

Финансови дисбаланси в здравните разходи на България

Евгения Делчева*

Резюме: Статията е посветена на изследване на динамиката и равнището на общите, публичните и частните (потребителски) здравни разходи и диспропорциите в тях в системата като цяло и в отделни нейни сектори – извънболнична помощ, болнична помощ и лекарства в България и Европейския съюз (ЕС). Използва се информация от международната база данни "Здраве за всички" на Световна здравна организация (СЗО) и от националните здравни сметки в България. За разкриване на дисбалансите във финансовата система на здравеопазването се използват изисквания и принципи, формулирани от СЗО и ЕС. Обект на анализ и обобщения са следните финансови дисбаланси: публични/частни разходи; номинални/реални публични разходи; частни/потребителски разходи, извънболнични/болнични разходи и лекарствени публични/частни разходи. Разкрива се недостигът и трайният дефицит на публични финансови ресурси, високото ниво на частни и потребителски здравни разходи особено при извънболничната помощ и лекарства, което създава бариера и ерозира достъпа до здравеопазване в България.

Ключови думи: общи, публични и частни здравни разходи, дисбаланси в здравните разходи, България, ЕС.

JEL: I10.

След 1999-2000 г., когато се правят основните стъпки на здравната реформа, системата за финансиране на здравеопазването в България се дефинира като **смесена с разширяваща се роля на здравното осигуряване и свиване дела на бюджетното финансиране** (8, 9, 10). В нея участват активно три основни начина на финансиране – бюджетно (републикански и местни бюджети), задължително здравно осигуряване и директно заплащане от потребителите. Допълваща роля заемат доброволното здравно осигуряване, трудовата медицина за сметка на работодателя, гари-телството и външното финансиране (1, 2).

Един от големите проблеми в здравната икономика на България е този за размера, относителния дял и структурата на здравните разходи. Различни източници предоставят непълна и разминаваща се информация за разлика от яснотата на данните в други страни (5, 6, 7, 14, 15). До 2010 г. националната здравна статистика не публикуваше информация за здравните разходи в страната. Единствените системно поддържани източници на финансово-икономическа информация за ресурсите и разходите на здравеопазването бяха законите и отчетите на гържавния бюджет и Национална здравноосигурителна каса (НЗОК), както и изследването върху домакинските разходи за здраве в рамките на по-общото ежегодно проучване на паричните доходи и разходи на домакинствата. В резултат се отчитаха сравнително коректно публични-

* Евгения Делчева е доктор, професор в катедра "Публична администрация и регионално развитие" на УНСС, e-mail: evgenia2@abv.bg

те разходи за здравни нужди, както и домакинските разходи за здраве, включително и на член от домакинството (6, 11). От 2010 г., вследствие на приложение на международна методика за конструиране на националните здравни сметки, Националният статистически институт (НСИ) започна да отчита общи, публични и частни здравни разходи включително и по видове здравеопазни дейности – извънболнична помощ, болнична помощ и лекарствени продукти (12).

От редица години могат да се намерят данни (13, 14, 15) за здравните разходи в България по определени показатели – общи здравни разходи в % от брутния вътрешен продукт (БВП), общи здравни разходи на глава от населението по паритет на покупателната сила (ППС), % на публичните здравни разходи и на частните здравни разходи от БВП и др., в отворената база данни на СЗО "Здраве за всички" (19), но тази информация се оказва : 1) непълна за България (не се подават данни по някои показатели); 2) поради липса на официална статистическа информация по повечето показатели се дават оценки от експерти на СЗО, което допуска субективизъм и неточност; 3) остаряла, тъй като при новата актуализация на базата данни в края на 2012 г. последните години с данни са 2009 и 2010 г.

1. Методи

Целта на статията е да се изследват динамиката, основни структури и дисбаланси на разходите, отделяни в България за целите на здравеопазването, в сравнение с тенденциите в ЕС и основни изисквания и принципи, формулирани от СЗО и ЕС към финансовите системи на здравеопазването. Анализираните показатели са: общи здравни разходи, публични здравни разходи и частни здравни разходи, както и разходи за извънболнична помощ, разходи за болнична помощ и разходи за лекарствени

продукти. Разглеждаме като балансиран и формирани въз основа на общите социални и здравни принципи, средните съотношения и показатели в ЕС за общи здравни разходи в процент от БВП и общи здравни разходи на глава по ППС, публични и частни здравни разходи, частни и потребителски здравни разходи, извънболнични и болнични разходи и лекарствени публични и частни разходи. Отделно изследваме и разликите между номинални и реални публични здравни разходи в България. Изследването се базира на информация от нововъведената система на национални здравни сметки и базата данни "Здраве за всички" (12, 19). Периодът на изследване е от 2003 година до последна година с налични данни. В отделни случаи периодът е по-дълъг.

Научните хипотези, които ще проверим, са:

- Съществува голямо изоставане от ЕС в осигуреността на здравеопазването с публични финансови ресурси;
- Наличните общи здравни разходи са сравнително високи и надвишават средното ниво за ЕС-12¹;
- Реалното публично финансиране не се подобрява съществено след въвеждане на задължителното здравно осигуряване;
- Потребителските разходи са извънредно високи в България, което затруднява достъпа до качествени здравни услуги и лекарства;
- Здравните разходи в България са доминирани от болничните разходи, което прави системата на здравеопазването неефективна.

Структурната логика на изследването е изложение в динамика и в сравнителен план (сравнение с ЕС, ЕС-12 и ЕС15² или съпоставими страни от ЕС) на отделни индикатори за общи, публични, частни здравни разходи, както и разходите по видове здравна помощ.

¹ Групировка на страните членки от последните две присъединявания.

² Групировка на първите страни – членки на ЕС, преди последните две присъединявания.

Методическият инструментариум включва документален анализ, сравнителен анализ, динамичен анализ, позитивен и нормативен икономически анализи.

2. Изисквания към финансовите системи на здравеопазването

Един от най-сложните въпроси във всички страни е как да се финансира здравеопазването, за да се постигне максимална обществена и индивидуална полза. Очевидно е, че разнообразието и икономическата природа на произвежданите и предоставяните здравни услуги и стоки изискват включване на повече от един начин на финансиране. Съвременните изисквания, за да се постигне здраве за всички се разглеждат от СЗО в следния вид (1, 2, 26):

Изисквания към начините за финансиране:
• Справедливост • Адекватност • Въздействие върху предлагането • Въздействие върху търсенето • Междусекторни взаимодействия • Административни улеснения

Изискването за **справедливост** е основополагащо в здравните системи на всички развити страни. То означава, че избраните начини за финансиране трябва да предоставят равни възможности на всички граждани за ползване на здравна помощ, т.е. общественото финансиране трябва да доминира значително. При него се отчита не само кой печели от дадени здравни дейности, но също така и кой плаща за тях.

Адекватността на финансирането се разбира като изискване за съответствие на предоставяните финансови ресурси на здравните нужди.

Изискването за **въздействие върху предлагането** предполага избраните начини на финансиране да предизвикват стимули за по-ефективна, качествена и по-про-

изводителна дейност на здравните заведения и индивидуални практики.

Влиянието върху страната на търсенето на здравна помощ се изразява в потесни връзки между финансиране и използваемост на здравни услуги. Избраните начини на финансиране трябва да насърчават профилактични и здравно-промотивни дейности и да регулират и съдържат свръхизползването на диагностични и лечебни услуги. Също така е необходимо да се стимулира индивидуалната отговорност за личното и семейното здраве.

Спазването на изискването за **междусекторни взаимодействия** означава, че във финансирането на здравните дейности участват не само Министерството на здравеопазването и финансовите фондове на отрасъла, но и други министерства, ведомства и работодатели по отношение на здравното обучение, пречистване на вода, обща хигиена и екология, производство на хранителни стоки и други.

Административните улеснения на начините за финансиране на здравеопазването се изразяват в ниски административни разходи за издръжка на апарата и органите по финансиране и контрол, както и улеснения в процеса на планиране на средствата и отчитане на разходите.

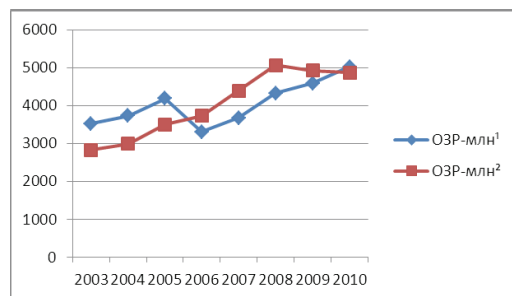
През март 2002 г. в Барселона са формулирани **три принципа за реформиране** на здравните системи в ЕС (1):

- Всеобщ достъп до здравна помощ (основно човешко право и главен критерий за оценка на успеха на реформите)
- Осигуряване на качествена здравна помощ
- Финансова устойчивост в дългосрочен план

Някои от разглежданите основни изисквания на СЗО към финансовите системи и принципи за реформиране на здравеопазването в ЕС ще се използват като критерии за оценка на здравните разходи и за разкриване на финансови дисбаланси.

3. Общи здравни разходи

На първо място, се изследва размерът на общите здравни разходи в България в номинално и относително изражение (спрямо БВП). В абсолютен израз – в милиони лева, общите здравни разходи в България по данни на НСИ (национални здравни сметки) нарастват с 43 % за периода 2003 – 2010 г. от 3 519 милиона лева на 5 020 милиона лева. Според базата данни (БД) "Здраве за всички" обаче за същия период общите здравни разходи в България изостават през първите три години от изчислените според националните здравни сметки, след което те дават по-високи стойности и в края на периода са със съпоставими близки стойности, като натрупаният прираст е почти двойно по-висок – 72 % (вж. фигура 1).



Фигура 1. Сравнение между общите здравни разходи по данни на националните здравни сметки и базата данни "Здраве за всички".

Забележка: Общите здравни разходи от БД "Здраве за всички" са изчислени от автора от процентния дял, указан в базата данни, и национални данни за БВП (НСИ).

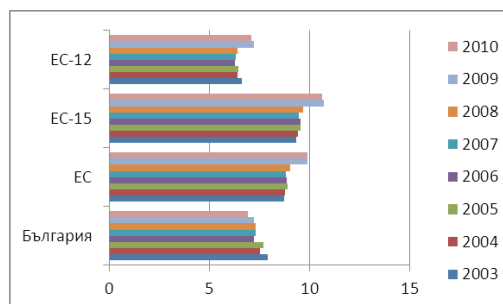
В относителен израз – като дял от БВП, стойността на показателя "общи здравни разходи" според двата източника е представена на таблица 1. От нея проличава разликата между двата източника, освен

Таблица 1. Общи здравни разходи в % от БВП

ОЗР в % от БВП	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
% от БВП - нац.здр.с/ки	9.83	9.36	9.19	6.39	6.11	6.24	6.71	7.12
% от БВП – База данни на СЗО	7.58	7.32	7.32	6.9	6.82	6.98	7.24	6.88

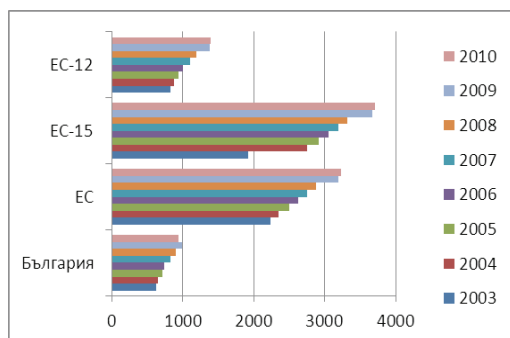
за последните години, когато стойностите се доближават.

На **второ място**, в международен и сравнителен план с различните групировки на ЕС ще се използват показателите "общи здравни разходи в % от БВП" и "общи здравни разходи в американски долари на глава от населението по паритет на покупателната сила (ППС)".



Фигура 2. Сравнение между общите здравни разходи в % от БВП по данни на базата "Здраве за всички"

От фигура 2 проличава, че: 1) общите здравни разходи в процент от БВП в България са със съпоставими стойности от тези в ЕС-12, които страни стоят най-близо до страната ни, но са по-ниски от ЕС и ЕС-15; 2) за разлика от общата тенденция в ЕС към нарастване на относителния дял на общите здравни разходи от БВП, особено в периода на финансовата криза, в България се забелязва редуция на относителния размер на разходите за здравеопазване, което противоречи на изискването за адекватност на здравните потребности, които нарастват със застаряване на населението. Под въпрос е и спазване на изискванията за справедливост и финансова устойчивост в дългосрочен план, тъй като общите ресурси за здраве в процент от БВП са флукуиращи и намаляващи.

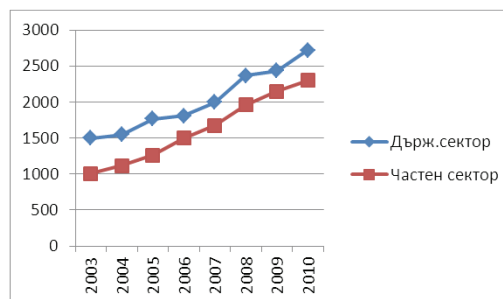


Фигура 3. Сравнение между общите здравни разходи в амер. долари на глава от населението по ППС по данни на базата "Здраве за всички"

На фигура 3 е представено сравнение на най-изразителния показател, характеризиращ разликите във финансовата осигуреност на здравеопазването на глава и отчитащ паритета на покупателната сила. Въпреки че по процент от БВП общите здравни разходи в България са сравнително близки със средните за ЕС-12, на глава от населението те изостават от съпоставимата групировка страни от ЕС с около 33 % (2003) и с 47,6 % (2010 г.). В абсолютно изражение в международната валутна единица за сравнения – американски долари, общите здравни разходи на глава в България са 625 (2003) и достигат 947 (2010 г.), но в същото време за ЕС-12 те достигат 1398, а за ЕС – 3230 за 2010 г. Забелязва се също, че въпреки намаляващия брой население в страната, общите здравни разходи на глава по ППС намаляват в последните години, докато във всички групировки на ЕС, те нарастват, илюстрирайки приоритета на здравеопазването в националните финансови политики. Стойността на този показател също е в противовес с изискванията за адекватност на растящите здравни нужди и равен достъп за всички до качествена здравна помощ.

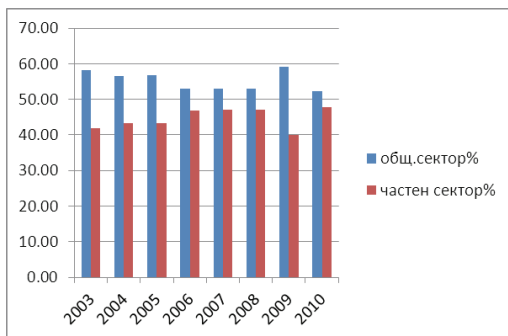
4. Публични здравни разходи

Публичните здравни разходи обхващат средства от всички публични източници – държавен, общински бюджети и НЗОК. Те ще бъдат изследвани във вътрешен (национален) план чрез динамика в номинални, относителни и реални здравни разходи по данни на национална статистика и в международен сравнителен план чрез показателя "относителен дял на публичните здравни разходи от общите здравни разходи (в %)" с източник – базата данни "Здраве за всички".



Фигура 4. Сравнение между публични и частни номинални здравни разходи в България по данни на националните здравни сметки

На първо място се изследва сравнителната динамика на публичните разходи на фона на частните здравни разходи в номинално изражение. На фигура 4 се показва, че разликата между публични и частни (главно потребителски) здравни разходи постепенно се скъсява. В номинален израз публичните здравни разходи нарастват от 2003 г. (1497,45 млн. лв.) до 2010 г. (2719,207 млн. лв.) с 81,5 %. За същия период обаче частните и преди всичко потребителските разходи са се увеличили със 129 %, което характеризира нарасналото финансово бреме върху хората и увеличаване на доходната бариера за достъп до качествени и общодостъпни здравни услуги, което е в противовес на основния европейски принцип за здравната политика – всеобщ достъп до здравна помощ, независещ от дохода или друг немедицински фактор.

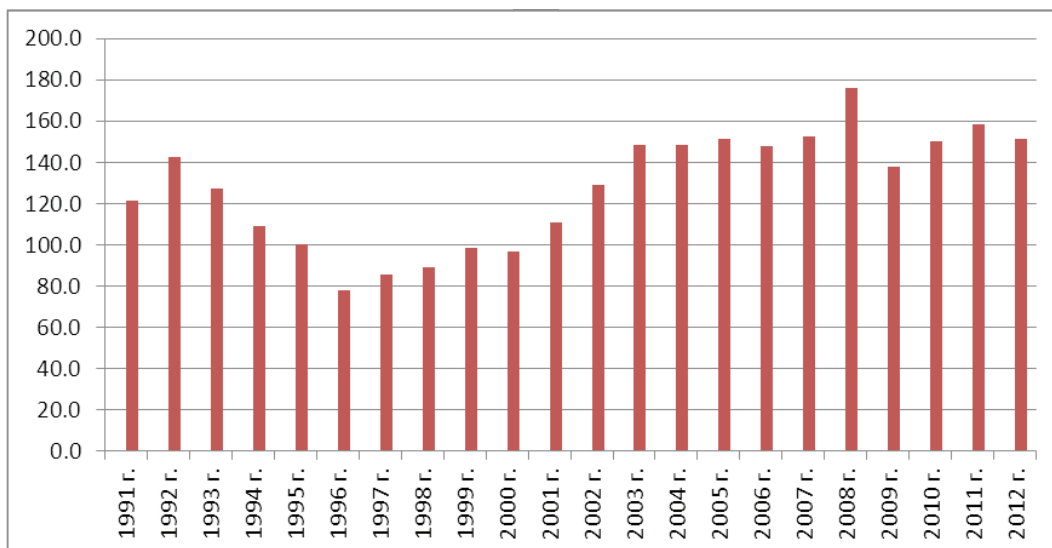


Фигура 5. Сравнение между публични и частни здравни разходи в % от общите здравни разходи в България по данни на националните здравни сметки

На **второ място** се анализират относителни дялове на публичните и частните

намалят в % от общите от 58,10 (2003) до 52,20 (2010), съответно частните разходи нарастват от 41,90 на 47.80 %.

На **трето място**, като обект за анализ, ще изследваме реалните публични разходи за един по-дълъг период от време – от 1990 г. до 2012 г. На фигура 6 е показана динамиката на реалните публични разходи, в процент към 1995 г., когато сме приели финансирането за 100 %. Пролитава, че реалното финансиране на здравеопазването през последните години не достига ръст от 80 % от нивото за 1995 г., и е малко над нивото от 1992 г., независимо от въвеждането на нов начин за финансиране – задължителното здравно осигуряване (3,17,23).

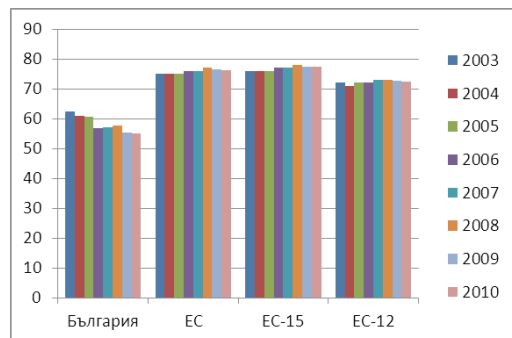


Фигура 6. Реални публични здравни разходи в % към 1995 г.

здравни разходи (т.е. разходи на държавен сектор и на частен сектор в здравеопазването) от общите здравни разходи по данни на националните здравни сметки. Фигура 5 илюстрира намаляващият дял на публичните здравни разходи за сметка на частните здравни разходи. Това е особено силно изразено през 2010 г. когато тези дялове са много близки подобно на страните от третия свят (23). Публичните здравни разходи

На **четвърто място** се изследва относителният дял на публичните здравни разходи от общите здравни разходи в сравнителен план с ЕС (вж. фигура 7). Могат да се изведат два извода: 1) дялът на публичните здравни разходи в България е значително по-нисък от този в ЕС, ЕС-15 и ЕС-12; 2) докато във всички групировки от страни – членки на ЕС, този показател нараства, в България системно намалява. Дялът на публичните здравни разходи според СЗО намалява от

62,3 % (2003 г.) на 55 % (2010 г.), което означава, че процентът на частните здравни



Фигура 7. Сравнение на относителния дял (%) на публичните здравни разходи в общите здравни разходи в България и ЕС според базата данни "Здраве за всички"

разходи, доминирани почти изцяло от потребителските, нараства до 45 %. За същия период в ЕС публичните здравни разходи са много устойчиви на нивото на 75-76 % от общите здравни разходи, което считаме като балансиран индикатор. По този показател сме на последно място в ЕС заедно с Латвия, Гърция и Кипър. И двете тенденции, както и недостатъчния размер на публичните здравни разходи, оценяваме като негативни явления, които ерозират достъпа до здравеопазване и задушават разширеното развитие на общественото здравеопазване. Тук трябва да се допълни, че данните от националните здравни сметки (фигура 5) дават по-неблагоприятна картина за дела на публичните и частните здравни разходи, отколкото оценките на експерти на СЗО и вероятно са по-точни.

5. Частни здравни разходи

Разширяващата се пазарност в здравеопазването и недостатъчното публично финансиране са два от социално-икономическите фактори, които обуславят експанзията на директните плащания за здравна помощ.

В условията на задължително здравно осигуряване съществуват различни форми на **потребителски разходи**, т.е. директно

участие на потребителите в стойността на здравното обслужване и здравните разходи: потребителски такси по ЗЗО, доплащане за дентални услуги и лекарства финансирани от НЗОК, заплащане за консумативи и анестетици извън цените на 40 клинични пътеки в болничната помощ, покупка на частни медицински и дентални услуги, изцяло платени от потребителите лекарства и медицински изделия, неформални плащания и подаръци (под масата). Част от тези директни плащания се вместват в рамките на индиректните (с посредник платещ – здравни фондове или бюджет) пазари и представляват допълнителна бариера за достъп. Друга част се реализират изцяло обособено от индиректните пазари, в "частния сектор" на здравеопазването. Тук трябва да се подчертае недостатъчната информираност на потребителите за това кое се плаща и кое не в реформираната система на здравеопазване.

Частните здравни разходи включват в себе си потребителските разходи, както и плащания от частни организации (нестопански, фирми и други купувачи здравни услуги), доброволни здравно-осигурителни вноски, частни инвестиции и други. В почти всички страни разликата между частни и потребителски разходи е минимална, тъй като потребителските разходи са основно перо в частните разходи.

Основен показател за анализ на финансовата осигуреност е относителният дял и динамиката на **частните здравни разходи** и в т.ч. **потребителските разходи** за здравеопазване.

От фигура 4 се вижда динамиката на частните номинални разходи за здраве за периода 2003 -2010 г. по данни на националните здравни сметки. Те нарастват повече от два пъти от 1003.82 млн. лв. (2003) до 2299.22 млн. лв. (2010).

Според националните здравни сметки (показано на фигура 5), относителният дял на частните здравни разходи варира от

Таблица 2. Частни разходи за здравеопазване в % от общите здравни разходи по оценки на експерти на СЗО

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
България	37.78	39.26	39.06	43.04	41.46.9	41.46	44.64	45.5
Естония	31.76	33.22	23.0	26.3	23.5	20.9	21.6	21.3
Латвия	47.2	43.4	42.9	35.9	39.0	39.5	38.3	38.8
Литва	24	22.4	22.2	30.5	27.2	27.6	26.5	26.5
Полша	30.0	31.4	30.7	30.1	29.0	29.7	29.7	27.3
ЕС	24.42	25.2	24.7	24.4	24.3	23.9	23.5	23.7
ЕС 15	24.3	24.4	24.1	23.6	23.7	23.3	22.5	27.5
ЕС 12	24.7	28.5	27	27.4	26.8	26.4	27.3	27.5

2003 до 2010 г. от 41,9 % до 47,8 %. Интересен факт е, че независимо от финансовата и икономическата криза, довела до редукия на домакинските разходи и обедняване на населението, потребителските разходи за здраве непрекъснато нарастват и ерозията достъпа до здравна помощ за бедните слоеве на населението (18, 23).

Относителният дял на частните разходи и по оценки на СЗО непрекъснато нараства в годините на преход и реформи. В Световния доклад за здравето (2005 г.) частните разходи за здраве (от които 98,4 % са потребителските разходи) в България за 2002 г. се

България. В ЕС и в 12-те нови членки на ЕС относителният дял на частните разходи като дял от общите здравни разходи е под и около 24-27 %, което илюстрира доминантата на социалния принцип "равен достъп за всички" до основен пакет здравна помощ в ЕС (16, 20, 21, 22, 25).

Относителният дял на потребителските здравни разходи, доминирани от директните плащания от пациентите, бележи същата тенденция в България – от 37 % на 41,8 % за 2006 г. и 44,2 % през 2010 г. (таблица 3). Прави впечатление, че потребителските разходи в ЕС (отправ-

Таблица 3. Потребителски разходи за здравеопазване в % от общите здравни разходи по оценки на експерти на СЗО

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
България	37	38.2	37.9	41.8	40.6	40.38	43.38	44.2
Естония	17.9	16.2	20.5	25.2	22	19.7	21.1	19.6
Латвия	45.7	41	41	32.4	35	33.8	37.3	37.8
Литва	23.2	32	31.7	30	26.5	27.4	25.8	25.8
Полша	26.4	28.1	26.1	25.6	24.2	22.4	22.3	22.0
ЕС	16.9	17.8	17.1	16.9	16.9	16.6	16.5	16.6
ЕС 15	22.6	25.5	23.8	24	23	22.5	22.2	23.9
ЕС 12	22.1	25.8	23.8	24.3	23.5	22.9	23.7	23.9

оценяват на 46,6 % (при 32,1 % през 1998 г.), като действителната им тежест е по-голяма с отчитане на икономиката в сянка. (26).

В сравнение с други съпоставими страни – членки на ЕС, Латвия се отличава с най-високи частни разходи, но те видимо намаляват през целия период (таблица 2). В Естония, Литва, Полша и ЕС частните разходи за здраве са доста по-ниски от тези в

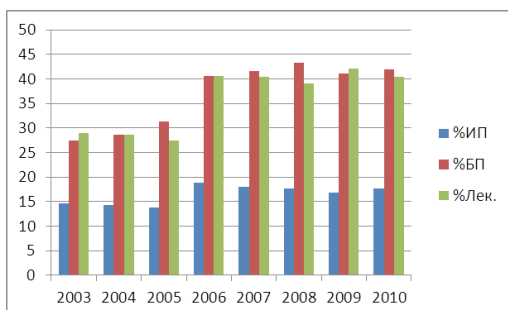
ният баланс за оценката) са два пъти и нещо по-ниски и бележат намаление.

6. Здравни разходи по видове дейности

По-нататък се анализират здравните разходи по основни видове здравеопазни дейности чрез използването на следните показатели: динамика на структурните дя-

лове по видове дейности от общите здравни разходи (извънболнична, болнична помощ и лекарства), структура публични-частни разходи по видове здравна помощ и сравнение на някои показатели за разходи по видове здравни дейности със съпоставими страни от ЕС (поради липса на обобщени данни за ЕС).

На **първо място** се изследва структурата на основните видове здравни разходи в % от общите здравни разходи в динамика за периода 2003-2010 г. (вж. фигура 8) като се установи следното: 1) ориентация на финансирането към най-скъпоструващата здравна помощ – болничната помощ, която заема нарастващ и висок дял от общите здравни разходи – от 40,8 % на 45 %; 2) твърде нисък дял на разходите за извънболнична помощ, които обхващат от 21,7 до 18,4 % от общите здравни разходи с тенденция на свиване; 3) много висок дял на разходите за лекарства – 42,9 % до 40,7 %. И трите явления са негативни в сравнение с европейските страни и съпоставимите страни от ЕС (4, 6, 20).



Фигура 8. Структура на общите здравни разходи по основни видове дейности по данни на националните здравни сметки

На **второ място** се изследва съотношението "публични/частни" здравни разходи

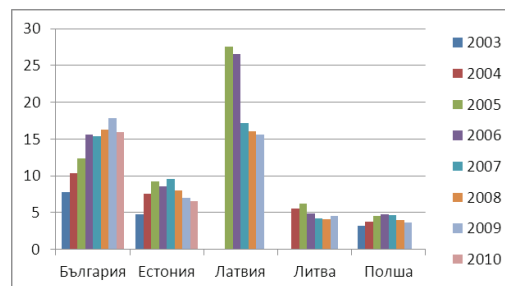
Таблица 4. Частни разходи за извънболнична помощ в % от здравните разходи за извънболнична помощ по данни на НСИ

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
България	35,2	34,3	34,6	34,7	36,2	34,1	36,2

по видове здравеопазни дейности, като се изведоха следните тенденции: 1) нивото на публично финансиране е най- високо при болничната помощ, като варира от 92 до 83,6 % със склонност към понижаване. 2) около 2/3 от финансирането на извънболничната помощ е публично при постоянно ниво; 3) дялът на заплатените от НЗОК лекарствени продукти и други здравни продукти е изключително ниско – варира от 26,6 % до 17,5 % при намаляване.

Частните разходи за извънболнична помощ по данни на Националните здравни сметки (калкулирани от НСИ) заемат дял около 1/3 от общите извънболнични разходи, което показва, че потребителите масово си заплащат извънболнични услуги и особено медико-диагностични услуги (таблица 4). В базата данни на СЗО липсва информация в това направление, поради което не може да се направи сравнение.

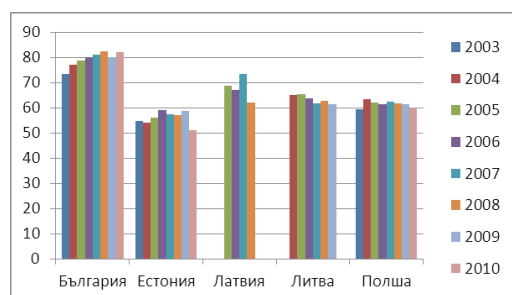
Частните разходи за болнична помощ заемат малък дял от общите разходи за болници – от 7 до 17 %, но при ясна тенденция на непрекъснато нарастване независимо от кризата в последните години (фигура 9). За разлика от България, в другите бивши социалистически страни, частните



Фигура 9. Частни разходи за болнична помощ в процент от общите болнични разходи в България и някои съпоставими страни от ЕС

разходи за болнична помощ намаляват, което може да се оцени позитивно, тъй като болничните услуги са най-скъпи в рамките на здравеопазната система и достъпът до тях не е възпрепятстван от големи икономически бариери (19, 21, 25).

Частните разходи за лекарствени продукти в процент от общите разходи за лекарства са най-високи в България, което се илюстрира от фигура 10. Докато в другите съпоставими страни – членки на ЕС (на графиката), има тенденция към редукация, в България те непрекъснато нарастват независимо от обедняването на населението. Това се дължи на нееластичността на търсенето на лекарства и здравни услуги от цената и дохода (1, 5, 6).



Фигура 10. Частни разходи за лекарства в процент от общите фармацевтични разходи в България и някои съпоставими страни от ЕС

7. Заключение

Различията в данните за здравните разходи между двата основни източника – национални здравни сметки и Базата данни на СЗО, се нуждаят от изясняване на причините за тях и неточностите и в двете страни. В състава на националните разходи трябва да се прецизират публичните разходи за лекарства, тъй като са обхванати само платените от НЗОК, като се изпускат публичните разходи за лекарства, платени от МЗ през предходните години.

Реалното финансиране на здравеопазването след 2000 г., когато се въвежда

новия начин за финансиране – задължителното здравно осигуряване, не се подобрява значително поради редуциране на бюджетното финансиране за сметка на здравното осигуряване.

Съпоставките със средните нива на общите здравни разходи, публичните и частните здравни разходи за България и ЕС, респективно – ЕС-15 и ЕС-12, показват: 1) съпоставими нива на общите здравни разходи в % от БВП с нивата на ЕС-12, но изоставане от равнищата в ЕС и ЕС-15; 2) изоставане на нивото на публичните здравни разходи в % от БВП от това в ЕС-12, и още по-значително с 2-3 % от ЕС-15 и ЕС; 3) два пъти по-високо ниво на финансирането от плащания на пациентите в здравеопазването в България в сравнение с ЕС-12.

Изследването на структурата на общите, публичните и частните здравни разходи по видове дейности (извънболнична, болнична и лекарства) в България и съпоставими страни позволява да се изведат следните изводи: 1) структурата на здравеопазните разходи е доминирана от най-скъпите – болнични разходи, а извънболничните разходи са от два до три пъти по-ниски и с тенденция към намаляване; 2) частните (потребителските) разходи по видове здравеопазни дейности непрекъснато нарастват, докато в други съпоставими страни от ЕС те намаляват; 3) особено високи са частните разходи за лекарства, което затруднява достъпа на гражданите до лекарствени продукти.

Тези изводи представят страната ни с несправедлива система на финансиране, която обременява пациентите с принудата да се плаща за общоприетото право на здравеопазване. Налице са несъответствия спрямо изискванията за адекватност на здравните потребности, справедливост и всеобщ достъп до качествени

здравни грижи. Системата е ориентирана към най-скъпите услуги – болничните, и отговаря в много ниска степен на изискването за предлагане на по-широка профилактика и промоция на здравето.

Актуалната здравна и финансова политика в здравеопазването трябва да се фокусира към преодоляването на следните финансови дисбаланси:

- Публични/частни разходи за здраве: 1) да се завишава системно дялът на публичните разходи за здраве с цел достигане на средното ниво поне за страните от ЕС-12; 2) да се редуцира икономическата бариера за достъп до здравна помощ, която е твърде висока за страна – член на ЕС, и противоречи на основния принцип на здравните реформи – всеобщ достъп до здравеопазване;
- Номинални/реални публични здравни разходи: за да се подобри реално и чувствително публичното финансиране на здравеопазването, като се има предвид повишаващите се здравни потребности от остаряване на населението и необходимостта от нови модерни здравни технологии, трябва да се запази бюджетното финансиране като допълващ основен начин за финансиране на здравеопазването;
- Частни/потребителски здравни разходи: 1) в България трябва да се развият други форми на частни разходи като например доброволно здравно осигуряване, гарителство, институционални частни покупки на здравни услуги, които отговарят в по-висока степен на изискванията за справедливост, адекватност, въздействие върху предлагането и търсенето на здравни услуги; 2) необходимо е да се редуцират потребителските разходи за здраве до средното ниво в ЕС;

- Извънболнични/болнични разходи за здраве: 1) да се развие система от стимули за гражданите и лечебните заведения, да се предлага и търси повече адекватна профилактична и здравно промотивна помощ, която е много по-евтина и същевременно носи по-добри здравни резултати; 2) да се предвидят повече амбулаторни грижи за сметка на болничните, които оскъпяват системата;
- Лекарствени публични/частни разходи: да се предвидят повече публични средства за подобряване на достъпа на гражданите до съвременни и ефикасни медикаменти, като същевременно се подобрява и контролът върху изписване, отпускане и използване на лекарства.

Изследването внася повече светлина в областта на финансирането на здравната помощ в България и предоставя информация за изследване на причините за различията с ЕС и установяване на коректна и вярна база данни за здравните разходи. Резултатите подсказват и възможности за промени в политиките за ресурсно обезпечаване на здравната помощ и подобряване на достъпа до здравеопазване в страната.

Литература

1. Делчева, Е., Здравна икономика, 2011. С., УИ Стопанство.
2. Делчева, Евг., Ст. Гладилов, 2009. Икономика на здравеопазването, С., изд. "Принцепс".
3. Делчева Е., А. Ангреева, 2001. Възможни подходи при финансиране на лечебните заведения за болнична помощ от НЗОК, в: Медицинска практика, бр. 3, с. 3-5.
4. Делчева Е., 2004. Диагностично-свързаните групи – съвременна технология за управление и финансиране, Life Guard-health magazine, 2004, 1, с. 24-25.

Статии

5. Делчева Евг. и кол., 2000. Пазарни и непазарни дефекти в социално-културната сфера, (колективна монография), С., УИ "Стопанство".
6. Делчева Евг. и кол., 2007. Пазарна трансформация в социално-културната сфера (колективна монография), С., Университетско издателство "Стопанство".
7. Здравна икономика (сборник), ПУ, Британски съвет, 2001.
8. Закон за лечебните заведения.
9. Закон за здравето.
10. Закон за здравното осигуряване.
11. Национална здравна стратегия 2007-2013 г.
12. НСИ, Здравеопазване, Национални здравни сметки, 2012
13. № НИД 21.03- 18/2008 г. на тема "Неформални плащания в системата на здравеопазването на България" с ръководител проф. д-р Боян Дуранкев
14. Пашев К., 2007. Корупцията в здравеопазването в България, ЦИД.
15. Разходи на домакинствата за здравеопазване, Институт по социология, БАН, 2002.
16. Burstrom B., User charges in Sweden, in Euro Observer, autumn 2004, vol. 6, numb.3, p. 5-6
17. Delcheva E., Impact of Compulsory Health Insurance on Health Financing in Bulgaria, in & The 7-th International Conference on System Science in Health Care, Budapest, Hungary, 29 May – 2 June, 2000.
18. Is there a place for increased reliance on the patient charges in Central and Eastern European countries? European Policy brief, ASSPRO CEE 2007, May 2011.
19. HFA DB, актуализация към м. 12.2012 г.
20. Hospital payment mechanisms A. Koziarkiewicz based on John C. Langenbrunner and Miriam M. Wiley (Hospitals in changing Europe, WHO 2002).
21. Mossialos, El., S. Thomson, Voluntary health insurance in the European Union, report for EC, 27.02.2002.
22. O'Shea, S., User charges in Ireland, in Euro Observer, autumn 2004, vol. 6, numb.3, p. 6-7.
23. Pavlova, M., Patient payments in the Bulgarian public health care sector: Are they feasible?, Datawyze, B. P., Maastricht, 2002.
24. Saltman, R., H. Dubois, Individual incentive schemes in social health insurance systems, in Euro Health, vol. 10, numb.2, 2004, p. 21-25.
25. Sedlakova, D. et al, Major reforms in Slovakia, in Euro Observer, autumn 2004, vol. 6, numb.3, p. 7-8.
26. The World Health Report 2005.