлението на кризата. Така например, не беше спряна медийната вълна от дезинформация по отношение на ваксините, въпреки съществуването на СЕМ – национален регулатор на медийната среда, разполагащ с всички необходими правомощия. Допуснато беше и да се водят кампании срещу ваксинациите от страна на лекари, въпреки възможността на Българския лекарски съюз и прокуратурата да се намесят и да ги прекратят още в зародиш.

Но тъй като нашият анализ не разглежда политическите действия и бездействия, ще се концентрираме само върху ролята на здравеопазването във ваксинационния процес. Той в голяма степен зависи от личните лекари, които не само поставят ваксините на практика, но и са първите, към които пациентите се обръщат за съвет. В днешно време повечето хора живеят с хронични заболявания, алергии и др., и е нормално да търсят информация дали дадено лекарство или ваксина са противопоказни за тяхното състояние. По отношение на новия коронавирус бяха разработени няколко ваксини, одобрени за употреба в Европейския съюз. Именно на личните лекари са пада задачата да разучат техните характеристики, за да могат да препоръчат най-подходящата ваксина на своите пациенти. Докато обществото все повече се разделя между привърженици на ваксините и крайни техни отрицатели, е най-важно да се обърне внимание на третата група – междинната. Това са колебаещи се пациенти, които не са крайни в убежденията си. Задачата на личните лекари е да насочат вниманието си именно към тях, за да ги убедят в ползата от ваксините. За съжаление, не са малко сигналите за лични лекари,^{22,23} отказващи да ваксинират срещу Ковид-19 и дори разубеждаващи пациентите си да го направят.

21 <https://dariknews.bg/novini/bylgariia/nzok-neosigurenite-niama-da-poluchavat-bezplatni-lekarstva-za-covid-19-2284508>

22 В анкета, проведена в социалната мрежа Фейсбук, в групата „Ваксини“ са отчетени най-малко 1045 такива случая.
23 <https://bnr.bg/play/post/101552472/kogato-iskash-vaksina-no-lichniat-lekar-otkazva-da-a-napravi>

У нас общопрактикуващите лекари са регистрирани със собствени фирми и в този смисъл те са предприемачи, които се издържат с онова, което им остава, след като заплатят всичките си разходи. Приходите им зависят от броя на записаните при тях пациенти и извършените дейности, които се изплащат от НЗОК. Като предприемачи са принудени да търсят равновесие между приходите и разходите си, което води до недостиг на лични лекари в обезлюдени и трудно достъпни райони, а това неминуемо се отразява на ваксинационния статус на населението в съответните райони.

Общопрактикуващите лекари в България към 31 декември 2020 г. са 4 015²⁴ - по 58 на 100 000 души, което е най-ниското съотношение в ЕС след Гърция. Това означава, че личните лекари са крайно натоварени. Много от тях нямат практическата възможност да отделят време за опреснителни курсове, научни конференции и ежегодни обучения. Вероятно непознаването на новите поколения ваксини е една от причините някои от тях да съветват пациентите си с хронични и други заболявания да не се ваксинират.

Българският лекарски съюз съобщи на 28.07.2021 г., че 20 453 от всички лекари в страната са със завършен ваксинационен курс, което се равнява на около 55%. В множество европейски държави лекарите попадат в задължените да се ваксинират групи. Но докато въпросът дали и за кои групи ваксинациите трябва да бъдат задължителни е политически, въпросът по какъв начин лекарите трябва да бъдат запознати със световните научни открития е проблем на структурата на здравната система. Очевидно превръщането на личните лекари в предприемачи не спомага за решаването на този въпрос.

Здравният министър Стойчо Кацаров на 14 октомври 2021 г. заяви, че „Ваксинацията не е задача на здравното министерство, а отговорност на обществото.“ Несъмнено обществото е както създател, така и потърпевш от своето поведение. Но трябва да отбележим, че „обществото“ е събирателен образ на всички брънки във веригата – от обикновения гражданин, през специалисти и организации, до заемащите най-високите постове в държавното управление. В този смисъл, всяка клетка на обществото носи своята конкретна отговорност.

24 https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/HealthEstabl2020_46H7LB5.pdf

5

КАКВО ДА СЕ ПРАВИ

Правото на медицинско обслужване е едно от основните човешки права, провъзгласено във Всеобщата декларация за правата на човека на ООН от 1948 г.:

чл. 25: „Всеки човек има право на жизнено равнище, включително прехрана, облекло, жилище, медицинско обслужване и необходимите социални грижи, което е необходимо за поддържане на неговото и на семейството му здраве и благосъстояние.“²⁵

Нуждаем се от спешни реформи на системата, за да може тя да отговори по-адекватно на днешните и бъдещи здравни предизвикателства. Но какви?

Достъпността до здравни услуги може да се постигне единствено чрез по-голямо участие на държавата във финансирането на системата. Най-лесният начин е чрез преминаване към финансиране на здравеопазването от държавния бюджет по **модела Бевъридж**. Втори начин е да се запазят здравноосигурителните фондове, но да се въведе и здравно осигуряване на всички неосигурени лица по модела на Франция – това е друг начин да се гарантира достъп до здравни услуги на всички граждани. Трети вариант е да запазим сегашната система на финансиране чрез здравноосигурителни вноски, но да се премахне изискването за възстановяване на здравноосигурителните права чрез заплащане на здравни осигуровки за пет години назад. Този последен вариант ще остави една част от населението без достъп, но все пак тази част ще бъде по-малка от досегашната. Изискването за възстановяване на правата по формулата „пет години назад“ е уникално за Европейския съюз и откровено антисоциално. Независимо към кой модел на финансиране ще се насочат бъдещите реформи, премахването на максималния осигурителен праг, ограничаващ ненужно приходите в здравната система, трябва да бъде една от първите задачи.

²⁵ Общо събрание на ООН (1948), *Всеобща декларация за правата на човека* https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/blg.pdf

За да се постигне ефективност на здравните услуги, трябва да се търси подобряване на здравните показатели, като същевременно разходите се сведат до минимум. Подобряването на здравните показатели зависи от: 1. Наличието на достатъчно и добре разпределени на територията здравни заведения 2. Наличието на достатъчно здравни специалисти (лекари, медицински специалисти, санитарни, рехабилитатори и др.), които да имат финансови и психологически стимули да работят в страната, 3. Изграждане на здравна култура на населението и засилване на превенцията 4. Премахване на порочните доплащания от страна на пациентите, които водят до нежелание и, често пъти, фактическа невъзможност да отделят необходимите средства за покриване на разходите си за здраве. Изредените проблеми се нуждаят от спешни решения.

За да се постигне ефективност, е необходимо да се търси баланса между желаните резултати и средствата за тяхното постигане. Добре организираното здравеопазване изисква сериозно финансиране, за да се поддържа персонал, сграден фонд, изследвания, лекарства, апаратура и т.н. И тук ролята на държавата като потребител на продукти и услуги е от особено значение. Тя има възможност да използва не само пазарни, но и непазарни инструменти, за да постигне по-висока ефективност. Така например, може да налага таван на пазарните цени на определени продукти и услуги; може да организира обществените поръчки по начин, който да ѝ гарантира най-удобните за нея условия. Държавата е най-големият икономически субект и като такъв разполага с определена пазарна власт, превръщаща я в монополист.²⁶ Тя трябва да се възползва от тази си власт, за да се грижи за здравето като обществено благо

²⁶ В икономиката монополист (от древногръцки: *μόνος*, *монос*, „единичен“ и *πωλή*, *опсония*, „закупуване, покупка“ [1][2]) е форма на пазар, в която само един купувач се изправя пред много продавачи. Монополистия и монополист са описателни термини да се опише пазар, при който един купувач съществено контролира пазара като основен изкупвач на стоки и услуги.

и човешко право. Страните с най-добро здравеопазване в света²⁷ си приличат именно по това, че са отредили главната роля в здравеопазването на държавата и са ограничили максимално ролята на пазара. Заслужава си да последваме примера им и да поставим хората преди печалбите.

²⁷ <https://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf>

СПИСЪК НА ФИГУРИ И ТАБЛИЦИ

- 7 Фигура 1
Новооткрити седмични случаи от Ковид-19 през 4-те вълни и максимален брой новооткрити седмични случаи във всяка вълна
- 7 Фигура 2
Починали от Ковид-19 по месеци и пол в България
- 8 Таблица 1
Заразени, починали и надвишена смъртност

ЗА АВТОРИТЕ

Николай Драганов е журналист и анализатор с опит в редица електронни медии в България. Интересите му са му сферата на политиката, икономиката, борбата с бедността и неравенствата. Завършил е социология и маркетинг. Съавтор на документалния филм „Невидимите хора“, автор на редица анализи по социално-икономически теми, участник в различни граждански инициативи със социална насоченост.

Владимир Митев е журналист международник. Работил е в списание „Тема“ между 2008 г. и 2015 г. Основател е на двуезичния румънско-български блог „Мостът на приятелството“. Негови статии и преводи са излизали в агенция БГНЕС, списанията A-specto, „Икономика“, блога на „Солидарна България“ и други. Публикувал е и в различни румънски медии. Докторант по иранска литература в Софийския университет. Поддържа на български, румънски, английски и други езици блога „Персийският мост на приятелството“.

Даниела Пенкова е завършила „Икономика на развитието“ във Флорентинския университет, „Публични финанси“ в Икономически университет - Варна, като понастоящем е докторант в Катедра „Обща икономическа теория“ в същия университет.

Мирена Филипова е журналист, политически PR, автор на документални филми. В последните години интересите ѝ са насочени към анализ на политическия живот, изборната система и кампанийната дейност в България. Координатор е на инициативата „Да спрем машината за неравенство“ и участник в други граждански инициативи. Работила като парламентарен сътрудник в няколко състава на Народното събрание. Член на Сдружение „Солидарна България“.

Филип Буров е завършил магистратура по съвременна история в Софийския университет. Има над десет години опит като журналист, специализиращ в сферите на международните отношения, конфликти и макроикономика. Работил е в медии като агенция „Фокус“, вестник „Пари“ и вестник „Капитал Daily“. Международен редактор е в сайта „Барикада“.

ЗА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Настоящата публикация е част от серия регулярни социално-икономически анализи, съсредоточени върху предизвикателствата пред обществата, произтичащи от ковид кризата в България и по света. С това изследване Фондация Фридрих Еберт и „Ба-

Божин Трайков е доктор по социология от Университет на Алберта, Канада и магистър по Комуникации от Университет Саймън Фрейзър, Канада. Интересите му са в областта на политическата икономия и идеологиите, като конкретно е изследвал връзката между неолиберализъм и форми на национализъм в България. Автор на статии в сп. dВЕРСИЯ, „Барикада“ и други медии.

Огнян Касабов преподава философия в Софийския университет „Св. Климент Охридски“. Член е на Колектив за обществени интервенции и автор на публицистични статии в сайтовете Барикада, Диверсия, Тоест и др.

ИЗДАТЕЛ

Фондация Фридрих Еберт | Бюро България
Ул. Княз Борис I 97 | 1000 София | България

Отговорен редактор:
Жак Папаро | Директор, ФФЕ, Бюро България
тел.: +359 2 980 8747 | факс: +359 2 980 2438
<https://bulgaria.fes.de>

Заявки / Контакт:
office@fes.bg

Използването с търговска цел на всички, издадени от Фондация Фридрих Еберт (ФФЕ) публикации, не е позволено без писменото съгласие на ФФЕ.

рикада“ си поставят за цел запълнят празнината в обществения и медийния дискурс по въпроси, на които към момента малко се обръща внимание или умишлено се пренебрегват.

<https://bulgaria.fes.de>

СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКИ БАРОМЕТЪР

Ковид-19: Белези и недъзи на българското здравеопазване



Три са сериозните недъзи в българската здравна система: органичен достъп до здравеопазване, високи доплащания от страна на пациентите и хронично недофинансиране.



Здравната криза обостря съществуващите проблеми, които се проявяват във фазите на превенция, откриване и лечение на Ковид-19.



Страните с най-добро здравеопазване в света си приличат по това, че са отредили главната роля в здравеопазването на държавата и са ограничили максимално ролята на пазара.

Повече информация по темата ще намерите тук:

<https://bulgaria.fes.de>