

Разходи за здравеопазване в страните от Европейския съюз за периода 2000-2009 г.

Димитър Ам. Димитров*

Магдалена Баймакова*

Георги Попов*

Резюме:

Предмет: Разходите за здраве са актуални винаги и навсякъде по света. Те засягат голяма част от населението на дадена страна, особено когато в преобладаващата част то е застаряващо. Целта на настоящата статия е чрез анализ на разходите за здравеопазване в страните от Европейския съюз за периода 2000-2009 г. да се проследят и обобщят получените данни, тенденции и закономерности.

Методи: В процеса на работа са използвани методът на сравнението и методът на абстракцията. Анализирани са данните на Световната здравна организация по отношение на разглежданата тематика.

Резултати: Проучени бяха три основни показателя – разходи за здравеопазване на глава от населението, разходи за здравеопазване като процент от БВП, публични и частни разходи за здравеопазване като процент от общия разход за здравеопазване.

Изводи: Наблюдава се тенденция на нарастване на разходите за здравеопазване.

Причините са много, но главната е застаряването на населението.

Ключови думи: здравеопазване, разходи, Европейски съюз.

JEL: A12; C13; I10.

Въведение

През изминалите 23 години (след 1989 г.) в страната постоянно се говори за здравна реформа и здравна политика: проведена ли е такава, до каква степен, каква трябва да бъде, по какъв модел, какви модели на поведение трябва да следва и т.н. Всичко това е немислимо без осигуряването на достатъчен финансов ресурс. Разходите за здравеопазване винаги са били деликатна тема, тънък лед, по който малцина умеят да вървят. Понеже често обичаме да се сравняваме и да даваме за пример страните от Западна Европа и Северна Америка, затова авторите решиха чрез тази статия да вдигнат поне частично завесата по темата – разходи за здравеопазване в страните от Европейския съюз (ЕС).

Целта на настоящия труд е чрез анализ на разходите за здравеопазване в страните от ЕС за периода 2000-2009 г. да се проследят и обобщят получените данни, тенденции и закономерности.

* Димитър Ам. Димитров е инженер, в.ф. 26 400 – Благоевград, e-mail: dimitrov2610@abv.bg

* Магдалена Баймакова е лекар в Клиниката по инфекциозни болести на МБАЛ – София към ВМА, e-mail: dr.baumakova@gmail.com

* Георги Попов е лекар, доктор по медицина, главен асистент в Клиника по инфекциозни болести на МБАЛ – София към ВМА.

В Европейския съюз се реализират няколко основни политики. Сектор здравеопазване попада в политика "Околна среда, потребители и здраве". Пряко със здравния сектор е ангажирана Генерална дирекция "Здраве и потребители" на Европейската комисия. Основния законодателен акт, на който се базира работата на тази дирекция е Здравната стратегия на ЕС. Първата здравна стратегия, приета за реализиране, е за периода 2003-2008 г. В момента се изпълнява втората здравна стратегия, която се нарича *"БЯЛА КНИГА. Заедно за здраве. Стратегически подход за ЕС 2008-2013 г."* [2]. Тя се базира на четири основни принципа:

- концентриране върху базисните ценности по отношение на здравето, поставяне на пациента в центъра на здравното обслужване и намаляване на неравенствата;
- осъзнаване на връзките между здраве и икономическо благоустойчивост;
- интегриране на здравеопазването във всички области на политиката;
- засилване на позициите на ЕС по отношение на здравеопазването в световен мащаб, чрез по-тясно сътрудничество с международни организации.

Настоящата здравна стратегия преследва три основни цели:

- насърчаване на доброто здраве в застравяваща Европа;
- защита на гражданите от заплахи за здравето:
- ✓ инфекциозни, неинфекциозни и редки болести;
- ✓ ваксинапрофилактика;
- ✓ подготовка и реагиране при възникване на заплахи за здравето;
- подпомагане на динамични здравни системи и нови технологии;
- ✓ оценка на здравните технологии;
- ✓ права на пациента при здравно обслужване зад граница;

- ✓ здравните работници – лекари, лекари по дентална медицина, медицински сестри, акушерки, лаборанти и др.;
- ✓ безопасност на пациента.

Финансирането на здравните системи се основава на различни здравноосигурителни практики. Според Световната здравна организация (СЗО) *здравното осигуряване* е договор между клиента и осигурителя, според който при настъпване на осигурителното събитие – ползване на медицинска помощ, осигурителят изплаща определено парично обезщетение на осигуреното лице или – по-често – възстановява изцяло или частично разходите на изпълнителя на здравни услуги [9]. Познати са два основни типа здравноосигурителни системи – обществени и частни. В практиката най-често се прилага смесено финансиране с различни комбинации [4]:

→ *система Бисмарк* (социална здравноосигурителна система) – при нея доминираща роля има задължителното здравно осигуряване, което се допълва от бюджета, преки плащания от пациентите и доброволните фондове (Австрия, Белгия, Германия, Люксембург, Нидерландия, Франция);

→ *система Бевъридж* (данъчно/правителствено финансиране) – финансирането се осъществява предимно от централния или местните бюджети, комбинирано/допълвано от задължителното здравно осигуряване, преки плащания и доброволно осигуряване (Гърция, Финландия);

→ *система Семашко* – финансиране изцяло от бюджета;

→ *система Кенеди* – тя е типично пазарно ориентирана, с доминиране на доброволните здравни фондове и директни плащания от пациентите, като в малка част се допълва от бюджетни средства (САЩ);

→ *система Бевъридж-Кенеди* – представлява комбинация между данъчно финансиране и доброволни здравни фондове, плюс плащане от пациента (Великобритания, Испания, Италия, Португалия).

Към настоящия момент ЕС се състои от 27 страни членки, с население от 496,204 млн. души [9] и територия от 4,215 млн. км² [7], което отрежда на съюза 3^{то} място по население в света (след Китай и Индия) и 7^{мо} място по площ (след Руска федерация, Канада, САЩ, Китай, Бразилия и Австралия).

Разходите за здравеопазване са част от разходите в човешки капитал [6]. Затова основна цел и задача на здравната система се явява подържането на здравословното състояние на индивидите. По своята същност здравеопазването не е чисто публично благо, а смесено, което е основание за неговото смесено финансиране. Мотивите за комбинираното финансиране са няколко [6]:

- ползването на това благо от хората е неравномерно и справедливостта изисква тези, които потребяват повече да заплащат повече;
- здравословното състояние на различните индивиди в известна степен зависи от тях и тяхното поведение;
- потреблението на въпросното благо е строго индивидуализирано;
- потребителите получават непосредствена изгода – подобряване на здравословното състояние;
- изхожда се не само от икономически, но и от морално-етични съображения.

В страните от ЕС преобладава гържането или социално-хуманното финансиране [6]. Този вид финансиране преследва социално-защитни функции, поради което обикновено води до задължително и универсално здравно осигуряване (т.е. осигуряване за всички граждани и техните здравни потребности, независимо от риска за здравето) [1,5]. Основен принцип при социалното здравно осигуряване е *гражданската солидарност* и *споделяната отговорност* на осигурените, което позволява преразпределението на средствата в зависимост от потребностите (от здрави към болни

осигурени, от богати към бедни осигурени). Размерът на осигурителните вноски е определен процент от дохода, независимо от възрастта и здравното състояние на осигурените.

Методи и материали

В настоящото изследване са използвани *методът на сравнението* и *методът на абстракцията*. При *метода на сравнението* целта е да се разкрият признаците на сходство и различие между предметите и явленията, чрез съпоставяне. Предполага се сравняването на предмети между които има обективна общност по признаци, които са значими за целите на изследването. На емпирично ниво се реализира чрез сравняване на фактите от различни събития или техни показатели (по етапи на развитието им) в два аспекта – 1.) за предмети, които възникват относително едновременно или 2.) последователно при различни исторически условия (сравнително-исторически). На теоретично ниво метода позволява да се обяснят различни аспекти на определени явления, чрез сравняването им с известни аналози. Резултатите се използват като предпоставка за обобщения и за умозаклучения по аналогия.

Методът на абстракцията по своята същност представлява мислено отделяне на несъществени свойства, връзки и взаимоотношения между предметите и отделяне на няколко страни на взаимоотношенията между обектите, които интересуват изследователя. Основната цел, която се преследва е да се идентифицират само значими аспекти на предметите от голям клас, чрез откъсване от конкретното. Друга набелязвана цел е да се разкрият възможности за обективизиране на общи и всеобщи признаци, обясняване на идентифицираните признаци, и на свързаните с тях категории.

За целта на настоящото изследване са разгледани данните на Световната здрав-

Статии

на организация (СЗО – WHO) относно разходите за здравеопазване в страните от Европейския съюз. Изследван е период от 10 години (от 2000 г. до 2009 г., вкл.), за да могат да бъдат проследени данните в динамика, а не в статика (напр. само за определена година). Проучени са стойностите на разходите за здравеопазване на всички 27 страни членки на ЕС за целия десет годишен период, без да се взема под внимание коя страна от коя година е член на организацията.

Резултати

Първият проучен показател е "Разходи за здравеопазване на глава от населението". Посочените данни са в абсолютна стойност – вж. таблица 1.

Таблица 1. Разходи за здравеопазване на глава от населението в страните от Европейския съюз (2000-2009)

Страна	Разходи за здравеопазване на глава от населението [американски долари - \$]										
	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Средно
Австрия	4243	4150	3881	3716	3463	3379	3189	3051	2898	2859	3 483
Белгия	4237	4096	3808	3376	3290	3262	3051	2786	2590	2478	3 297
България	858	853	813	766	719	651	607	552	482	373	667
Великобритания	3399	3222	3008	2945	2694	2540	2318	2188	2001	1833	2 615
Германия	4129	3922	3706	3557	3355	3162	3083	2933	2802	2667	3 332
Гърция	3085	3010	2746	2603	2348	2087	2024	1962	1752	1449	2 307
Дания	4118	3814	3612	3455	3146	3047	2825	2691	2516	2377	3 160
Естония	1373	1325	1123	962	827	739	670	582	522	523	865
Ирландия	4005	3796	3392	3110	2872	2745	2531	2321	2042	1743	2 856
Испания	3152	2941	2696	2513	2249	2109	2001	1730	1626	1529	2 255
Италия	3027	2836	2646	2614	2412	2360	2253	2228	2228	2063	2 467
Кипър	1825	1838	1720	1639	1530	1457	1457	1290	1194	1100	1 505
Латвия	996	1206	1060	928	806	762	653	616	546	480	805
Литва	1097	1318	1134	1002	835	742	786	681	602	561	876
Люксембург	6526	5996	5975	6035	5381	5292	4618	4732	3968	3987	5 251
Малта	4264	4197	4120	4334	4134	3859	3557	3400	2965	2893	3 772
Нидерландия	4389	4233	3939	3698	3447	3304	3091	2825	2545	2331	3 380
Полша	1359	1271	1074	935	857	807	748	733	642	584	901
Португалия	2703	2578	2418	2200	2096	1907	1817	1653	1564	1507	2 044
Румъния	773	840	670	568	517	480	410	399	354	297	531
Словакия	1898	1849	1605	1350	1139	1057	1023	934	837	724	1 242
Словения	2476	2420	2126	2092	1976	1862	1766	1703	1579	1451	1 945
Унгария	1453	1506	1429	1486	1413	1306	1285	1116	971	854	1 282
Финландия	3357	3299	2955	2771	2585	2454	2249	2142	1965	1853	2 563
Франция	3934	3851	3656	3485	3294	3097	2972	2910	2707	2535	3 244
Чешка реп-ка	1924	1830	1650	1554	1472	1385	1337	1195	1083	982	1 441
Швеция	3690	3622	3415	3177	2952	2942	2822	2692	2506	2284	3 010
Средно за ЕС	2900	2808	2607	2477	2289	2178	2042	1928	1759	1641	2 263

Източник: World Health Organization (WHO), <http://www.who.int/en/>

Следващият изследван показател е "Разходи за здравеопазване като процент от БВП". Получените резултати са в относителни стойности – вж. таблица 2.

Таблица 2. Разходи за здравеопазване като процент от БВП в страните от Европейския съюз (2000-2009)

Страна	Разходи за здравеопазване – като % от БВП										
	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Средно
Австрия	11,1	10,4	10,3	10,3	10,4	10,4	10,3	10,1	10,1	9,9	10,33
Белгия	11,8	11,1	10,8	9,9	10,3	10,5	10,1	9,3	9,1	9,0	10,19
България	6,4	6,2	6,6	6,9	7,3	7,3	7,4	7,3	7,0	6,0	6,84
Великобритания	9,4	8,7	8,4	8,4	8,3	8,0	7,8	7,6	7,3	7,0	8,09
Германия	11,4	10,6	10,4	10,5	10,7	10,6	10,8	10,6	10,4	10,3	10,63
Гърция	10,6	10,1	9,7	9,7	9,6	8,7	8,9	9,1	8,8	7,9	9,31
Дания	11,2	9,9	9,7	9,6	9,5	9,5	9,3	8,8	8,6	8,3	9,44
Естония	7,0	6,1	5,2	5,0	5,0	5,0	5,0	4,8	4,9	5,3	5,33
Ирландия	9,7	8,7	7,5	7,5	7,5	7,6	7,4	7,1	6,8	6,1	7,59
Испания	9,7	9,0	8,4	8,4	8,3	8,2	8,2	7,3	7,2	7,2	8,19
Италия	9,5	8,7	8,4	8,7	8,6	8,7	8,3	8,3	8,2	8,1	8,55
Кипър	6,0	6,0	6,0	6,3	6,3	6,4	6,8	6,1	5,7	5,7	6,13
Латвия	6,5	6,6	6,2	6,2	6,2	6,5	6,1	6,2	6,1	6,0	6,26
Литва	6,6	6,6	6,2	6,2	5,9	5,7	6,5	6,4	6,3	6,5	6,29
Люксембург	7,8	6,8	7,1	7,7	7,9	8,2	7,7	8,3	7,4	7,5	7,64
Малта	7,5	7,3	7,5	8,3	8,5	8,4	8,0	7,7	7,1	6,8	7,71
Нидерландия	10,8	9,9	9,7	9,7	9,8	10,0	9,8	8,9	8,3	8,0	9,49
Полша	7,1	7,0	6,4	6,2	6,2	6,2	6,2	6,3	5,9	5,5	6,30
Португалия	11,0	10,2	10,1	9,6	9,9	9,7	9,4	8,7	8,5	8,5	9,56
Румъния	5,4	5,4	5,2	5,1	5,5	5,5	5,3	5,7	5,4	5,2	5,37
Словакия	8,5	8,0	7,7	7,3	7,0	7,2	7,5	7,2	6,9	6,6	7,39
Словения	9,1	8,3	7,8	8,2	8,4	8,4	8,6	8,6	8,6	8,3	8,43
Унгария	7,4	7,2	7,5	8,1	8,3	8,0	8,3	7,5	7,1	7,0	7,64
Финландия	9,7	8,8	8,2	8,4	8,4	8,2	8,2	7,8	7,4	7,2	8,23
Франция	11,7	11,2	11,0	11,1	11,1	11,0	10,9	10,5	10,2	10,1	10,88
Чешка република	7,6	7,1	6,8	7,0	7,2	7,2	7,4	7,1	6,7	6,5	7,06
Швеция	9,8	9,2	8,9	8,9	9,0	9,1	9,3	9,2	8,9	8,2	9,05
Средно за ЕС	8,90	8,34	8,06	8,12	8,19	8,16	8,13	7,87	7,59	7,36	8,07

Източник: World Health Organization (WHO), <http://www.who.int/en/>

Последно бяха проучени данните по отношение на публичните и частни разходи за здравеопазване като процент от общия разход за здравеопазване. Резултатите, които се получиха са в относителни дялове - Вж. таблица 3.

Таблица 3. Публични и частни разходи за здравеопазване като процент от общия разход за здравеопазване в страните от Европейския съюз (2000-2009)

Страна	Публични и частни разходи за здравеопазване като процент от общия разход за здравеопазване										
	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Средно
Австрия											
публ. разходи	79,5	79,1	78,7	78,3	76,1	75,7	75,5	75,8	76,1	76,8	77,16
частни разходи	20,5	20,9	21,3	21,7	23,9	24,3	24,5	24,2	23,9	23,2	22,84

Статии

Белгия											
публ. разходи	75,9	74,7	75,5	76,8	76,5	76,0	75,3	76,1	77,6	77,0	76,14
частни разходи	24,1	25,3	24,5	23,2	23,5	24,0	24,7	23,9	22,4	23,0	23,86
България											
публ. разходи	60,7	59,0	60,1	57,0	60,9	60,8	61,0	59,6	56,3	59,6	59,50
частни разходи	39,3	41,0	39,9	43,0	39,1	39,2	39,0	40,4	43,7	40,4	40,50
Великобритания											
публ. разходи	83,6	82,6	82,0	81,9	81,9	81,4	80,1	79,9	79,9	79,3	81,26
частни разходи	16,4	17,4	18,0	18,1	18,1	18,6	19,9	20,1	20,1	20,7	18,74
Германия											
публ. разходи	78,8	78,0	77,9	77,9	78,2	78,1	80,0	79,3	79,6	79,8	78,76
частни разходи	21,2	22,0	22,1	22,1	21,8	21,9	20,0	20,7	20,4	20,2	21,24
Гърция											
публ. разходи	62,6	60,9	60,3	62,0	60,1	59,1	59,8	58,0	60,8	60,0	60,36
частни разходи	37,4	39,1	39,7	38,0	39,9	40,9	40,2	42,0	39,2	40,0	39,64
Дания											
публ. разходи	86,3	84,7	84,5	84,1	83,7	83,8	83,9	82,9	82,7	82,4	83,90
частни разходи	13,7	15,3	15,5	15,9	16,3	16,2	16,1	17,1	17,3	17,6	16,10
Естония											
публ. разходи	79,1	79,4	76,7	73,9	77,1	77,1	77,1	77,1	78,6	77,5	77,36
частни разходи	20,9	20,6	23,3	26,1	22,9	22,9	22,9	22,9	21,4	22,5	22,64
Ирландия											
публ. разходи	79,6	76,9	76,8	76,3	76,6	77,0	76,4	76,4	76,1	75,3	76,74
частни разходи	20,4	23,1	23,2	23,7	23,4	23,0	23,6	23,6	23,9	24,7	23,26
Испания											
публ. разходи	75,2	73,1	72,4	71,8	71,1	71,0	71,0	71,3	71,2	71,6	71,97
частни разходи	24,8	26,9	27,6	28,2	28,9	29,0	29,0	28,7	28,8	28,4	28,03
Италия											
публ. разходи	77,3	76,3	75,4	75,7	75,2	76,0	74,5	74,5	74,6	72,5	75,20
частни разходи	22,7	23,7	24,6	24,3	24,8	24,0	25,5	25,5	25,4	27,5	24,80
Кипър											
публ. разходи	44,0	43,7	44,8	45,2	45,1	45,6	49,3	45,0	42,4	41,7	44,68
частни разходи	56,0	56,3	55,2	54,8	54,9	54,4	50,7	55,0	57,6	58,3	55,32
Латвия											
публ. разходи	60,5	60,0	58,5	61,5	55,9	56,4	52,8	52,1	51,2	54,4	56,33
частни разходи	39,5	40,0	41,5	38,5	44,1	43,6	47,2	47,9	48,8	45,6	43,67
Литва											
публ. разходи	72,6	72,6	72,8	69,5	67,8	67,6	76,0	74,9	72,6	69,7	71,61
частни разходи	27,4	27,4	27,2	30,5	32,2	32,4	24,0	25,1	27,4	30,3	28,39

Люксембург											
публ. разходи	84,0	84,1	84,1	85,1	84,9	84,8	84,2	85,5	84,3	85,1	84,61
частни разходи	16,0	15,9	15,9	14,9	15,1	15,2	15,8	14,5	15,7	14,9	15,39
Малта											
публ. разходи	75,4	75,2	76,7	76,4	75,7	72,7	75,4	74,5	71,7	72,5	74,62
частни разходи	24,6	24,8	23,3	23,6	24,3	27,3	24,6	25,5	28,3	27,5	25,38
Нидерландия											
публ. разходи	84,8	83,5	83,5	83,8	68,6	68,6	69,2	67,1	67,3	68,0	74,44
частни разходи	15,2	16,5	16,5	16,2	31,4	31,4	30,8	32,9	32,7	32,0	25,56
Полша											
публ. разходи	74,6	74,0	72,4	71,0	70,5	69,2	70,5	71,2	71,9	70,0	71,53
частни разходи	25,4	26,0	27,6	29,0	29,5	30,8	29,5	28,8	28,1	30,0	28,47
Португалия											
публ. разходи	73,7	71,5	71,9	72,5	72,8	73,1	74,2	72,2	71,5	72,5	72,59
частни разходи	26,3	28,5	28,1	27,5	27,2	26,9	25,8	27,8	28,5	27,5	27,41
Румъния											
публ. разходи	82,6	82,0	82,3	79,9	80,8	75,1	84,8	66,7	65,9	67,7	76,78
частни разходи	17,4	18,0	17,7	20,1	19,2	24,9	15,2	33,3	34,1	32,3	23,22
Словакия											
публ. разходи	71,8	71,9	70,8	71,3	76,3	73,8	74,8	85,3	84,7	85,0	76,57
частни разходи	28,2	28,1	29,2	28,7	23,7	26,2	25,2	14,7	15,3	15,0	23,43
Словения											
публ. разходи	74,9	73,8	72,8	74,1	73,7	74,3	74,4	73,4	73,3	74,0	73,87
частни разходи	25,1	26,2	27,2	25,9	26,3	25,7	25,6	26,6	26,7	26,0	26,13
Унгария											
публ. разходи	72,4	71,5	71,0	72,9	72,7	72,9	73,3	70,2	69,0	70,7	71,66
частни разходи	27,6	28,5	29,0	27,1	27,3	27,1	26,7	29,8	31,0	29,3	28,34
Финландия											
публ. разходи	76,4	75,5	75,9	75,8	74,7	74,2	73,7	72,3	71,8	71,1	74,14
частни разходи	23,6	24,5	24,1	24,2	25,3	25,8	26,3	27,7	28,2	28,9	25,86
Франция											
публ. разходи	79,2	78,6	79,1	79,3	79,7	79,7	79,8	79,7	79,4	79,4	79,39
частни разходи	20,8	21,4	20,9	20,7	20,3	20,3	20,2	20,3	20,6	20,6	20,61
Чешка реп-ка											
публ. разходи	83,4	82,5	85,2	86,7	87,3	89,2	89,8	90,5	89,8	90,3	87,47
частни разходи	16,6	17,5	14,8	13,3	12,7	10,8	10,2	9,5	10,2	9,7	12,53
Швеция											
публ. разходи	83,4	83,2	83,0	82,6	82,6	82,9	83,5	82,1	81,8	84,9	83,00
частни разходи	16,6	16,8	17,0	17,4	17,4	17,1	16,5	17,9	18,2	15,1	17,00
Средно за ЕС											
публ. разходи	75,27	74,38	74,26	74,20	73,57	73,19	74,09	73,10	72,67	72,92	73,77
частни разходи	24,73	25,62	25,74	25,80	26,43	26,81	25,91	26,90	27,33	27,08	26,23

Източник: World Health Organization (WHO), <http://www.who.int/en/>

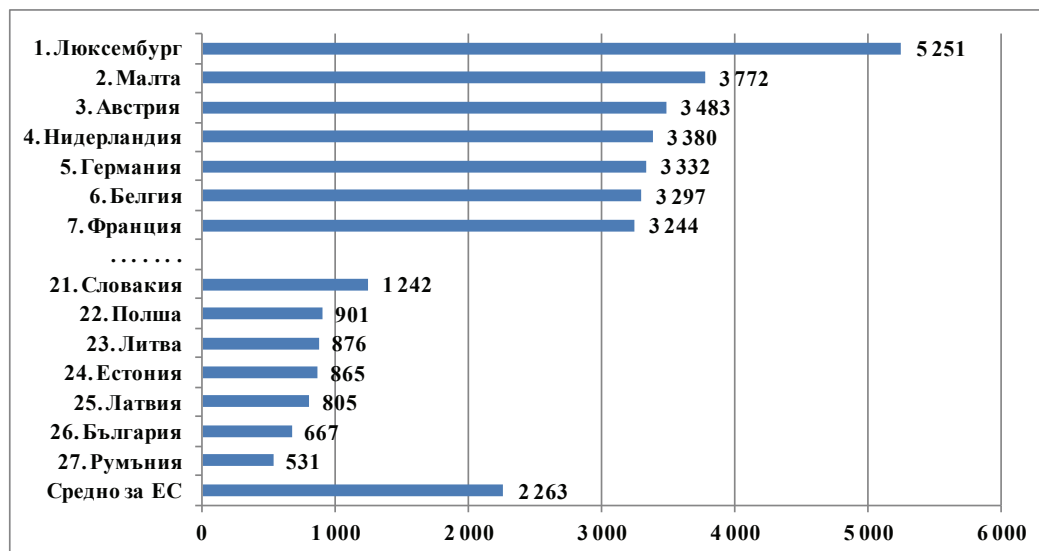
Анализ на резултатите

Първият изследван показател "Разходи за здравеопазване на глава от населението" е важен от гледна точка на това, че дава явна представа за това колко точно изразходва за здравето на всеки свой гражданин всяка една от страните – членки на ЕС. При анализа на тези данни ще обособим две групи страни – 7 от тях с най-големи разходи, и 7 с най-малки. От данните е видно, че за изследвания период най-много разходи са направени от страни като Люксембург, Малта, Австрия, Нидерландия, Германия, Белгия и Франция (вж. фиг. 1). Най-малки разходи по този критерий са направили Румъния, България, Латвия, Естония, Литва, Полша и Словакия. Разликата между

разходи) е 3680\$, а при втората група (с най-малки разходи) – 841\$. Разтваря се ножица в много широк диапазон от 338 % на база втората група (с най-малки разходи) или 2839\$.

За проследения период се наблюдава ясна тенденция към нарастване на разходите за здравеопазване на глава от населението (вж. фиг. 2). През 2000 г. страните от ЕС изразходват средно по 1641\$ годишно или 136,75\$ месечно на човек за здравеопазване. Десет години по-късно (през 2009 г.) тези разходи достигат 2900\$ годишно или 241,67\$ месечно на човек. Увеличението за периода е 77 % или почти два пъти.

Вторият изследван критерий е "Разходи за здравеопазване като процент от БВП". Тук е мястото, където се вижда каква е относителната тежест на здравеопазването



Фигура 1. Средни разходи за здравеопазване на глава от населението в страни от ЕС за периода 2000-2009 г. [в щ. дол.].

първата страна с най-висок разход (Люксембург) и втората (Малта) е осезаема – 1 479 \$ или 39 % на база втората (Малта).

Още по-сериозна дистанция се получава при сравняване на първата (Люксембург) и последната (Румъния) – 4720\$, или 889 % на база последната (Румъния)! Средния размер на разходите за здравеопазване на глава от населението за изследвания период сред страните от първата група (с най-големи

в конкретната група страни. Отново ще обособим две групи страни (вж. фиг. 3): съответно първа – с най-висок процент разходи за здравеопазване от БВП, и втора група страни – с най-нисък процент. В първата група влизат Франция, Германия, Австрия, Белгия, Португалия, Нидерландия и Дания. Втората група е с представители Естония, Румъния, Кипър, Латвия, Литва, Полша и България. Първата група е с със среден пока-

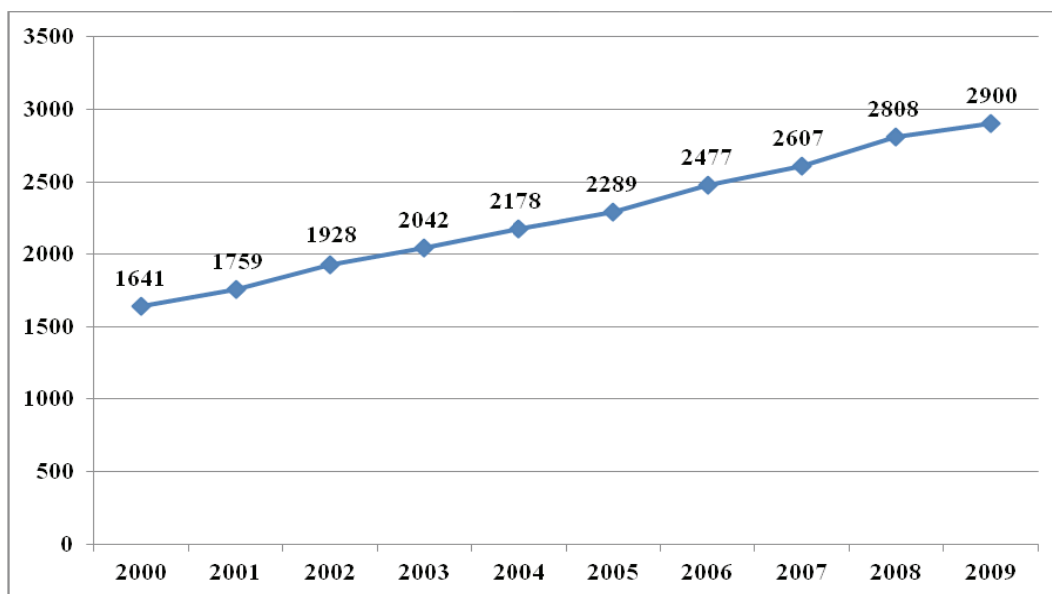
зател от 10,07 % разходи за здравеопазване като процент от БВП, докато втората – 6,07 %. В първата обследвана група всички представени страни са членове на ЕС от преди 2004 г., а във втората група – след 2004 г. (2007 г.). Изводът е ясен и недвусмислен: по-старите членове на Съюза заделят по-голям процент от своя БВП за здравеопазване в сравнение със своите по-нови "колеги". Резултатът от това е виден за всички – по-добри здравни услуги, по-добре заплатен здравен персонал, по-добри битови условия в лечебните заведения, по-добра медицинска техника и апаратура.

За разглеждания период се наблюдава тенденция към плавно повишение на разходите за здравеопазване като процент от БВП. В средата на периода от 2003 г. до 2007 г. се наблюдава плато на разходите или липса на съществени амплитуди (вж. фиг. 4). В този интервал средните разходи варират от 8,06 % (2007 г.) до 8,19 % (2005 г.), т.е. много малки разлики. За целия анализиран отрязък от време стойностите на разходите варират от 7,36 % (2000 г.) до 8,90 % (2009 г.). Причините за този тренд са няколко [8]:

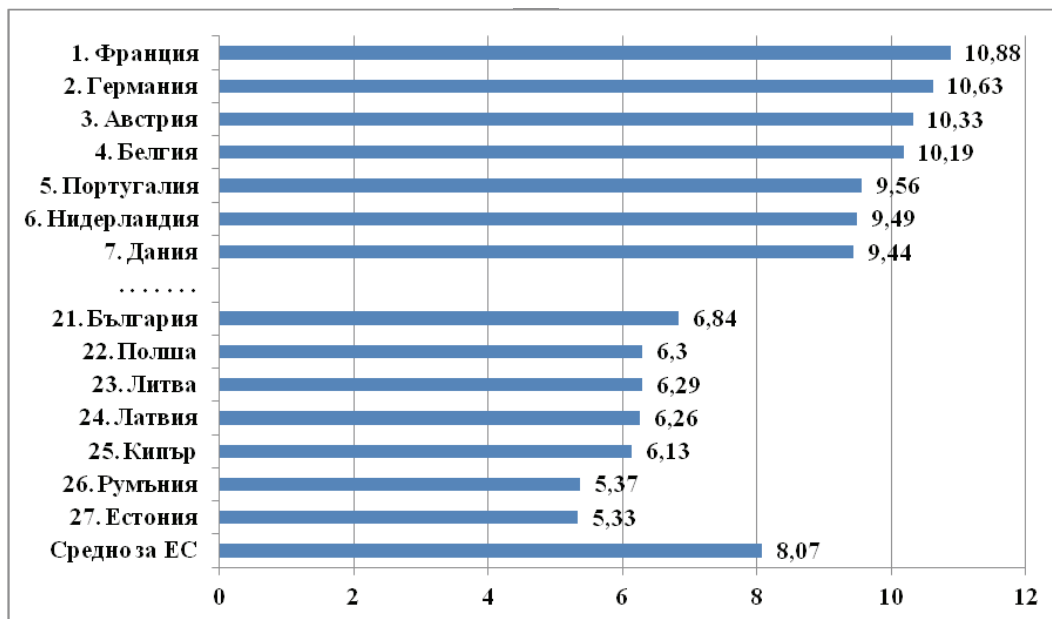
- демографски фактори – размер и структура на населението;
- здравни фактори:
 - здравният статус на населението и по-специално на възрастните хора;
 - пропуснати ползи в резултат на преждевременна смърт;
- икономически и социални фактори:
 - националният и индивидуален доход;
 - приходи от еластичността на търсене на здравни грижи;
 - социалните детерминанти на здравето (околна среда, условия на живот) и поведение, свързано с протекция на здравето;
 - обществените очаквания и реалната конвергенция на жизнения стандарт;
- обществено-политически фактори – промоция на здравето и политика по превенция на заболяванията.

В дългосрочен аспект най-сериозната причина за нарастване на здравните разходи ще се явява застаряването на населението. Проблем, пред който е изправена цяла Европа и целият западен свят.

Последният проследен индикатор е "Публични и частни разходи за здравео-



Фигура 2. Тенденция в разходите за здравеопазване на глава от населението в страните от ЕС за периода 2000-2009 г. [в ш. дол.].

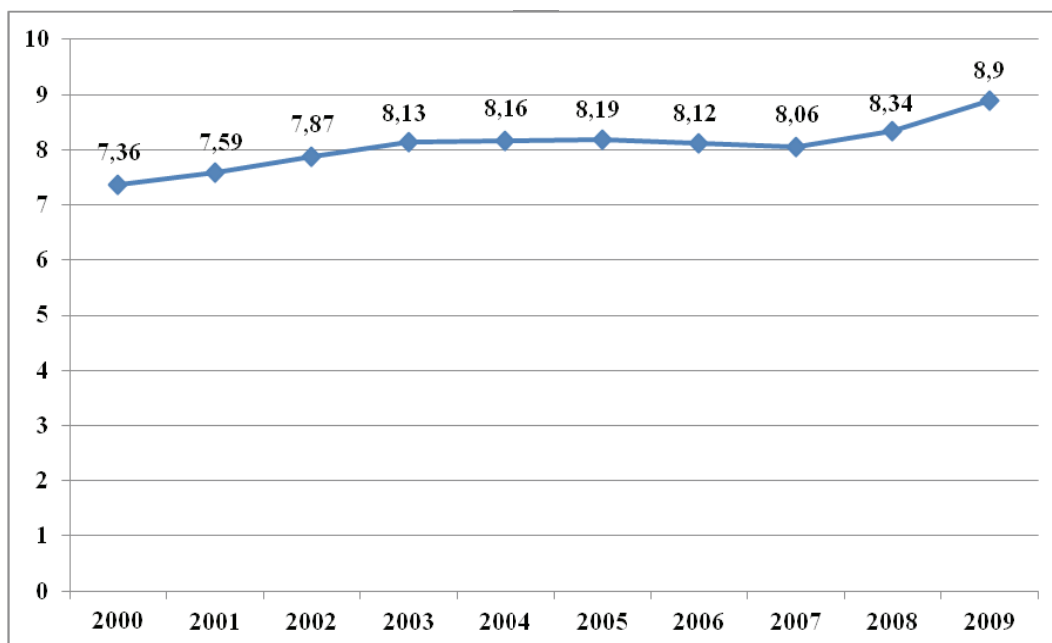


Фигура 3. Средни разходи за здравеопазване като процент от БВП в страните от ЕС за периода 2000-2009 г. [%]

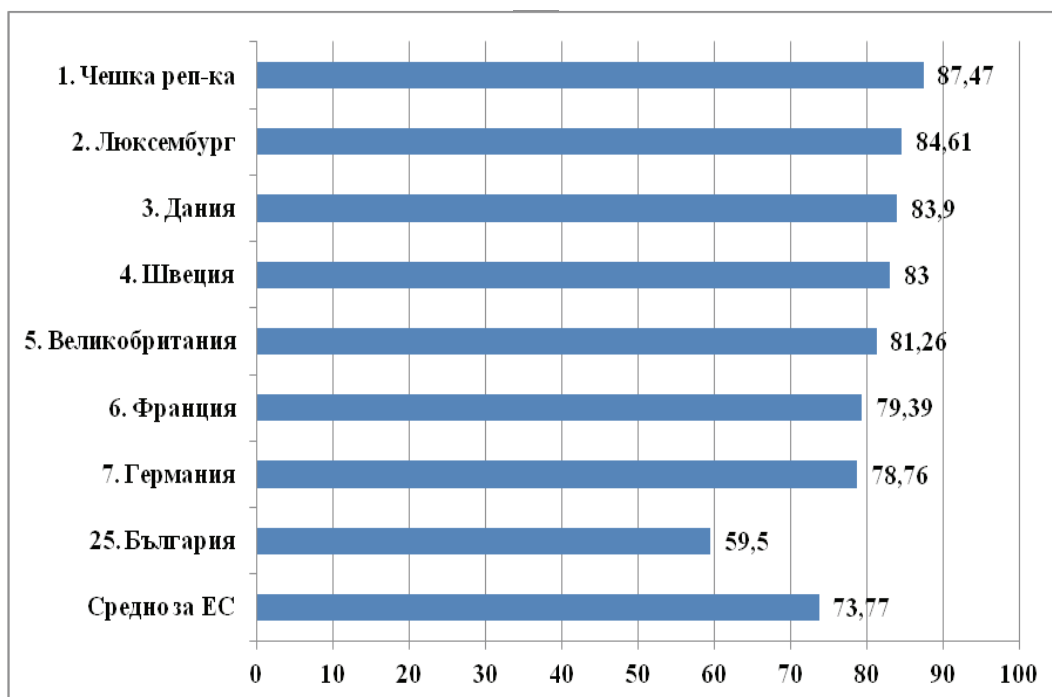
пазване като процент от общия разход за здравеопазване". Най-големи са публичните разходи за здравеопазване в Чехия, Люксембург, Дания, Швеция, Великобритания, Франция и Германия (вж. фиг. 5). Средната стойност сред тези седем страни за изследвания период е 82,63 % при средна стойност за ЕС от 73,77 %. Това демонстрира, че във въпросните държави преобладават публичните разходи за здраве над частните. За разлика от тях в други седем страни на ЕС преобладават частните разходи – Кипър, Латвия, България, Гърция, Полша, Литва и Унгария (вж. фиг. 6). При тях средната величина на въпросните разходи варира от 28,34 % за Унгария до 55,32 % за Кипър, при средна стойност за съюза от 26,23 %. От тези резултати можем да направим извод за провежданата политика в здравния сектор от всяка една страна. По-големите публични разходи за здравеопазване за сметка по-малките частни разходи говорят за по-голяма ангажираност от страна на държавата към нейните граждани. Тези страни залагат повече на социалния елемент в своите здравни системи, де-

монстрират и налагат повече държавен контрол и по-малко пазарни отношения в разглеждания сектор. Това разбира се не е лека задача, имайки предвид огромната сила на фармацевтичната индустрия, производителите на медицинска техника и апаратура, професионалните гилдии. Въпреки това противостоене, някои страни частично успяват (като Чехия, Дания, Швеция и др.), докато други (като Кипър, Латвия, България и т.н.) – не. От получените резултати е видно, че страните с по-висок жизнен стандарт в ЕС преобладаващо отделят повече публични разходи за здраве отколкото частни. Победните членове на съюза залагат на повече частни разходи. Въпрос на политика и приоритети!

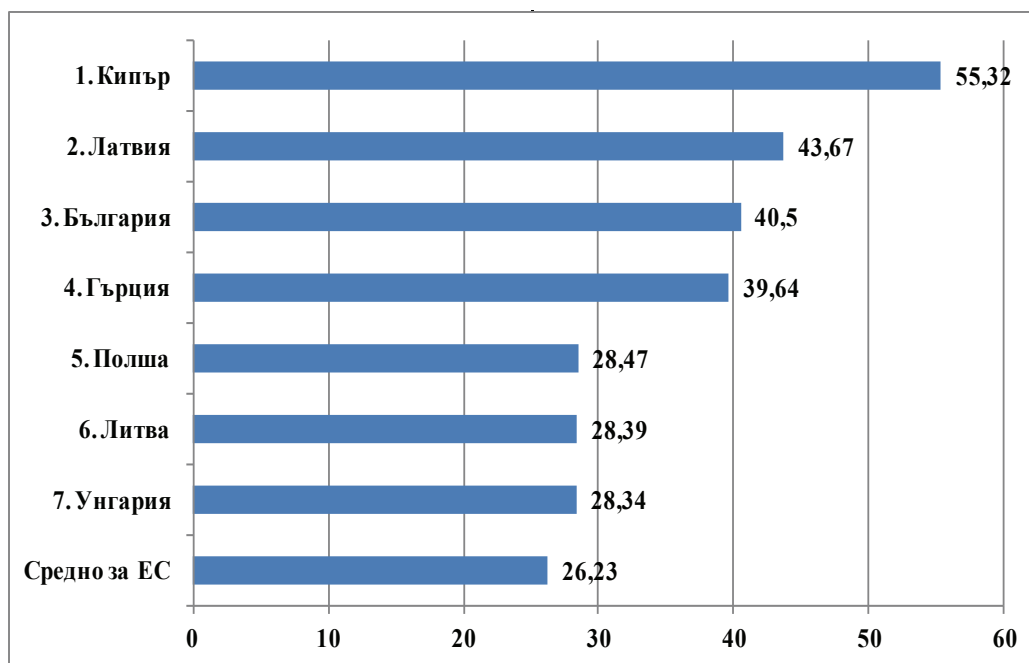
На фиг. 7 и фиг. 8 се забелязва ясната закономерност на нарастване на публичните разходи за здравеопазване, за сметка на намаляване на частните (вж. фиг. 7 и фиг. 8). Ако през 2000 г. публичните разходи са били 72,92 % от общите разходи за здравеопазване, то през 2009 г. техният дял достига вече до 75,27 %, т.е. за анализирания десетгодишен период има нарастване от 2,35 %.



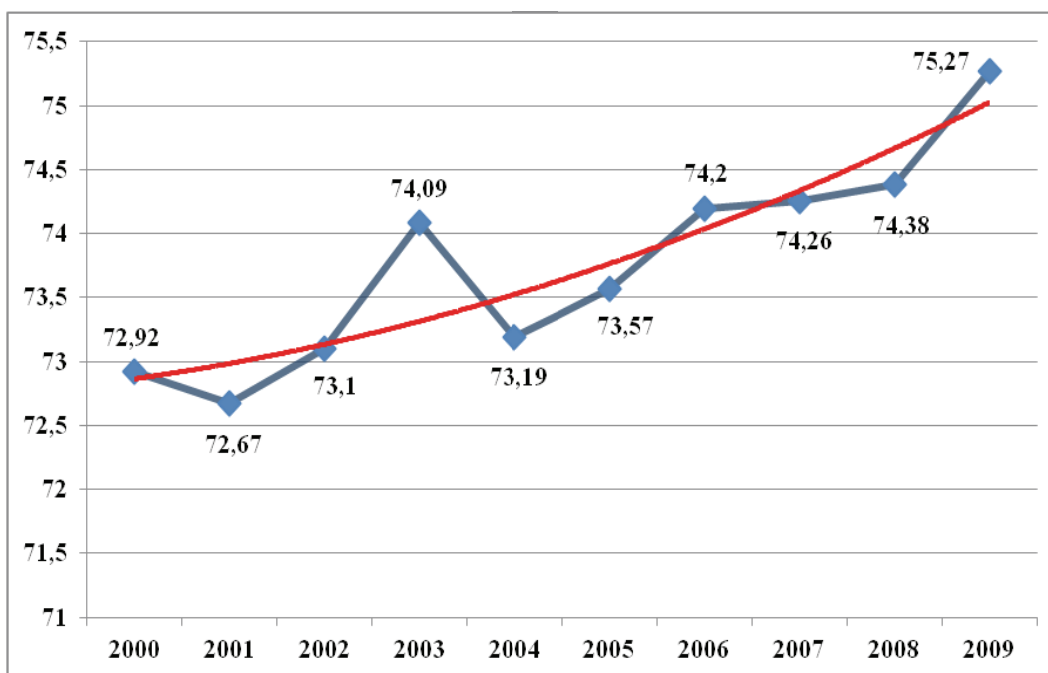
Фигура 4. Тенденция в разходите за здравеопазване като процент от БВП в страните от ЕС за периода 2000-2009 г. [%]



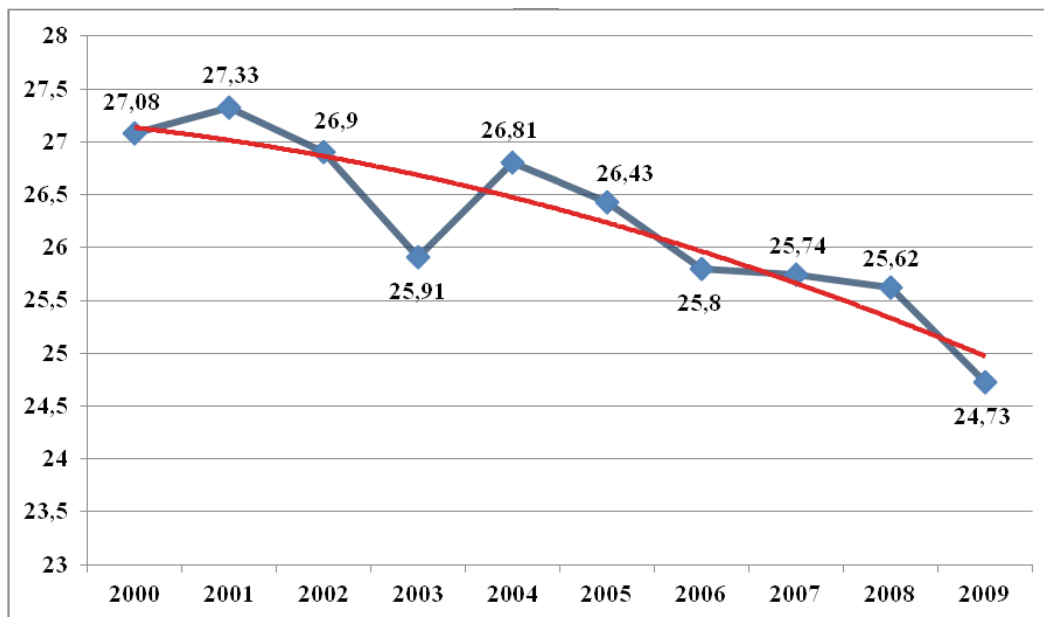
Фигура 5. Страни от ЕС с най-голям дял на публичните разходи за здравеопазване като процент от общия разход за здравеопазване за периода 2000-2009 г. [%]



Фигура 6. Страни от ЕС с най-голям дял на частните разходи за здравеопазване като процент от общия разход за здравеопазване за периода 2000-2009 г. [%]



Фигура 7. Линия на тренда на публичните разходи за здравеопазване като процент от общия разход за здравеопазване в страните от ЕС за периода 2000-2009 г. [%]



Фигура 8. Линия на тренда на частните разходи за здравеопазване като процент от общия разход за здравеопазване в страните от ЕС за периода 2000-2009 г. [%]

Макар и малка по-стойност, тенденцията (видно и от фигурата) сочи ръст нагоре. При частните разходи за здравеопазване нещата стоят по коренно противоположен начин. Така например през 2000 г. страните от съюза са изразходвали 27,08 % от общите разходи за здраве като частни такива, а през 2009 г. техните стойности са 24,73 %. Причините за тези тенденции са различни, но могат да бъдат сведени до: желанието на европейските правителства да сведат плащанията в брой (кешовите разплащания) до минимум. Целта е по-прозрачни и по-лесно контролируеми взаимоотношения пациент-доставчик на здравна услуга.

Заклучение

Към настоящия момент е в ход процедурата по приемане на следващата (трета по ред) здравна стратегия на ЕС – "Здраве за растеж", за периода 2014-2020 г. [3]. Чрез програмата ще се направи опит да бъдат преследвани няколко цели:

- разработване на общи инструменти и механизми на равнището на ЕС

за справяне с недостига на човешки и финансови ресурси и за улесняване на внедряването на иновации в здравното обслужване – **с цел да се допринесе за постигането на новаторски и устойчиви здравни системи;**

- подобряване на достъпа, включително извън националните граници, до медицински експертни познания и информация за специфични заболявания и разработване на съвместни решения и насоки за повишаване на качеството на здравното обслужване и безопасността на пациентите – **с цел да се подобри достъпът на гражданите на ЕС до по-качествено и по-сигурно здравеопазване;**
- набелязване, разпространяване и насърчаване на внедряването на утвърдените най-добри практики за икономически ефективни превантивни мерки по отношение на основните рискови фактори, а именно тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол и затлъстяването, както и ХИВ/СПИН, като се постави акцент върху тран-

сграничното измерение – **с цел профилактика на болестите и подкрепа за постигане на добро здраве;**

- изработване на общи подходи и доказване на ползата от тях за по-добра подготвеност и координация при извънредни ситуации във връзка със здравето – **с цел защита на гражданите от трансгранични заплахи за здравето.**

Реализирането на третата здравна стратегия предвижда отделянето на финансов ресурс в размер на 446 млн. евро за периода от 1 януари 2014 г. до 31 декември 2020 г.

Управлението на разходите за здравеопазване е от съществена важност. Това изисква от европейските правителства гъвкавост и решителност при вземането на решения. Необходимо е преследването на устойчиво развитие, за да може да се гарантира в бъдеще здравното обслужване на всеки гражданин на ЕС. В този контекст бъдещето на здравните системи и разходите за здравеопазване в страните от съюза ще е сходно. Според Alexandra Wyke във всички тези държави ще се наблюдават седем основни тенденции [10]:

- 1) разходите за здравеопазване ще продължават да растат не само заради множеството инфлационни фактори, но и поради нарастващото признание, че по-доброто здраве е свързано с по-голямо национално богатство;
- 2) универсалното здравеопазване ще изисква рейтинг-система и консолидация на здравните заведения, тъй като публичните ресурси няма да могат да отговорят на търсенето;
- 3) ще нараства ролята на общо-практикуващите лекари (GP - General practitioners) като "пазачи на входа" на лечебните заведения и като координатори при лечението на пациенти с множество здравни проблеми;
- 4) превантивните мерки ще станат изключително важни като начин за насърчване на здравословното поведение;
- 5) европейските правителства ще трябва да намерят начини за подобряване на събираемостта и прозрачността на здравна-

та информация, за да могат да бъдат взети правилните инвестиционни решения;

6) пациентите ще поемат по-голяма отговорност за собственото си здраве, лечение и грижи;

7) правителствата ще трябва да се справят с бюрокрацията и да либерализират правилата, които ограничават ролята на здравните специалисти и водят до изкуствено повишение на цените на медицинските изследвания.

В перспектива европейските здравни системи може би ще се окажат дефектни и финансово нестабилни, но те все още са достатъчно ценени заради обещанието, че предлагат медицински услуги на достъпна цена.

Литература

1. Делчева, Е., 2006. Управление на здравното осигуряване. София, УИ "Стопанство", с. 10-12.
2. Комисия на европейските общности, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_bg.pdf
3. Комисия на европейските общности, http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_bg.pdf
4. Пенкова, Е., *Здравноосигурителни практики*. В: Йотова, Л., Е. Пенкова, ред. *Икономика на благосъстоянието*, София: УИ "Стопанство", 2008, с. 231-235.
5. Попов, М., 2005. Организация и управление на здравноосигурителни фондове и каси. Варна, ИК "Стено", с. 26-38.
6. Стоянов, В., 2009. Теоретични и публични финанси, София, ИК "Галик", с. 469-481.
7. EUROPA – Официалният уебсайт на ЕС, http://europa.eu/index_bg.htm
8. Przywara, B., 2010. Projecting Future Healthcare Expenditure at European Level: Drivers, Methodology and Main Results. Brussels (Belgium), European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, pp. 8-30.
9. World Health Organization (WHO), <http://www.who.int/en/>
10. Wyke, A., 2011. The Future of Healthcare in Europe. The Economist Intelligence Unit Limited, pp. 15-21.