



Даниела Пенкова

Публични разходи за здравеопазване в България и Европейския съюз

Сравнителен анализ

**FRIEDRICH
EBERT**
STIFTUNG



СОЛИДАРНА
БЪЛГАРИЯ

Съдържание

1.	ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО КАТО ОСНОВНО ЧОВЕШКО ПРАВО И ИКОНОМИЧЕСКА НЕОБХОДИМОСТ	2
2.	МОДЕЛИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	3
3.	СЪСТОЯНИЕ НА БЪЛГАРСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	5
3.1	Здравно неосигурени лица	5
3.2	Очаквана продължителност на живота.....	6
3.3	Лечима смъртност на 100 000 души.....	6
3.4	Хоспитализации.....	7
3.5	Дял на доплащане от страна на пациентите	8
4.	РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	10
5.	ИЗТОЧНИЦИ НА ФИНАНСИРАНЕ	13
6.	ПОСЛЕДНИ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ЗА РЕФОРМА НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	14
7.	НАКЪДЕ ДА ТРЪГНЕМ?	16
	Източници и използвана литература	18
	Списък на фигури и графики	19

1

ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО КАТО ОСНОВНО ЧОВЕШКО ПРАВО И ИКОНОМИЧЕСКА НЕОБХОДИМОСТ

Здравето и благосъстоянието на отделния индивид са основните принципи, служещи за отправна точка при определянето на човешките права в местното и международното право. Здравето е важно не само за конкретния човек, позволявайки му да изживее по най-пълноценен начин своя живот, но и за неговите близки, обвързани с него със семейни и емоционални зависимости. Индивидуалното здраве е не по-малко важно и за обществото като цяло - здравият човек има възможност да изрази пълния си потенциал, да бъде продуктивен и да допринася за развитието на общността, в която живее. Публичните разходи за здравеопазване допринасят за по-качественото възпроизводство на човешкия капитал и по косвен път за повишаване на производителността в икономиката. Ето защо тези разходи се определят като „производителни“, макар да са такива непряко.

Не напразно развитите страни се обявяват за „държави на благосъстоянието“ и се стремят да спомагат за удовлетворението на основните нужди и права на своите граждани. 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.“¹

Разбира се, не липсват и критици на идеята за всеобщо и достъпно здравеопазване. Обикновено те

са представители на либертарианството и консерватизма, като например Андрю Бисел, който казва:

„Здравеопазването не расте по дърветата. Ако това право трябва да се даде на някои хора, средствата за гарантирането му трябва да бъдат конфискувани от други хора... Никой няма да иска да работи в областта на медицината, ако наградата за многото години образование и обучение не му се плаща честно, и вместо нея получава пациенти, които смятат, че имат право на нечии усилия, и правителство, управляващо точно тези умове, от които зависи живота на пациентите.“²

Предвид доминиращите в обществото идеи, здравеопазването се организира от държавите по един или друг начин. Така например, в България до 1989 г. здравеопазването е всеобщо и е изцяло за сметка на държавата, която покрива всички медицински разходи, с изключение на някои лекарства със свободна продажба. Този модел на здравеопазване се определя като „социалистически“ или „съветски“ и е наречен „Семашко“ на името на неговия създател Николай Александрович Семашко. Негова основна характеристика е, че разходите се покриват изцяло от държавния бюджет, който не се формира от данъци, както в капиталистическите страни, а от печалбите на публичните предприятия, които в онзи период са основните производствени структури в страната. При този модел държавата финансира годишната издръжка на болници и поликлиники, без да се плаща за всеки отделен случай. След началото на прехода към пазарна икономика и развитието на приватизационния процес, този начин на финансиране става неприложим.

¹ Общо събрание на ООН (1948), *Всеобща декларация за правата на човека* https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/blg.pdf

² Bissell, Andrew (2011), *Health Care - Is It a Right?* <https://atlassociety.org/commentary-blog/4317-health-care--is-it-a-right>

2

МОДЕЛИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

След настъпването на промените от 1989 г. България започва да търси модел за финансиране на здравеопазването, който да отговаря на особеностите на новата икономическа система. Здравеопазването в страните с капиталистическа икономика се характеризира с наличието на два взаимосвързани пазара - на медицинската помощ и на здравните осигуровки. И при двата пазара се формират ясно изразени пазарни дефекти – информационна асиметрия, наличие на публични блага и наличие на олигополни и монополни структури, диктуващи цените. Това обосновава необходимостта от силна държавна роля в здравеопазването. Според функционалната класификация на държавните разходи, здравеопазването е една от десетте основни функции на правителството. Поради това във всяко правителство съществува ясно обособено Министерство на здравеопазването със своята специфична роля. Днес в света се наблюдават три основни модела за финансиране на здравеопазването:³

1. Финансиране чрез данъчно облагане (модел Бевъридж). В Европейския съюз този модел се прилага в 11 държави: Швеция, Дания, Финландия, Испания, Италия, Португалия, Ирландия, Латвия, Малта, Кипър и Великобритания. Преобладаващият източник на финансиране на разходите за обществено здравеопазване са данъците, въпреки че е възможно да се използват като второстепенен източник и здравноосигурителни фондове. Финансирането с данъци означава, че в него участват всички жители на страната. Две са основните предимства на този модел – първо, гарантира се свободен достъп до обществено здравеопазване на цялото население⁴ и второ, формират се икономии от мащаба по отношение на управлението на ри-

ска, администрацията и покупателната способност на системата. Важен недостатък е, че средствата се разпределят според броя на записаните пациенти и отчетените случаи, което води до надписване от страна на лекари и болници.

2. Финансиране чрез здравно осигурителни фондове (модел Бисмарк). В този модел лицата се осигуряват в публични или частни осигурителни фондове, които могат да бъдат конкурентни или неконкурентни и с варираща тежест в различните държави. Тези различия рефлектират върху ефективността на здравните системи, както и върху вида и качеството на здравните услуги, които предоставят. В последните десетилетия се наблюдава все по-засилено участие на държавата във финансирането и на този модел чрез бюджетни средства. Въпреки това участие, този модел не успява да гарантира достъп до здравеопазване на цялото население. Тук, както и в предходния модел, се проявява недостатък на надписване от страна на лекари и болници, тъй като се плаща за отчетен случай. В ЕС моделът Бисмарк се прилага в България и още 16 държави: Германия, Австрия, Белгия, Хърватска, Словакия, Словения, Естония, Франция, Гърция, Унгария, Литва, Люксембург, Холандия, Полша, Чехия и Румъния.

3. Системи за здравно застраховане (модел Кенеди). При доброволното здравно застраховане информационната асиметрия е неизбежна. От една страна застрахователите са стимулирани да прилагат селекция на риска, подбирайки възможно по-ниско рискови клиенти. От друга, именно най-рисковите лица имат интерес да се застраховат. Именно информационната асиметрия е причината цените на индивидуалните полици да са твърде високи за цели групи от населението, които при този модел на финансиране на системата не могат да получат достъп до здравни услуги. Пример за такова доброволно застраховане е САЩ.

Европейските държави използват или първия модел (основно финансиран чрез държавния бюджет), или втория (основно финансиран от осигурителни фондове), тъй като третият модел

³ Министерство на финансите, *Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции*. <https://www.minfin.bg/upload/2891/Health+sector+analysis+Final.pdf>

⁴ До 2019 г. изключение от това правило е Кипър, тъй като обвързва достъпа до здравеопазване с изискването за внасяне на 3-годишни вноски в здравноосигурителен фонд. Самият фонд не се използва за финансиране на здравни услуги. От 2019 г. това изискване е премахнато.

(здравно застраховане) не е способен да удовлетвори социалните цели на здравеопазването, които си поставя Европейския съюз.

В годините след 1989 г. в България непрекъснато се извършват реформи в системата на здравеопазването. Най-важната до момента е създаването на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) през 1999 г. През 1998 г. Народното събрание приема Закона за здравното осигуряване, с което се въвежда задължителното здравно осигуряване в страната и се дефинират целите и функциите на НЗОК. Националната здравноосигурителна каса има за цел да администрира здравното осигуряване, като управлява събраните средства и заплаща за здравните услуги и лекарства, използвани от здравно осигурените лица. НЗОК също така защитава интересите на пациентите, а тези на изпълни-

телите, предлагащи здравни услуги, се представят от съсловни организации.

Следващите най-важни реформи в здравеопазването засягат доболничната и болничната медицинска помощ и стартират на 1 юли 2000 г. През 1999 г. се приема Закон за лечебните заведения и в съответствие с неговите разпоредби голяма част от болничните заведения се преобразуват в търговски дружества. По този начин в българското здравеопазване навлизат все повече пазарни отношения, като търсенето и предлагането на медицинска помощ биват отделени и институционализирани. Що се отнася до доболничната медицинска помощ, се пристъпва към обособяване на центрове за специализирана медицинска и стоматологична помощ и се формира дейността на общопрактикуващите лекари.

3

СЪСТОЯНИЕ НА БЪЛГАРСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

След 1989 г. здравните показатели на България непрекъснато се влошават. Здравната система не е адекватно финансирана, а здравната структура не отговаря на нуждите на населението. Заплащането на здравните служители е недостатъчно, което довежда до осезаема липса предимно на медицински сестри и санитари.⁵ Главните цели на всяка една система на здравеопазване са достъпът, ефективността и устойчивостта. Тук ще разгледаме някои показатели, отразяващи резултатите по постигането на въпросните цели. По отношение на достъпа до здравни услуги ще използваме като показател броя на здравно неосигурените лица. За да разгледаме ефективността, ще използваме показателите за очакваната продължителност на живота и лечимата смъртност на 100 000 души население. По отношение на устойчивостта, ще разгледаме дела на плащания от страна на пациентите като процент от общите разходи за здравеопазване и ще отбележим някои основни данни от годишните финансови отчети на НЗОК.

3.1 ЗДРАВНО НЕОСИГУРЕНИ ЛИЦА

Делът на здравно неосигурените лица сигнализира за неудовлетворени потребности на населението по отношение на медицинските грижи. По закон всички български граждани са задължително здравно осигурени и имат право на достъп до здравеопазване. Данните обаче обрисуват много различна картина и ни нареждат на първо място в Европейския съюз по отношение на здравно неосигурени лица. В отчета за изпълнение на бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) за 2019 г.⁶ се посочва:

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 души⁷

Високият процент на неосигурени лица в България се дължи на два основни фактора:

Първият е тежестта на сивата икономика. Според изследване на икономистите Леандро Медина и Фридрих Шнайдер за Международния валутен фонд⁸, сивата икономика у нас през 2017 г. е 29,6% от БВП, а средната ѝ стойност за периода 1991-2015 – 29,17%.⁹ Фридрих Шнайдер допълва данните през 2019 г.,¹⁰ за която изчислява тежестта на сивата икономика на 30,12% от БВП. По този показател България се нарежда начело в ЕС. Сивата икономика по самата си същност представлява недекларирана икономическа дейност, чрез която се отбягват данъци и други задължения, включително вноски към осигурителните фондове.

Вторият фактор, влияещ върху броя на неосигурените лица, 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. Това води до допълнително покачване на броя неосигурени граждани.

⁵ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), България: Здравен профил за страната 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_bulgaria_bulgarian.pdf

⁶ НЗОК (2020), Годишен отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2019 г. https://www.parliament.bg/bills/44/002-00-16_Godishen_otchet_zh_izpalnenie_byudzheta_na_NZOK_2019-chast_I.pdf

⁷ Пак там, стр. 14

⁸ Medina, L., Schneider, F. (2018) *Shadow Economies Around the World: What Did We Learn Over the Last 20 Years?* <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2018/01/25/Shadow-Economies-Around-the-World-What-Did-We-Learn-Over-the-Last-20-Years-45583>, стр. 18

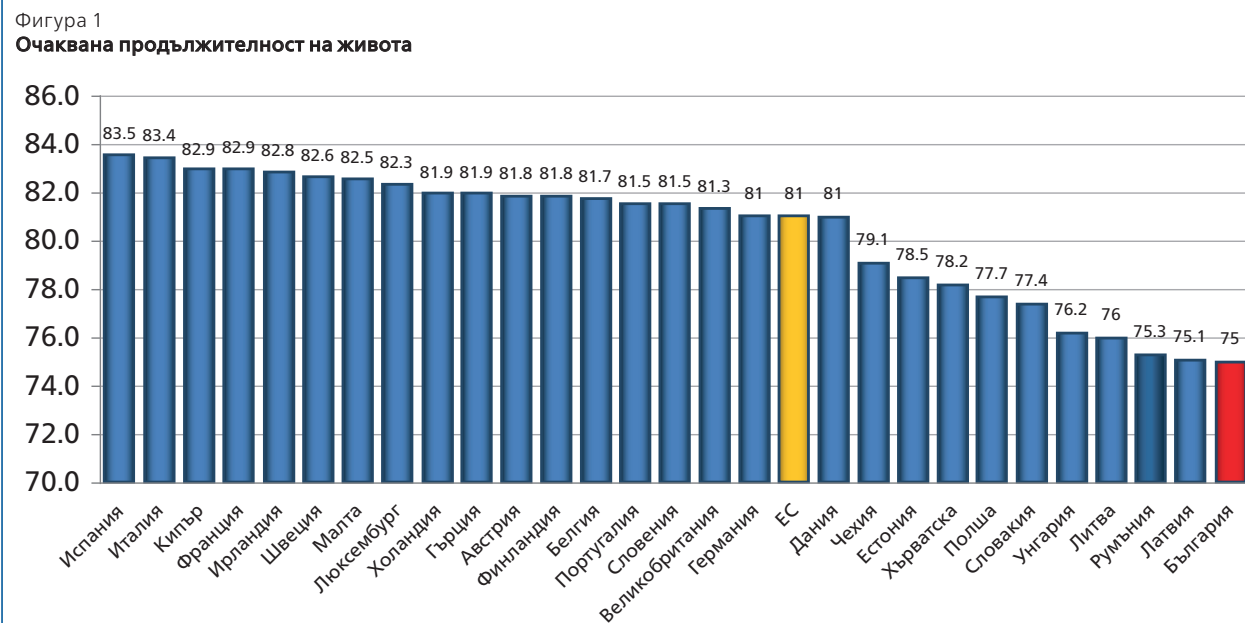
⁹ Пак там, стр. 50

¹⁰ Schneider, F. (2019) <https://www.bnr.ro/DocumentInformation.aspx?idDocument=32552&directLink=1>

3.2 ОЧАКВАНА ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ЖИВОТА

По отношение на ефективността на здравната система, един от най-често използваните показатели е очакваната при раждането продължителност на живота. Според данните на Евростат за 2018 г. България е с най-кратката продължител-

ност на живота, като значително изостава от средната продължителност на живота в ЕС. В България средната продължителност на живота е 75 години, с 6 по-малко от средните за ЕС 81 г. Спрямо най-добрия показател, на Испания (83,5), изоставаме с 8,5 г. През 2018 г. детската смъртност у нас е много висока – с над 65% повече от средната за ЕС (5,8 смъртни случая на 1 000 родени спрямо 3,5).



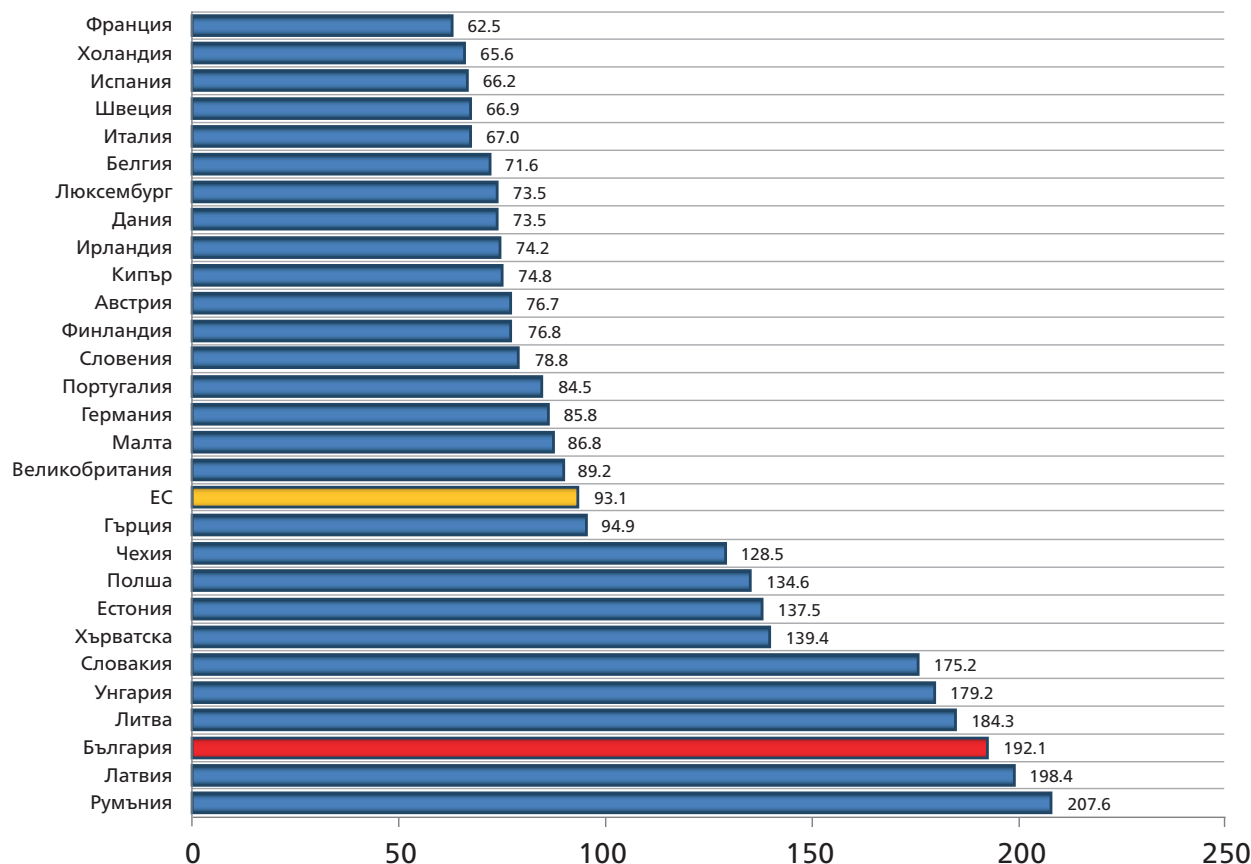
3.3 ЛЕЧИМА СМЪРТНОСТ НА 100 000 ДУШИ

Друг важен показател, отразяващ ефективността на здравната система, е предотвратимата смъртност сред населението. Лечимата смъртност е коефициент, който се определя като случаи на предотвратима смърт при жителите под 75 годи-

ни, които могат да бъдат избегнати чрез своевременни и ефективни здравни услуги. В България лечимата смъртност през 2017 г. е сред най-високите в Европа¹¹ и е повече от двойна на средната за ЕС – 192,1 случая у нас спрямо 93,1 средно за ЕС. В сравнение с най-добре представящата се държава, Франция, където се отчитат 62,5 случая, лечимата смъртност у нас е над 3 пъти по-висока.

¹¹ Евростат https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics&oldid=449297#Avoidable_death_rates_by_sex

Фигура 2

Лечима смъртност на 100 000 души население под 75 години

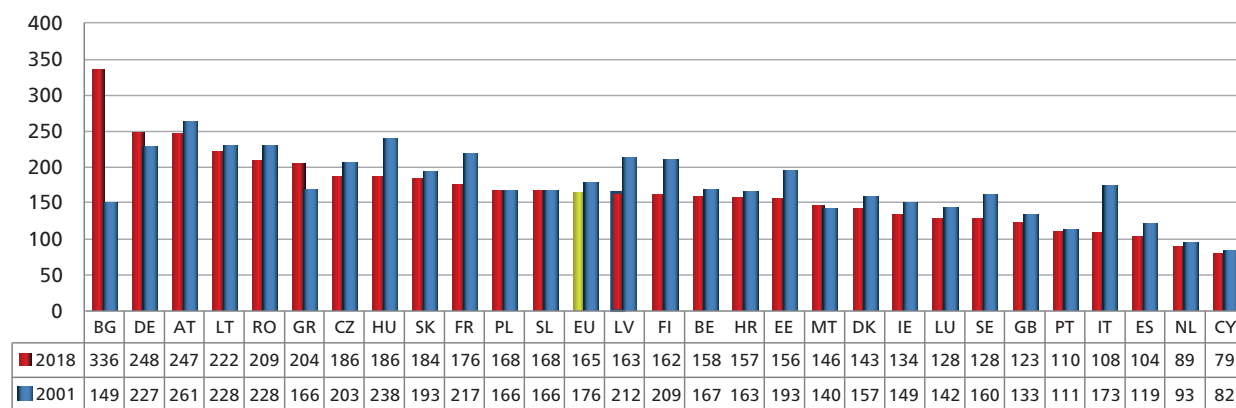
Източник: Евростат, данни за 2017 г.

3.4 ХОСПИТАЛИЗАЦИИ

В разрез с лошите показатели на България по отношение на достъпа до здравеопазване, очакваната продължителност на живота и предотвратимата смъртност, страната ни е на първо място в Европейския съюз по хоспитализации на 1000 души население. През 2018 г. у нас броят на хоспитализациите е над два пъти по-висок

от средното за ЕС – 336 спрямо 165 средно за Европа. От изключителна важност е да се изясни какви са причините от една страна да се отчита най-широко оказвана болнична помощ, а от друга – най-лошите здравни показатели. Подобно несъответствие маркира изключителна неефективност на болничните структури и надписване на отчетените случаи, което би могло да се дължи на техния търговски статут.

Фигура 3

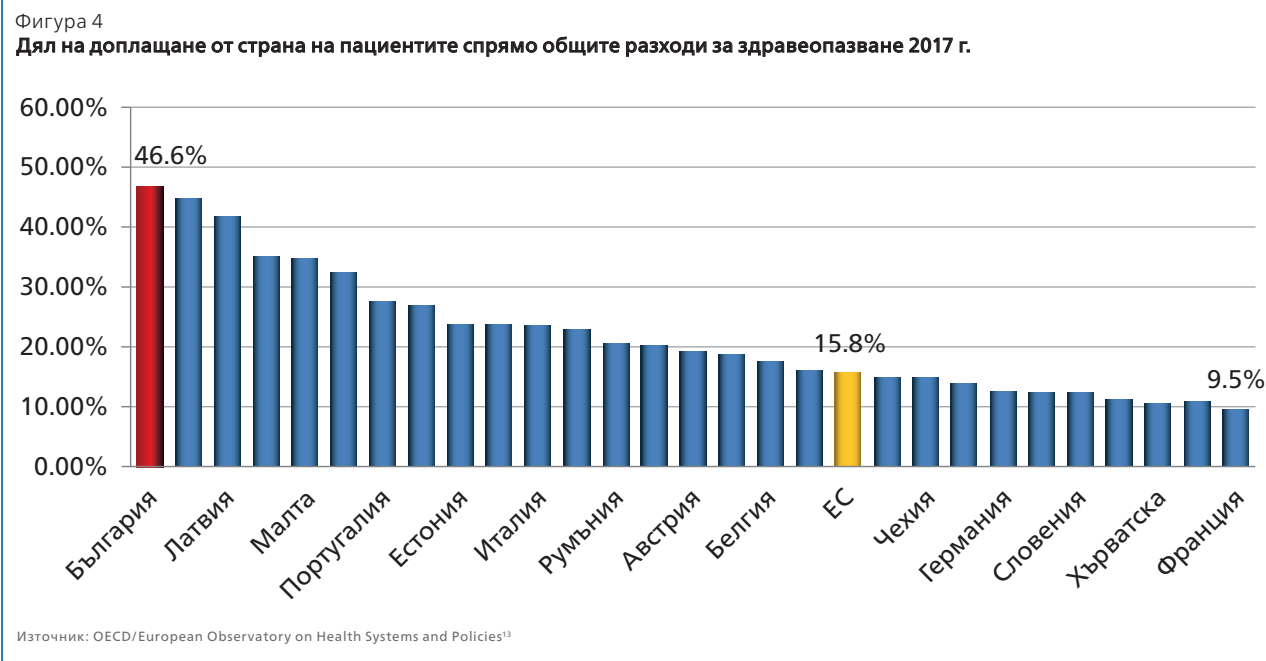
Хоспитализации на 1000 души

Източник: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies

3.5. ДЯЛ НА ДОПЛАЩАНЕ ОТ СТРАНА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Според Здравния профил на страната,¹² изготвен от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) и Европейската обсерватория на здравните системи и политики в сътрудничество с Европейската комисия, България е с най-висок дял на преки плащания (доплащания)

от пациентите спрямо общите разходи за здравеопазване в ЕС. Този дял през 2017 г. е 46,6%, като според данните на Световната здравна организация непрекъснато нараства - през 2011 г. е бил 44,5%. Най-нисък е процентът на Франция, където се доплащат 9,5%. По този показател средното доплащане от страна на пациентите в ЕС е 15,8%, следователно у нас то е над три пъти по-високо от средното за Европа.



Високото ниво на преките плащания на пациентите намира отражение и в препоръките от страна на Европейската комисия към България през 2017, 2018 и 2019 г. През юни 2019 г. по отношение на здравеопазването у нас ЕК препоръчва следното:

„Да подобри достъпа до здравни услуги, включително чрез намаляване на преките плащания от страна на пациентите и справяне с недостига на медицински специалисти.“¹⁴

На тази препоръка управлението не отговаря с никакви практически мерки. Вместо това, в Системата на здравни сметките биват ревизирани всички данни след 2013 г. и впоследствие биват препратени на Евростат. След ревизията делът на преките плащания през 2017 г. пада до

42,59% - с 4% по-нисък от отчетения пред Евростат през 2019 г. Според последните данни за 2018 г. делът им е още по-нисък – 39,33%. Ето как без да бъде извършена реформа в системата, която да способства за олекотяването на тежестта на доплащанията върху пациентите, чрез ревизия на данните изглежда, че преките плащания са спаднали с над 8 процентни пункта между 2012 и 2018 г. – от 47,74% на 39,33%, като само между 2012 и 2013 г. спадът е с 5,61% - от 47,47 на 41,86%. Тази промяна на данните в Системата на здравните сметки е отбелязана по следния начин:

„Данните за периода 2013-2017 г. са ревизирани поради включването на нов източник на данни и извършената допълнителна методологическа работа с цел повишаване качеството и съпоставимостта на данните.“

Притесненията, породени от тази ревизия са, че вместо да се планират мерки от страна на управлението за подобряване на този показател, се прилагат козметични промени в статистиките. Промени те след ревизията са обобщени в Таблица 1:

¹² OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), България: Здравен профил за страната 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_bulgaria_bulgarian.pdf

¹³ <https://www.oecd.org/countries/cyprus/country-health-profiles-eu.htm>

¹⁴ https://ec.europa.eu/newsroom/sante/newsletter-specific-archive-issue.cfm?archtype=specific&newsletter_service_id=327&newsletter_issue_id=15551

Таблица 1

Ревизия на преките плащания на домакинствата за здравеопазване

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Преди ревизията	47,17%	45,81%	47,67%	47,96%	46,6%	Няма данни
След ревизията	41,86%	40,24%	42,51%	43,25%	42,59%	39,33%
Разлика	-5,31%	-5,57%	-5,16%	-4,71%	-4,01%	

Източник: Евростат – данни преди и след ревизията от 2019 г.

По отношение на доплащанията от страна на пациентите статистиката не отчита едно много важно перо – даренията, направени за непокрити от НЗОК лечения на българските граждани в чужбина. У нас действат различни интернет платформи за дарения, като само една от тях, ХелпКарма, отчита 21 млн. лева събрани дарения за последните две години, като основната част от тях са именно за лечение в чужбина. Освен интернет платформите, дарения за лечение в чужбина се събират и чрез медийни кампании, дарителски кутии и самоорганизация. Но тъй като самото лечение се извършва в чужбина, то не е част от brutния

вътрешен продукт и следователно разходите за него не могат да се отчетат в националните статистики, с което от тях „изчезва“ и този вид доплащане от страна на пациентите.

Високият процент на доплащания от страна на пациентите и високият брой неосигурени лица са ключовите фактори, влияещи върху достъпа на населението до здравни грижи. От изложените дотук данни по различните показатели може да се обобща, че здравната система в България е неефективна, недофинансирана, недостъпна за голяма част от населението и като цяло неудовлетворителна.

4

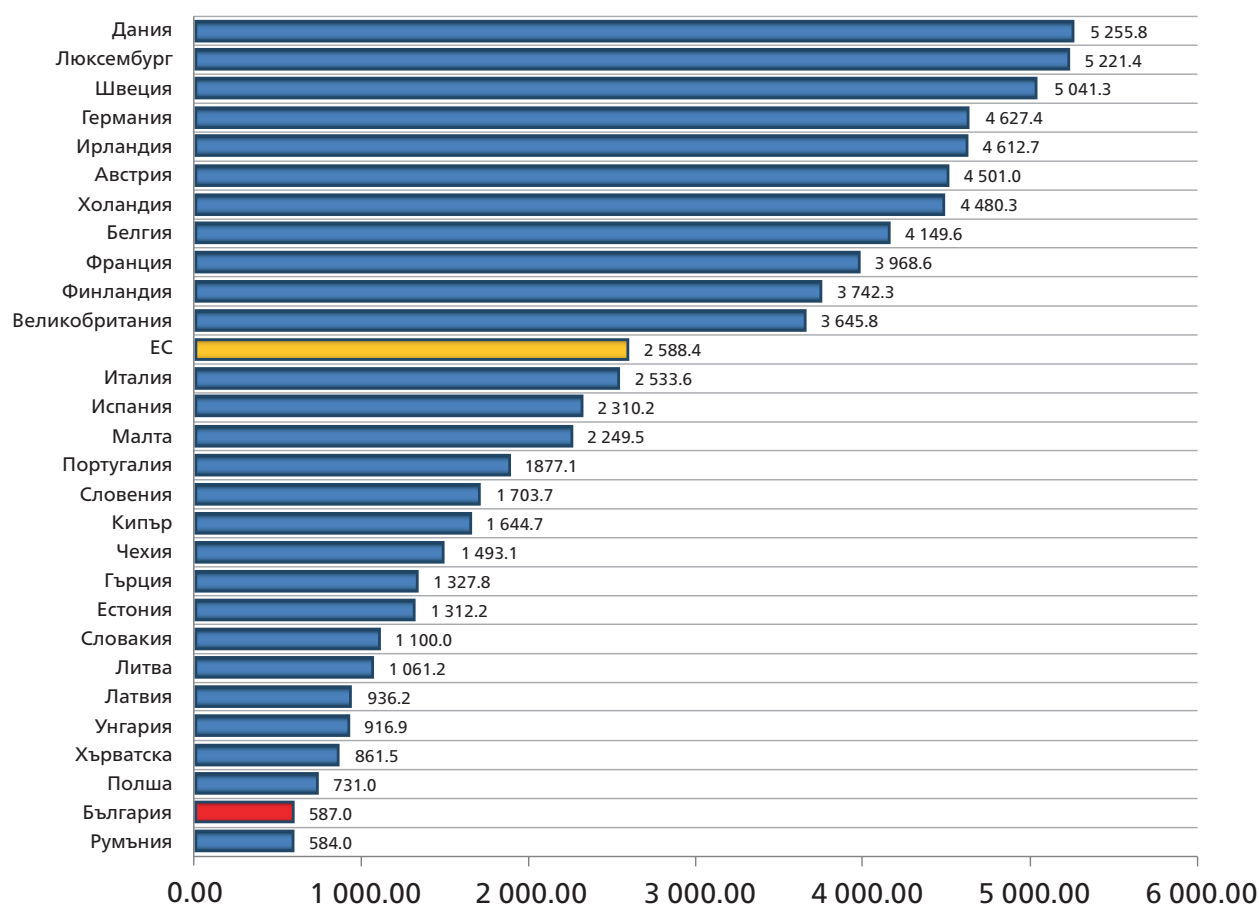
РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

По отношение на разходите за здравеопазване, те могат да бъдат разглеждани в абсолютни стойности и като процент от БВП. През 2018 г. България

се намира на предпоследно място сред страните от ЕС по разходи в абсолютна стойност на човек от населението, като след нас е единствено Румъния.

Фигура 5

Разходи за здравеопазване на човек от населението в евро



Източник: Евростат, данни за 2018 г.

Харчим 587 евро годишно на човек, докато средно за ЕС са 2588,41 евро. Съпоставяйки абсолютните стойности на разходите на човек от населението с индикаторите за здравето състояние, бихме могли да съдим за ефективността на системата. Например, страна като Италия с много високи показатели за достъп до здравни услуги (гарантиран за всички живущи в страната), втора най-голяма продължителност на живота и коефициент

на лечима смъртност от само 67 на 100 000 души, поддържа по-ниски разходи за здравеопазване от средните за ЕС. Испания също харчи по-малко от средното, бидейки с най-голямата продължителност на живота в ЕС и с трети най-добър резултат по коефициент на лечима смъртност (66,2). Явно техните системи са високоефективни. Противоположен пример от световната практика са разходите за здравеопазване в САЩ - най-висо-

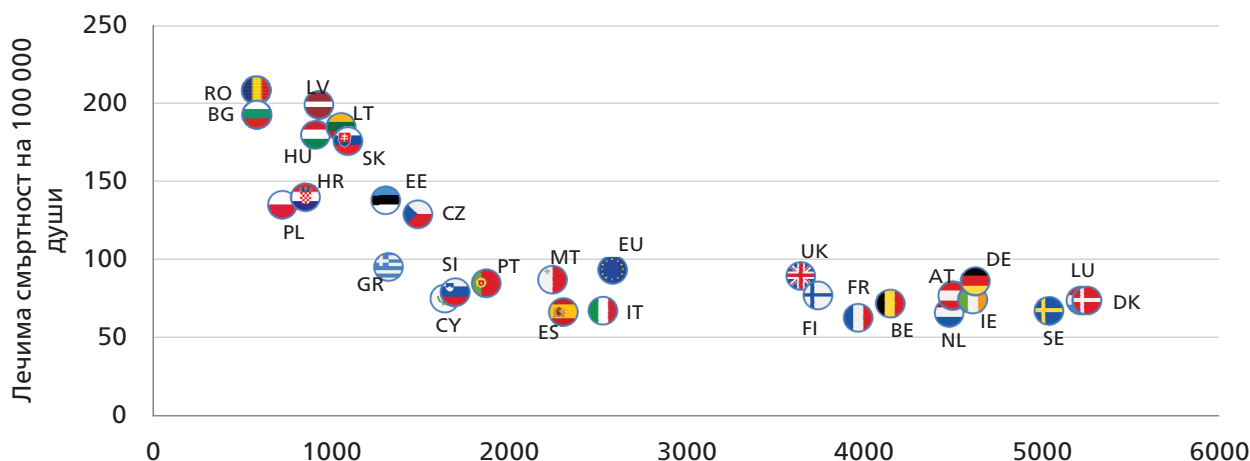
ките в света, но здравните й показатели я нареждат на 54-то място от общо 56 изследвани държави, според анализ на Bloomberg от 19 септември 2018 г.¹⁵ В същото изследване Bloomberg поставя България на последно място.

Анализът на здравните профили на държавите в ЕС, изготвен от Организацията за икономическо

сътрудничество и развитие (ОИСР) и Европейската обсерватория на здравните системи и политики в сътрудничество с Европейската комисия показва, че страните с най-ниски разходи за здравеопазване на човек от населението имат много по-висока лечима смъртност. Най-голяма ефективност демонстрират Италия и Испания със своите разходи под средното за ЕС и с най-ниската лечима смъртност.

Фигура 6:

Връзка между разходи за здравеопазване в евро и лечима смъртност за 2017 г.



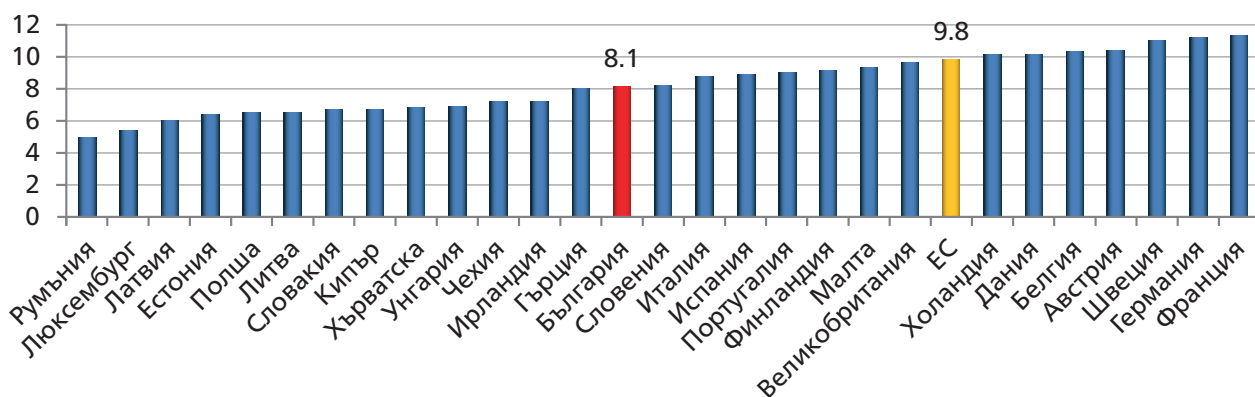
Източник: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies

Що се отнася до общите разходи за здравеопазване като процент от brutния вътрешен продукт, в България те са 8,1% спрямо средните за Европейския съюз 9,8%. Интересен факт е, че две от държавите с най-добри здравни показатели – Италия и Испания, - имат не много по-високи общи разхо-

ди от нас – съответно 8,8% и 8,9% от БВП. От техните примери следва, че е възможно да се постигнат добри резултати, дори когато разходите са значително по-ниски от средното за ЕС при ефективно използване на ресурсите.

Фигура 7

Общи разходи за здравеопазване като % от БВП, 2017 г.



Източник: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies

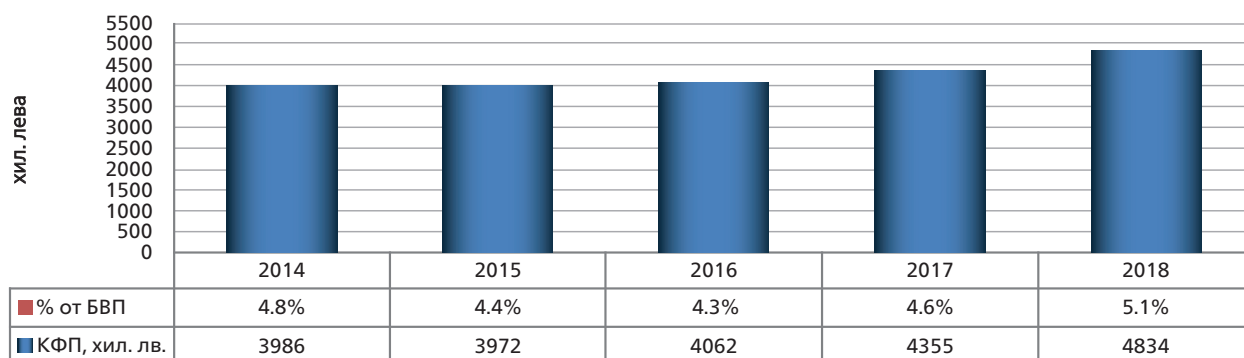
¹⁵ Miller, Lee J & Lu, Wei (2018), *These Are the Economies With the Most (and Least) Efficient Health Care* <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>

По отношение на публичните разходи за здравеопазване, в България те представляват едва 5,1% през 2018 г., 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 здравеопазване и разходите на държавните

здравноосигурителни фондове, която сума е част от Консолидираната фискална програма на държавите. Както можем да видим от фиг. 7, през последните 5 години в България тези разходи са се покачили незначително, което не спомага за стопяване на разликата със средните показатели за Европейския съюз.

Фигура 8

Публични разходи за здравеопазване в абсолютни стойности и като % от БВП в България



Източник: Министерство на финансите¹⁶

¹⁶ Министерство на финансите, Консолидирани фискални програми <https://www.minfin.bg/bg/statistics/13>

5

ИЗТОЧНИЦИ НА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ

Източниците на финансиране на разходите за здравеопазване биха могли да се разделят най-общо на четири основни групи: данъци, вноски в системата за социално здравно осигуряване, вноски в частни осигурителни фондове и лични средства на гражданите. Заедно здравните вноски и данъците, използвани за финансиране на здравеопазването, съставляват публичните разходи за здравеопазване. Данъците захранват държавния бюджет, който покрива конкретен и доста ограничен кръг от дейности, а вноските във фонд „Здравно осигуряване“ в България са в размер от 8% от доходите при максимален осигурителен доход от 3000 лв.

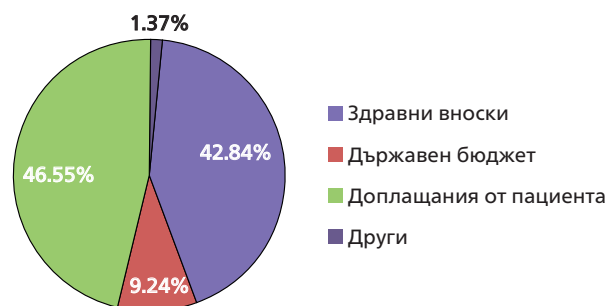
По-голямата част от публичното финансиране на здравни услуги се осъществява чрез НЗОК, а Министерството на здравеопазването заплаща дейности, които създават положителни външни ефекти и финансира национални програми за превенция и лечение на социално значими болести, спешна медицинска помощ и др. Този вид

дейности засягат тъй наречените *мериторични блага*, които са високо ценени от обществото и силно допринасят за неговото благосъстояние.

Ролята на здравните застраховки към частни застрахователни дружества у нас е незначителна.

Фигура 9

Източници на финансиране на здравеопазването в България



Източник: Евростат, данни за 2017 г.

6

ПОСЛЕДНИ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ЗА РЕФОРМА НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

Окаяното състояние на здравната ни система се коментира от години. Здравните реформи в посока повече пазар и по-малко солидарност не само не решиха проблемите, но и ги задълбочиха. Напоследък все по-често се наблюдава превръщането на българите в „здравни емигранти“, търсещи необходимото лечение в други страни от ЕС. Безспорно се нуждаем от спешна и генерална реформа на здравеопазването.

През 2018 г. Министерството на здравеопазването в лицето на тогавашния здравен министър Кирил Ананиев предложи два различни модела за реформа на здравеопазването. В предложените реформи се разглежда единствено начинът на финансиране на системата, като не се предлага нито реформа, засягаща статута на здравните заведения у нас, понастоящем търговски дружества, нито сериозна реорганизация на достъпа до здравни грижи. В презентацията на моделите, министър Ананиев казва: „Най-съществената характеристика на новия здравен модел е преминаването от чисто солидарен осигурителен модел към персонализиран здравно-осигурителен модел.“¹⁷

Първият предложен модел представлява преназначаване на здравните вноски от НЗОК към частни застрахователи по желание на осигуреното лице, като НЗОК не само ще изгуби част от приходите си, но и ще се превърне в гарант в случай, че някой от собствените й конкуренти фалира. Наличието на подобна гаранция ще стимулира прехвърлянето на здравноосигурителните вноски към частни застрахователи, тъй като осигуреното лице ще бъде сигурно, че няма да изгуби здравните си права, ако избере неподходящ застраховател. По този начин осигурителният риск винаги ще лежи върху плещите на НЗОК.

Вторият модел се крепи на три стълба: задължително осигуряване, задължително застраховане и доброволно застраховане. Задължителното осигуряване е към НЗОК като единствен осигурител и със същата вноска като досега - 8% от доходите до максималния осигурителен доход. НЗОК ще покрива само основен пакет от услуги. Задължителното застраховане към частно застрахователно дружество ще покрива допълнителни услуги. Задължителните застраховки няма да са съобразени с доходите на осигуряващите се лица, което означава, че хората с минимална заплата ще заплащат същата сума като хората с най-високи доходи в страната, и неравенството ще се задълбочава все повече. Вторият стълб ще поема разходите над определена „гранична линия“ и условно ще струва 12 лв. на месец. Третият е доброволен и ще действа както сегашните доброволни застраховки.

За да изясни метода на прилагане на предложената реформа, министър Ананиев дава следния пример: При гранична линия от 700 лв. и болничен престой на същата или по-ниска стойност (статистически това отговаря на 84% от случаите) разходите се разпределят както следва: 90% от 700 (630 лв.) се заплащат от НЗОК и 10% (70 лв.) се доплащат от пациента. Пациентът освен това заплаща и „допълнителните екстри“, които е избрал сам по време на лечението си. За какви „екстри“ става въпрос, не е уточнено. Това означава, че доплащанията от страна на пациента, които и в момента са най-високите в ЕС, ще се увеличат допълнително. Длъжни сме да напомним, че множество здравни структури след превръщането им в търговски дружества започнаха да изискват от пациентите да заплащат елементарни консумативи като бинтове и спринцовки. Можем само да си пожелаем да не ни се налага да заплащаме за подобни „екстри“ и в бъдеще.

В обобщение, здравноосигурените лица ще са принудени да заплащат здравни застраховки към частни застрахователи и да поемат 10% от лечението си. Системата ненужно ще се усложни и следователно ще се повишат административните разходи. Застрахователите, бидейки търговски дру-

¹⁷ Ананиев, Кирил (2018), *Здравна система - предизвикателства и насоки на развитие*, стр. 21 <https://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/ministr-ananiev-predstavi-dva-varianta-za-promeni-/>

жества, ще работят с цел печалба, което би могло да доведе до редица отрицателни външни ефекти. С наличието на допълнителни икономически субекти на пазара на здравните осигуровки се рискува увеличение на общите цени на услугите, за да се гарантират печалбите им (например, застрахователите биха могли да изберат да работят с лечебни заведения, манипулиращи цените). Накрая, застрахователите винаги са се стремяли да извършват скрита селекция на риска, а този проблем е изключително труден за контролиране и санкциониране. Като преимущества на подобно предложение спрямо досегашната система, не бихме

могли да изтъкнем нито едно. Дори набирането на допълнителни средства за здравеопазването, каквото безспорно е необходимо, би се извършвало по схема с еднакви вноски, несъобразена с разликите в доходите, и съответно увеличаваща неравенството, което и днес е най-високото в ЕС.

Безспорно българското здравеопазване се нуждае от спешна реформа, но изглежда, че предложените от министър Ананиев не само няма да разрешат съществуващите проблеми, но и допълнително ще ги задълбочат. Вероятно трябва да насочим усилията си в друга посока.

7

НАКЪДЕ ДА ТРЪГНЕМ?

В заключение на нашия анализ, бихме искали да отправим няколко конкретни предложения за реформа на здравната система. Принципът, който ще следваме, е противоположен на предложения от министър Ананиев. Бихме могли да го резюмираме по следния начин: „По-малко пазар, повече солидарност.“ Целта на реформата е да се постигне по-голяма достъпност, ефективност и устойчивост на системата.

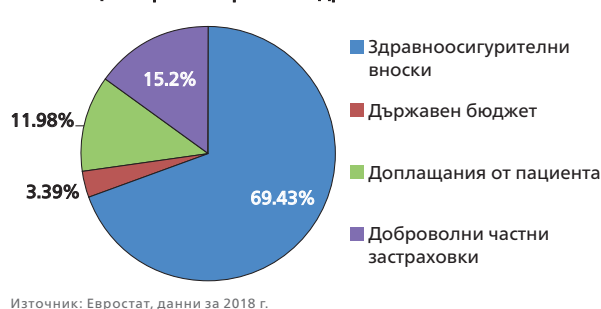
Като отправен пример ще използваме Словения. Избрахме именно нея, тъй като здравните й показатели са най-добрите сред страните от Източна Европа – сред тях тя е първенец по очаквана продължителност на живота, най-ниска лечима смъртност и гарантиран достъп до здравеопазване за живущите на територията ѝ. Всичко това е постигнато, въпреки че разходите за здравеопазване на Словения като процент от БВП са много по-ниски от средното за ЕС – 6,8% (с 1,3% по-ниски от тези на България), което показва, че здравната й система е най-високоэффективната сред страни в Източна Европа.

Основното финансиране на словенската здравна система идва от вноски в държавния здравноосигурителен фонд. Успява да постигне това поради избраната от нея система за финансиране на здравния фонд, разгледана в наскоро публикуването от Фондация „Фридрих Еберт“ изследване „Максимален осигурителен доход и влиянието му върху доходното неравенство“.¹⁸ На първо място, в Словения не съществува максимален осигурителен доход, поради което вноските към държавния здравноосигурителен фонд не са ограничени за доходите до 3000 лв., а това води до много по-големи постъпления, тъй като всички граждани плащат еднакъв процент здравни осигуровки, вместо по-богатите да плащат по-малко, както е

у нас. На второ място, тежестта на здравните осигуровки е 13,60% от доходите, вместо 8%, колкото е в България. Тези сериозни допълнителни постъпления в здравноосигурителните фондове им позволяват да финансират повечето здравни разходи, като съответно е намалена тежестта на доплащанията от страна на пациента (само 11,98% спрямо 46,55% в България – 4 пъти по-малко) и финансирането от държавния бюджет (3,39% спрямо 9,24% у нас).

Фигура 10

Източници на финансиране на здравеопазването в Словения



За да намалим доплащанията от страна на пациентите в България, е необходимо да увеличим приходите в НЗОК, за да има тя възможност да финансира по-висок процент от разходите за здравеопазване, като същевременно поддържа балансиран бюджет. Като цел бихме могли да си поставим намаляване на доплащанията от страна на пациентите до 20% от общите разходи (което пак би било повече от 11,98% доплащания в Словения).

Първата стъпка към увеличаването на приходите на НЗОК би могла да бъде премахването на максималния осигурителен доход. Тук трябва да отбележим, че самото съществуване на максимален осигурителен доход е дълбоко несправедливо и превръща осигурителната ни система в регресивна, позволявайки на хората с доходи над прага да плащат по-нисък процент за осигуровки от гражданите с най-ниски доходи. Трябва освен това да припомним, че при въвеждането на максималния осигурителен доход беше прието, че той трябва да се равнява на 10 пъти минималната заплата. В

¹⁸ Пенкова, Д. (2020), *Максималният осигурителен доход и влиянието му върху доходното неравенство*, Фондация Фридрих Еберт, София. Достъпно на адрес https://www.fes-bulgaria.org/fileadmin/user_upload/images/publications/Maximalen_osiguritelen_dohod.pdf

последствие това съотношение напълно се изгуби и днес то е едва 1 към 5. Премахването на максималния осигурителен доход не само ще захрани сериозно фондовете на НЗОК, но и ще допринесе за справянето с друг сериозен проблем, присъщ на България - неравенството.

Ако допълнителните средства, произлизащи от премахването на максималния осигурителен доход не са достатъчни, за да покрият разходите за намаляване на доплащанията до 20%, е възможно да се предприеме втора стъпка - да се вдигне ставката на здравноосигурителната вноска от 8% на 10 или 12%. За разлика от предложението на Ананиев за заплащане на точно определена месечна сума към частните застрахователи, увеличаването на ставката поне би имало сравнително еднаква тежест върху здравноосигурените лица, тъй като вноската би останала съобразена с получаваните доходи.

Реформата на здравната система, обаче, не може да се ограничи единствено до начина ѝ на финансиране, тоест до приходите в нея. Друг важен елемент е увеличаването на ефективността чрез постигане на по-добри здравни резултати с по-ниски разходи. Понастоящем здравните заведения в България са търговски дружества, а общопрактикуващите лекари – еднолични търговци. Те се издържат чрез клиничните пътеки, които им се заплащат от НЗОК за всеки индивидуален случай, и такси, които получават от пациентите. Нерядко

се изисква и доплащане от страна на пациентите на медицински консумативи и други „екстри“. Търговският статут на икономическите оператори в здравеопазването води от една страна до увеличаване на доплащанията, а от друга, до опити за източване на НЗОК чрез клиничните пътеки. От данните, които представихме в първата част на този анализ, е видно, че здравните показатели на България са най-лошите в Европейския съюз. Следва, че настоящата система, превърнала лекарите в търговци и здравните структури в търговски дружества, е неспособна да се справи с целите на една развита социална държава. В Словения е точно обратното – здравните показатели са най-добрите за Източна Европа, а първичната извънболнична и болничната помощ са публични институции.

Безспорно България се нуждае от спешна здравна реформа. Тя трябва да засегне както приходната, така и разходната част на системата, и да доведе до повишаването на здравните показатели, които днес ни поставят в дъното на европейските класации. Тази реформа на първо място трябва да отговори на въпроса Пазарът или Солидарността трябва да залегне в ядрото на здравната ни система. За да отговорим на този въпрос, е необходимо да разгледаме примерите от световния опит и, най-вече, от държавите в Европейския съюз. От представения анализ следва изводът, че Солидарността и силното държавно участие в здравните системи водят до най-добрите резултати към момента.

ИЗТОЧНИЦИ И ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Ананиев, Кирил (2018), *Здравна система - предизвикателства и насоки на развитие*
2. БГНЕС (12/14/2018), *719 хиляди българи са без здравни сигуровки*
3. Bissell, Andrew (2011), *Health Care - Is It a Right?*
4. Евростат, данни от 2015, 2016, 2017 г.
5. Medina, Leandro & Shneider, Friedrich (2017), *Shadow Economies around the World: New Results for 158 Countries over 1991-2015*
6. Miller, Lee J & Lu, Wei (2018), *These Are the Economies With the Most (and Least) Efficient Health Care*
7. Министерство на здравеопазването, *Публични разходи за здравеопазване в България*
8. Министерство на финансите, *Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции.*
9. Национален статистически институт (2018), *Население и демографски процеси през 2017 г.*
10. НЗОК (2017), *Кратък отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2016 г.*
11. НЗОК, *Отчети за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2013 г. – 2017 г.*
12. Общо събрание на ООН (1948), *Всеобща декларация за правата на човека*
13. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *България: Здравен профил за страната 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
14. Пенкова, Д. (2020), *Максимален осигурителен доход и влиянието му върху доходното неравенство*, Фондация Фридрих Еберт, София.
15. Сметна палата (2018), *Одитен доклад за извършен одит на отчета за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2017 г.*

СПИСЪК НА ТАБЛИЦИ И ГРАФИКИ

- 6 Фигура 1
 Очаквана продължителност на живота
- 7 Фигура 2
 Лечима смъртност на 100 000 души население под 75 години
- 7 Фигура 3
 Хоспитализации на 1000 души
- 8 Фигура 4
 **Дял на доплащане от страна на пациентите спрямо
 общите разходи за здравеопазване 2017 г.**
- 9 Таблица 1
 **Ревизия на преките плащания на домакинствата
 за здравеопазване**
- 10 Фигура 5
 Разходи за здравеопазване на човек от населението в евро
- 11 Фигура 6
 **Връзка между разходи за здравеопазване в евро
 и лечима смъртност за 2017 г.**
- 11 Фигура 7
 Общи разходи за здравеопазване като % от БВП, 2017 г.
- 12 Фигура 8
 **Публични разходи за здравеопазване в абсолютни
 стойности и като % от БВП в България**
- 13 Фигура 9
 **Източници на финансиране на здравеопазването
 в България**
- 16 Фигура 10
 **Източници на финансиране на здравеопазването
 в Словения**

За автора:

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.

Издател:

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

Отговорен редактор:
Хелене Кортлендер | Директор, ФФЕ, Бюро България

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.

Мненията, изразени в тази публикация, принадлежат на автора/авторите и не отразяват непременно позицията на Фондация Фридрих Еберт.

Всички текстове са достъпни онлайн:
<http://www.fes-bulgaria.org>

Ноември, 2020 г.

ISBN 978-954-2979-65-4

