

Разходи за здравеопазване в условия на криза

Димитър Ам. Димитров,
Магдалена Баймакова, Георги Т. Попов*

Резюме: Разходването на финансовия ресурс в публичния сектор е сериозно предизвикателство за всяко правителство. Съществена част от него са разходите за здравеопазване. Здравеопазването и образованието са двата стълба, стоящи в основата на съвременния просперитет. От средата на 20-и век разходите за здравна помощ нарастват постоянно. Интерес представлява дали тази тенденция се е запазила и след началото на кризата от 2007-2008 г. Анализирани са разходите за здравни услуги на страните от Г-7 и няколко страни извън Г-7. Обзорът показва, че въпреки затрудненията, които изпитват, всички държави увеличават своите разходи за здравеопазване. Това показва осъзнаване на важността и необходимостта от развитието на сектора. С най-добри показатели са САЩ, Канада и Япония, а с най-влошени Мексико, Китай и Индия. Въпреки големите си претенции страни като Китай и Индия си остават бедни и недоразвити, факт подкрепен от най-показателния индикатор като БВП на глава от населението.

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

Магдалена Баймакова е лекар, специалист „Инфекциозни болести“, Клиника по инфекциозни болести, ВМА-София, e-mail: dr.baymakova@gmail.com

Георги Т. Попов е лекар, доктор по медицина, главен асистент, специалист „Вътрешни болести“ и „Инфекциозни болести“, Клиника по инфекциозни болести, ВМА – София

Ключови думи: здравеопазване, разходи, криза.

JEL: A12, C13, I10.

Въведение

Здравеопазването е сред водещите сектори в общественно-политическия живот на всяко общество. Заедно с образованието (науката) е сред основните компоненти, определящи конкурентоспособността на нациите. В съвременния свят, за да бъде отделният индивид конкурентоспособен, са необходими две базисни предпоставки – качествена образователно-научна подготовка и стабилен здравен статус. Постигането на тези две задачи се нуждае от постоянен и достатъчен финансов ресурс. В тази връзка здравните разходи включват голям дял от държавния бюджет на всяка държава. От друга страна, правителствата винаги се стремят да намалят своите разходи и тези в сектор здравеопазване не правят изключение. Въпреки това, под натиска на гражданите, те са принудени да инвестират в това направление. Следователно, държавните ръководители се стремят да намерят по-оптимални начини за решаването на проблема с нарастващите разходи. Всичко това подтиква различни изследователи да търсят и изучават детерминантите на разходите за здравеопазване.

Целта на настоящия труд е да се анализират разходите за здравеопазване на водещите страни в света в периода на последната финансова криза.

Икономика на отраслите

Настоящата криза избухна на 15 септември 2008 г. с обявяване фалита на американската инвестиционна банка Леман Брадърс. Банката със 158-годишна история и 26 хиляди служители повлича след себе си редица други институции и организации в цял свят. Всички са шокирани и объркани. Защо се случи? Как се стигна до тук? Последната финансова криза започва през 2007 г. с колапса на ипотечния пазар в САЩ (Vech et al., 2011, p. 469-478). Причините за възникналите сътресения са прекомерното поемане на риск, дължащо се на загържачите се ниски лихвени проценти и стремежът на инвеститорите към висока възвращаемост (Vech, 2011, p. 469-478; Blanco-Moreno et al., 2013, p. 34-42). Икономическата среда с ниски лихвени проценти в САЩ след 2001 г., довежда до увеличаване на ипотечните кредити за жилища и вследствие на това до рязък скок на цените на жилищните имоти (Gupta, I., et al., 2013, p. 157-172). Търсенето на жилища в САЩ беше допълнително засилено от общото отслабване на изискванията от страна на кредиторите при отпускането на кредити, т.е. предоставяне на рискови кредити на заематели с висок риск и негодямо или лошо кредитно минало. Тези ипотечни кредити са също така с много ниски начални лихвени проценти, рязко нарастващи след началния период, което ги прави много привлекателни за потребители, вземащи нов ипотечен кредит. Растежът на пазара за ипотечни кредити беше много силен, а в отговор силно нараства и секюритизацията на ипотечните кредити, т.е. процес, при който първоизточникът на кредита прехвърля кредитния риск върху инвеститорите (Keegan, 2013, p. 139-155). През периода 2006-2007 г. обаче лихвените проценти нараснаха и цените на жилищата в САЩ се понижиха. В резултат на това много заематели с рискови кредити не бяха в състояние да рефинансират ипотечните си кредити, както готовогава, и бяха изправени пред значително по-високи начислява-

Здравеопазване в условия на криза

ни лихвени проценти. Накрая това доведе до по-голям брой необслужвани кредити, особено при рискови заематели, за които тези увеличения са непосилни. Започналата в САЩ криза с рисковите ипотечни кредити скоро се превърна в глобална ликвидна криза. Причината за това беше, че чрез секюритизацията на рисковете по ипотечните кредити свързаният с високорисковите кредити риск се беше разпространил в целия свят (Atanasova et al., 2013., p. 916-922.; Blumenthal et al., 2013, p. 2551-2557; Fuchs, 2010, p. 965-967; Fuchs, 2013, p. 107-109).

Интерес представлява как стои въпросът с разходите за здравеопазване в периода след настъпването на финансовата криза. Има ли нарастване на въпросните разходи или правителствата са предприели рестрикционна политика в този отрасъл.

Методи и материали

В настоящия обзор обект на изследване са няколко индикатора: БВП на глава от населението, разходи за здравеопазване като процент от БВП, разходи за здравеопазване на глава от населението, частни разходи за здравеопазване като процент от общите разходи за здравеопазване, структура на частните разходи за здравеопазване. В тази връзка авторите са използвали няколко методологични похвати. Първият, библиографски анализ на съществуващите литературни източници. Беше извършено библиографско търсене в научната периодика на България на статии, в които се засяга въпросът с разходването на финансови средства в сектор здравеопазване. Проучени бяха периодичните научни издания на БАН, СУ „Св. Кл. Охридски“, Медицински университет – София и УНСС. Директно обхвана периода от 2000-та година до настоящия момент. Също така се извърши търсене в базата данни на PubMed/MEDLINE (US National Library of Medicine) с ключова дума “healthcare expenditure”. Появиха се 19 728

Икономика на отраслите

статии, съдържащи в себе си тази ключова дума, от тях 32 съдържаха в заглавието си въпросната фраза и само 4 бяха релевантни към разглежданата проблематика. Проучени бяха архивите на научни списания, издавани от Massachusetts General Hospital (Harvard University), Oxford University Press, Blackwell Publishing, Elsevier Limited, Cambridge University Press и др. За целите на настоящия труд са използвани данни от авторитетни международни източници като Световната здравна организация (СЗО) и Световната банка (СБ). Уместно е да отбележим, че има известни различия (разминавания) между данните на СЗО и СБ с тези на националната статистика (в лицето на НСИ – Национален статистически институт). Това до известна степен се дължи на факта, че експертите на посочените две международни организации често в своята работа боравят с прогностични и аналитични оценки за някои индикатори, за които нямат достатъчно налична информация. Вторият използван метод е методът на сравнението. Сравнявани бяха обекти, между които има обективна общност по признаци и които са значими за целите на изследването. Третата методологична техника, която беше използвана, е анализ на получените резултати. За тази цел са използвани възможностите на софтуерната програма MS Office „Excel“, version 2010.

Резултати и дискусия

Настоящият труд представлява ретроспективно изследване на разходите за здравеопазване във водещите в политико-икономическо отношение страни в света, за периода от 2009 г. до 2012 г. (вкл.). На разглеждане и анализ са подложени две условно обособени групи страни: членовете на Г-7 и група страни извън Г-7. Страните-членки на Г-7 са най-конкурентоспособните и влиятелни икономики в света. Тази неформална организация включва следни-

те страни: САЩ, Канада, Япония, Германия, Франция, Великобритания и Италия. Среците между страните най-често срещат на ниво министри на финансите и управители на централни банки, като на обсъждане се подлагат актуални въпроси, свързани със световната икономика, търговия и взаимодействие. Макар влиянието на Г-7 да намалява, все още представителите на това партньорство си остават сериозни и непреодолими фактори в международния живот. Страните извън Г-7 са представени от седемте страни с най-големи територия, население, военен капацитет и политическо влияние: Руска федерация, Бразилия, Турция, Аржентина, Мексико, Китай и Индия. Това са страните, имащи претенцията да бъдат лидерите на новото хилядолетие.

Първият разглеждан показател е БВП на глава от населението (Вж. таблица 1 и таблица 2). Използвани са данни на Световната банка към 09 май 2014 г. (The World Bank, 2014). При страните от Г-7 индикаторът бележи ръст от 39 651 \$ (средно) за 2009 г. до 43 538 \$ (средно) за 2012 г., нарастване от 9,81 %. При страните извън Г-7 се наблюдава увеличение на БВП на глава от населението с 41,59 % или 2 726 \$. От данните е видно, че средногодишният темп на растеж на въпросния показател е много по-висок при страни като Китай (15,69 %), Индия (9,98 %) и Аржентина (9,46 %). На гругия полюс се намират страните от Г-7, като най-зле стоят нещата при Италия (-3,06 %), Франция (-2,32 %) и Великобритания (-2,22 %). Съотношението между двете групи страни е най-добре онагледено на фигура 1 и фигура 2. На този фон България не стои много добре: през 2009 г. има спад от -5,68 % на БВП на глава от населението, през 2010 г.: -1,09 %, 2011 г.: +12,92 % и 2012 г.: -4,25 %. С изключение на 2011 г. през останалия период нашата страна бележи постоянен отрицателен тренд.

Таблица 1. Разходи за здравеопазване в страните от Г-7 (2009-2012)

Здравен индикатор	Година	Страна						
		САЩ	Канада	Япония	Германия	Франция	Великобритания	Италия
БВП, на глава от населението* (американски долар)	2009	46 999	39 775	39 473	40 270	40 488	35 476	35 073
	2010	48 358	46 376	43 118	40 408	39 443	36 425	33 982
	2011	49 854	50 578	46 135	44 355	42 560	39 186	36 180
	2012	51 749	51 206	46 731	42 597	39 746	38 920	33 816
	Средно	49 240	46 984	43 864	41 908	40 559	37 502	34 763
Разходи за здравеопазване, % от БВП	2009	17,7	11,4	9,5	11,8	11,7	9,9	9,4
	2010	17,7	11,4	9,6	11,6	11,7	9,6	9,4
	2011	17,7	10,9	10,0	11,3	11,6	9,4	9,2
	2012	17,9	10,9	10,1	11,3	11,8	9,4	9,2
	Средно	17,75	11,15	9,8	11,5	11,7	9,58	9,3
Разходи за здравеопазване, на глава от населението (американски долар)	2009	8008	4320	3012	4182	3971	3418	3037
	2010	8254	4455	3213	4347	4026	3384	3025
	2011	8467	4541	3403	4473	4128	3364	3016
	2012	8895	4675	3577	4617	4260	3494	3040
	Средно	8406	4498	3301	4405	4096	3415	3030
Частни разходи за здравеопазване, % от общите разходи за здравеопазване	2009	52,8	29,1	18,5	23,2	23,0	17,4	21,1
	2010	52,4	29,2	17,9	23,3	23,1	16,5	21,5
	2011	52,2	29,6	17,6	23,6	23,3	17,2	22,2
	2012	53,6	30,0	17,5	23,7	23,1	17,5	21,8
	Средно	52,75	29,48	17,88	23,45	23,13	17,15	21,65

Бележка: БВП – брутен вътрешен продукт;

* По данни на Световната банка.

Източник: World Health Organization (WHO), 2014. Available at: <http://www.who.int/en/> [Accessed at: 09 May 2014].

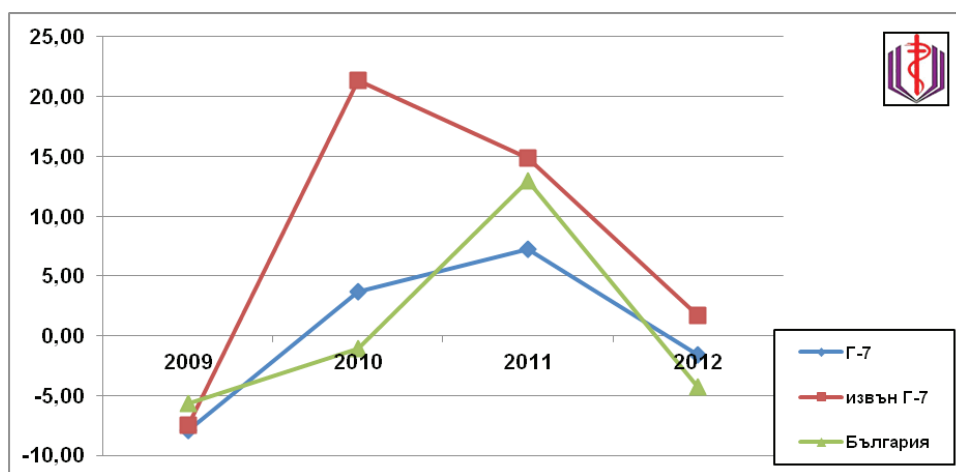
Таблица 2. Разходи за здравеопазване в страните извън Г-7 (2009-2012)

Здравен индикатор	Година	Страна							
		Руска федерация	Бразилия	Турция	Аржентина	Мексико	Китай	Индия	България
БВП, на глава от населението* (американски долар)	2009	8616	8373	8626	7674	7691	3749	1147	6524
	2010	10 710	10 978	10 135	9133	8885	4433	1417	6453
	2011	13 284	12 576	10 605	10 952	9717	5447	1540	7287
	2012	14 037	11 340	10 666	11 573	9749	091	1503	6977
	Средно	11 662	10 817	10 008	9833	9011	4930	1402	6810
Разходи за здравеопазване, % от БВП	2009	6,2	8,8	6,8	9,4	6,4	5,2	3,9	7,2
	2010	6,3	9,0	6,8	8,2	6,3	5,0	3,7	7,6
	2011	6,1	8,9	6,1	7,9	6,0	5,2	3,9	7,3
	2012	6,3	9,3	6,3	8,5	6,2	5,4	4,1	7,4
	Средно	6,23	9,0	6,5	8,5	6,23	5,2	3,9	7,38
Разходи за здравеопазване, на глава от населението (американски долар)	2009	1171	906	979	1371	958	342	123	984
	2010	1297	1007	1071	1306	1002	367	127	1053
	2011	1353	1035	1047	1392	1004	423	145	1080
	2012	1473	1108	1143	1551	1061	480	156	1177
	Средно	324	1014	1060	1405	1006	403	138	1074

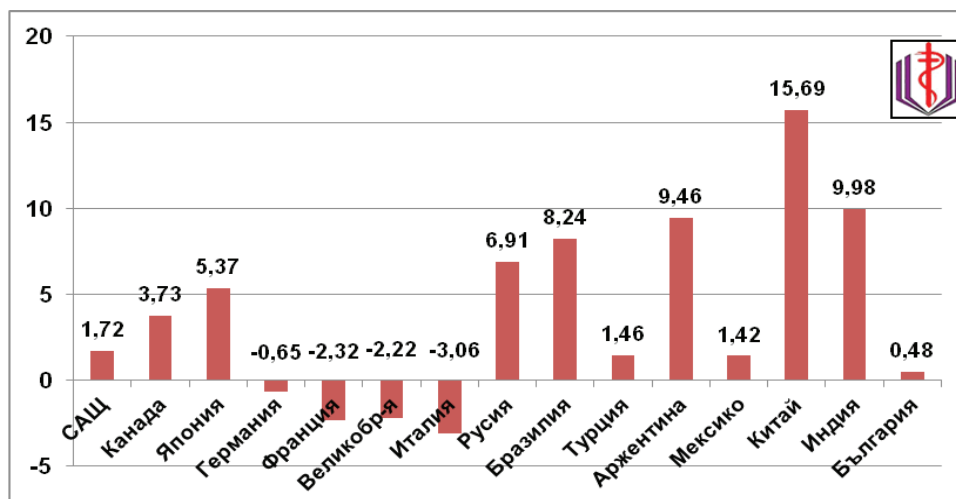
Икономика на отраслите

Частни разходи за здравеопазване, % от общите разходи за здравеопазване	2009	33,0	56,4	24,9	34,0	51,8	47,5	72,4	44,7
	2010	41,5	53,0	24,9	36,0	51,0	45,7	71,9	44,3
	2011	40,2	54,3	27,3	33,5	49,7	44,1	69,5	44,7
	2012	39,0	53,6	26,1	30,8	48,2	44,0	66,9	43,7
	Средно	38,43	54,33	25,8	33,58	50,18	45,33	70,18	44,35

Бележка: БВП – брутен вътрешен продукт;
* По данни на Световната банка.
Източник: World Health Organization (WHO), 2014. Available at: <http://www.who.int/en/> [Accessed at: 09 May 2014].



Фигура 1. Темп на развитие на БВП на глава от населението (2009-2012) (%)



Фигура 2. Средногодишен темп на развитие на БВП на глава от населението за периода 2009-2012 (%)

Икономика на отраслите

Вторият анализиран показател е Разходи за здравеопазване като процент от БВП. Ползвана е информацията от официалния бюлетин на Световната здравна организация към 09 май 2014 г. (World Health Organization –WHO, 2014). При разглеждането на този индикатор прави впечатление, че при страните от Г-7 се наблюдават значително по-високи стойности, отколкото при втората група страни. За наблюдавания период САЩ отделя средно по 17,75 % от своя БВП за сектор здравеопазване, при средногодишен темп на нарастване от 2,10 % пункта на годишна база. Въпреки усилията на президента Барак Обама и неговата администрация към намаляване на здравните разходи страната си остава пионер в дела, заделян за здравни услуги. Сред останалите представители на групата на 7-те стойности на разглежданата величина варират от 9,3 % (Италия) до 11,7 % (Франция). Страните извън Г-7 заделят значително по-малко от своя БВП за здравето на свои-

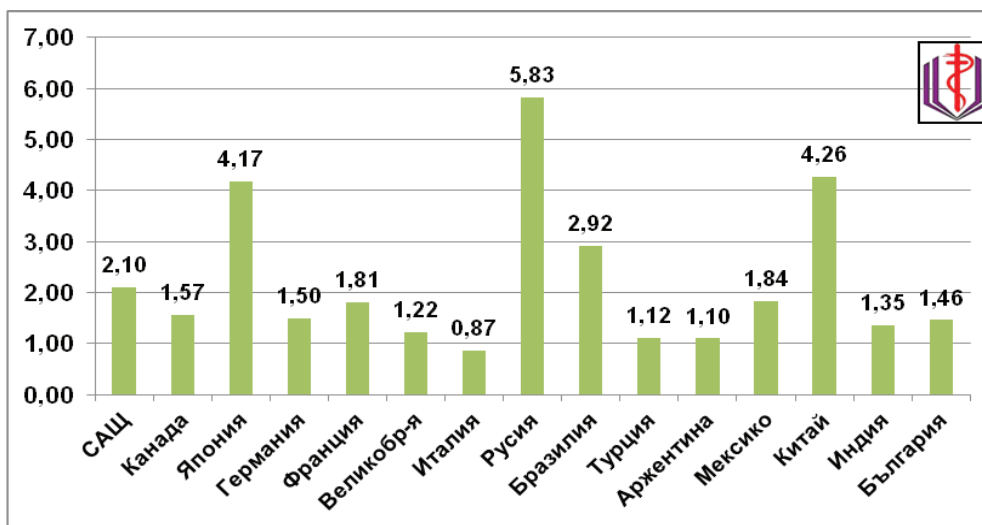
Здравеопазване в условия на криза

те нации. Лидер е Бразилия със средно 9,0 % за периода 2009-2012 г., при средногодишен темп от 2,92 % пункта на годишна база, а в ръното на групата се намира Индия с 3,9 % за четирите години и средногодишен темп от 1,35 %. Съотношението между отделните страни е представено на фигура 3 и фигура 4. Данните кореспондират пряко с резултатите и от други изследвания (Атанасов, 2002, с. 47-52; Делчева, 2013, с. 14-25; Димитров и др., 2012b, с. 118-131; Димитров и др., 2012c, с. 3-12; Рангелова и др., 2008, с. 53-58; Atanasova et al., 2013, p. 916-922), които констатираят същите тенденции: първата група страни (Г-7) отделя по-голям дял от своя БВП за здравеопазване, а втората група страни (извън Г-7) – по-малък. Средногодишният темп на развитие при страните извън Г-7 е значително по-висок от този при Г-7. Въпреки това дистанцията между страните е значителна. Това най-добре се онагледява от третия разгледан показател.



Фигура 3. Тренд на развитие на разходите за здравеопазване, като процент от БВП (%)

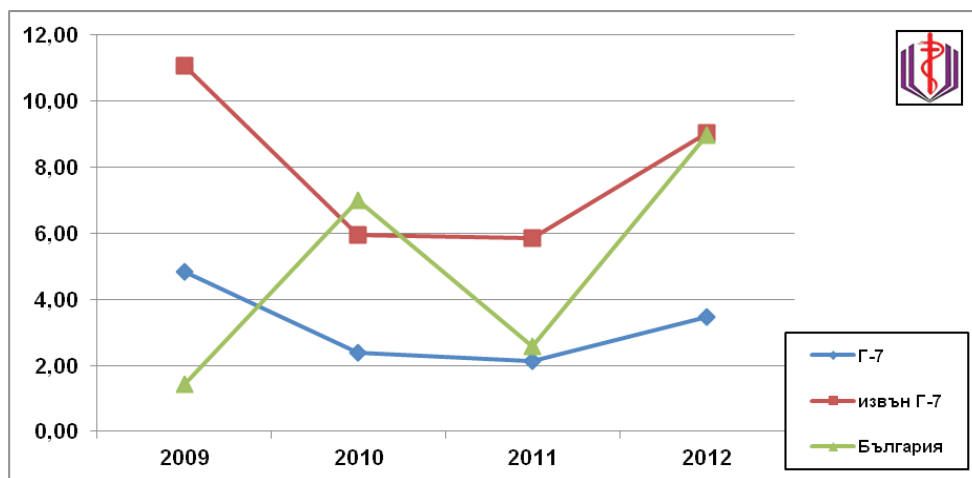
Икономика на отраслите



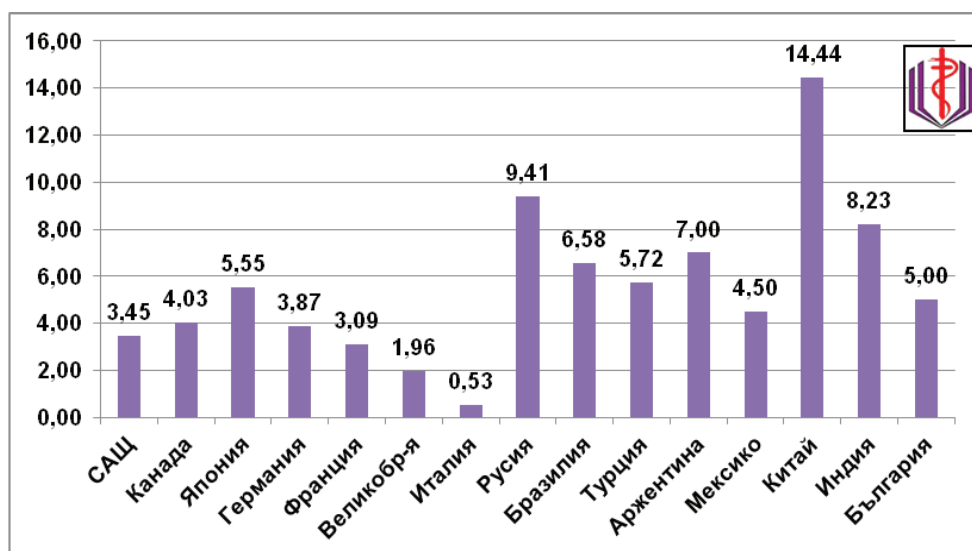
Фигура 4. Средногодишен темп на развитие на разходите за здравеопазване, като процент от БВП за периода 2009-2012 (%)

Следващият наблюдаван индикатор е Разходи за здравеопазване на глава от населението (фигура 5 и фигура 6). Тук вече има конкретни измерения колко са разходите за здравни услуги на всеки отделен гражданин. За целите на обзора е ползвана базата данни на Световната здравна организация към 09 май 2014 г. (World Health Organization –WHO, 2014). В страните от Г-7 разходите за здравна помощ са средно по 4450\$ на глава от населението, докато в страните извън Г-7: 907\$. Получава се внушителна разлика от 4,91 пъти (391 %), като при двете най-сравнявани в последното десетилетие страни САЩ и Китай разликата е 20,86 пъти (1986 %). За здравни услуги всеки американски гражданин изразходва средно по 700\$ на месец, докато китайският едва 34\$ месечно. Въпреки всички спекулации за несъвършенствата на американската здравна система (според различни оценки и анализи: между 35 и 50 млн. здравно-неосигурени американски граждани, изкуствено завишени цени на здравните услуги, силни лобита на фармацевтичната индустрия и т.н.) тя остава пионер в предоставянето на качествено

на здравна помощ. Постигането на качество в областта на медицината е свързано с инвестиции в научни търсения и клинични изпитания. САЩ са безспорен лидер в областта на медицинската наука, за което една от основните причини е именно големият финансов ресурс, отделен за медицински научни изследвания. Това превръща страната в притегателен център за множество „умове“ от цял свят, които имат желание да се докоснат до върховете на предклиничната и клинична медицина. Научната продукция в област „Медицина“ и област „Икономика и финанси“ на разглежданите страни е представена в таблица 3 (данните са към 12 май 2014 г.). Интересно е, че по най-важният показател, определящ стойността и качеството на една научна публикация, а именно нейната цитируемост, страните от Г-7 водят с голяма преднина пред догонващите ги страни извън Г-7 (Elsevier, Scopus, 2014). Наблюдава се правопрпорционална връзка между разходи за здравеопазване и качество на научната продукция, а стойностната научна дейност автоматично води и до предоставянето на по-добра здравна помощ.



Фигура 5. Темп на развитие на разходите за здравеопазване, на глава от населението (2009-2012) (%)



Фигура 6. Средногодишен темп на разходите за здравеопазване, на глава от населението за периода 2009-2012 (%)

Икономика на отраслите

Таблица 3. Научна продукция на страните от Г-7 и страните извън Г-7 (2009-2012)

Страна	Икономика и финанси			Медицина		
	2009-2012			2009-2012		
	Публикации	Цитирания*	Цитирания на публикация*	Публикации	Цитирания*	Цитирания на публикация*
САЩ	34 606	89 379	2,6	578 160	3 053 954	5,3
Канада	4661	10 870	2,3	84 254	500 677	5,9
Япония	2386	2476	1,0	106 649	342 493	3,2
Германия	7718	14 461	1,9	138 840	670 919	4,8
Франция	5369	8005	1,5	92 143	436 195	4,7
Великобритания	11 428	26 931	2,4	167 943	882 772	5,3
Италия	3999	7265	1,8	92 151	474 464	5,2
Руска федерация	433	371	0,9	7688	22 354	2,9
Бразилия	1435	1144	0,8	50 624	132 530	2,6
Турция	1151	1879	1,6	46 387	73 471	1,6
Аржентина	317	429	1,4	8505	35 467	4,2
Мексико	493	490	1,0	11 411	35 388	3,1
Китай	3342	5786	1,7	128 824	273 134	2,1
Индия	1210	1270	1,1	58 028	105 024	1,8
България	60	49	0,8	1983	6049	3,1

Бележка: * към 12 май 2014 г.

Източник: Elsevier, Scopus, 2014. The SCImago Journal & Country Rank, Country Rankings, 2009-2012 [online]. Available at: <http://www.scimagojr.com/index.php> [Accessed at: 12 May 2014].

Средногодишният темп на развитие на разходите за здравеопазване на глава от населението при страните извън Г-7 е с високи стойности, отколкото при страните от Г-7. Средногодишният темп за разглеждания период на страните от групата на 7-те е 3,21 %, а при другата група е 7,98 %. Китай е лидер с 21,71 % нарастване на разходите за здравеопазване на глава от населението за 2009 г., 7,31 % за 2010 г., 15,26 % – 2011 г., 13,48 % – 2012 г. След него се нареждат страни като Руска федерация (13,69 % – 2009 г.; 10,76 % – 2010 г.; 4,32 % – 2011 г.; 8,87 % – 2012 г.), Индия (7,89 % – 2009 г.; 3,25 % – 2010 г.; 14,17 % – 2011 г.; 7,59 % – 2012 г.) и Аржентина (14,73 % – 2009 г.; -4,74 % – 2010 г.; 6,58 % – 2011 г.; 11,42 % – 2012 г.). С най-високи показатели е Италия, която има 2,02 % нарастване на разходите за здравеопазване на глава от населението за 2009 г., намаление с -0,40 % за 2010 г., намаление с -0,30 % за 2011 г. и увеличение с 0,80 % за 2012 г. Страната е следвана от Великобритания

(5,56 % – 2009 г.; -0,99 % – 2010 г.; -0,59 % – 2011 г.; 3,86 % – 2012 г.), Франция (5,25 % – 2009 г.; 1,39 % – 2010 г.; 2,53 % – 2011 г.; 3,20 % – 2012 г.) и САЩ (3,08 % – 2009 г.; 3,07 % – 2010 г.; 2,58 % – 2011 г.; 5,05 % – 2012 г.) като представители с най-ниски средногодишни темпове на нарастване на разходите за здравеопазване на глава от населението.

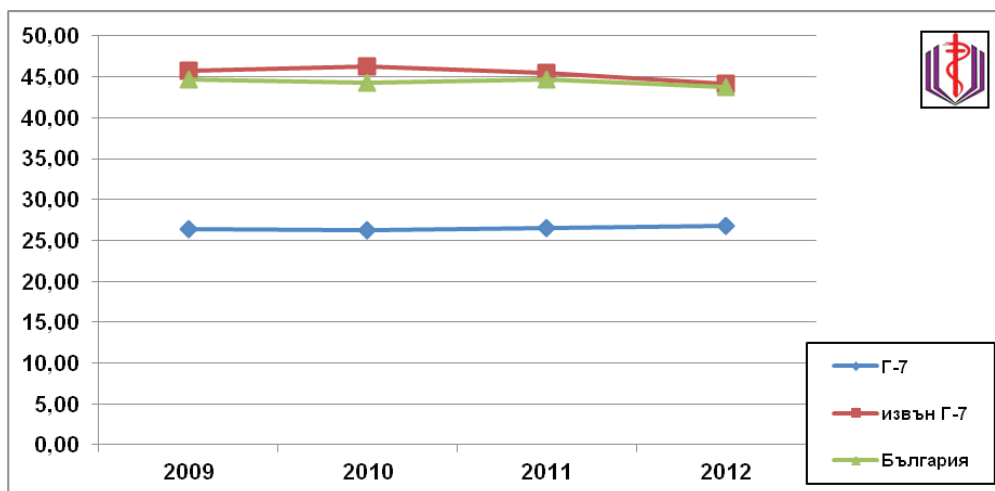
Последният разгледан показател е Частни разходи за здравеопазване като процент от общите разходи за здравеопазване. Работи се с аналитичните данни на Световната здравна организация към 09 май 2014 г. (World Health Organization – WHO, 2014). Частните разходи по същество представляват доплащане за здравни услуги под формата на потребителски разходи, плащания от частни организации, доброволни здравноосигурителни вноски, частни инвестиции и др. (Делчева, 2013, с. 14-25). Наблюдава се константност при този вид разходи. За разглеждания период средногодишните частни разходи са 26,50

Икономика на отраслите

% при страните от Г-7 и 45,40 % при групата страни (фигура 7). Това оказва силен натиск върху потреблението на здравни услуги от гражданите на определено по-бедни страни като Индия, Китай и Мексико. Най-ужасното в случая е, че най-бедната страна от всички разглеждани Индия (1402\$ БВП на глава от населението) е с най-голям дял на частните разходи за

Здравеопазване в условия на криза

здравеопазване (70,18 %). Това се отразява директно върху здравния статус на нейното население. Средната продължителност на живота е с 16 години по-ниска от тази в страните от Г-7, детската смъртност е 32/1000 живородени при 2,6/1000 в развитите страни, 1,339 млн. случая на активна туберкулоза срещу 47,5 хил. в групата на 7-ме (World Health Organization –WHO, 2014).



Фигура 7. Частни разходи за здравеопазване като процент от общите разходи за здравеопазване (2009-2012) (%)

Най-малко е доплащането за здравна помощ във Великобритания (17,15 %), Япония (17,88 %) и Италия (21,65 %). Интерес предизвиква какво е положението с „плащанията на ръка“ (кешовите плащания) в сектор здравеопазване (вж. таблица 4). За обхванатия период кешовите плащания в Г-7 са 55 % от дела на частните разходи, а при страните извън Г-7 този размер е 75,29 %. И тук се наблюдава пряка връзка между ниво на развитие на икономиката и директните плащания за здравеопазване: бедните плащат повече кешово, а богатите в по-малка степен (виж последната колона

в таблица 4). Всъщност плащането на ръка го голяма степен демонстрира обществено-политическото и институционалното развитие на една нация. Данните са в пълно съзвучие с този извод: САЩ – 49 240\$ БВП на глава от населението (2009-2012) и 11,5 % кешови плащания за здравеопазване, Китай – 4 930\$ БВП на глава от населението (2009-2012) и 35,25 % кешови плащания за здравеопазване! Прави впечатление, че частното застраховане е дейност, по-добре застъпена и развита в страните от Г-7 (макар не във всички). Лидери в това отношение са САЩ, Франция и Канада.

Икономика на отраслите

Таблица 4. Структура на частните разходи за здравеопазване като процент от БВП за периода 2009-2012 г. (%)

Страна	Частни разходи за здравеопазване, % от БВП			Кешови плащания, % от общите разходи за здравеопазване
	2009-2012			
	Кешови плащания, (%)	Частно застраховане, (%)	Други, (%)	
САЩ	22	62	16	11,50
Канада	49	43	8	14,25
Япония	81	14	5	14,25
Германия	51	40	9	12,00
Франция	32	60	8	7,00
Великобритания	57	6	37	9,75
Италия	93	НД	НД	20,25
Руска федерация	87	8	5	33,00
Бразилия	58	40	2	31,25
Турция	64	7	29	16,75
Аржентина	62	30	8	20,75
Мексико	92	8	0	46,25
Китай	78	7	15	35,25
Индия	86	5	9	60,75
България	97	1	2	42,75

Бележка: НД – няма данни;

Източник: World Health Organization (WHO), 2014. Available at: <http://www.who.int/en/> [Accessed at: 14 May 2014].

Данните за България се доближават повече до тези на страните извън Г-7, отколкото до тези на Г-7. За периода от 2009 до 2012 г. (вкл.) нашата страна е отделила средно по 7,38 % от своя БВП за осигуряването на здравна помощ и 1074\$ разходи за здравеопазване на глава от населението. Тези цифри ни нареждат пред страни като Китай и Индия (които са крайно бедни) и на едно равнище с Бразилия, Турция и Мексико. Най-голям интерес и безпокойство предизвиква структурата, и на без това високите стойности, на частните разходи за здравеопазване в нашата родина (Векюв, 2008; Пенкова, 2008, с. 231-235; Стоянов, 2009, с. 469-481). За голямо съжаление България е сред лидерите по „плащания на ръка” (кешови плащания) като процент от общите разходи за здравеопазване (42,75 %). Това показва недоразвитието на този обществен-политически сегмент от нашето общество (Димитров и гр., 2012а, с. 15-21). Причините за това са много и насло-

явани с години (Дуранкев и гр., 2010, с. 13-20; Рангелова и гр., 2007 с. 31-52; Rangelova et al., 2007, р. 27-57):

- голям брой лечебни заведения на глава от населението;
- високи нива на корупция в сектор здравеопазване;
- ниска ефективност на контролната дейност;
- липса на електронизация на дейностите;
- слабости и пропуски в медицинската статистика на различните видове заболявания;
- голям брой здравнонеосигурени лица;
- няма визия и стратегия за развитие на спешната медицинска помощ;
- профилактиката и промоцията на здравето не са осигурени с необходимия финансов ресурс;
- поддържане на огромен административен апарат в здравния сектор;

Икономика на отраслите

- няма контрол на качеството на оказваната болнична и извънболнична медицинска помощ;
- липсва визия и стратегия за обучението и следдипломното развитие на лекарите и медицинските сестри;
- честата промяна на нормативната база, свързана с реализирането на различните видове медицински дейности;

Всичко това е предпоставка за постоянните проблеми в здравеопазването в България. Възможните пътища за излизане от сегашната ситуация са различни и трудоемки. Всички те изискват политическа воля и обществена подкрепа, в противен случай са обречени на провал (Младенова, 2012; Попов, 2005, с. 26-38). Реализирането на няколко малки стъпки може да подобри в кратки срокове ситуацията:

- разработване на стратегия за развитието на сектор здравеопазване;
- пълна електронизация на дейностите по предоставяне на здравни услуги;
- оптимизиране на администрацията на всички нива – министерство, изпълнителни агенции, национални центрове, лечебни заведения и т.н.;
- решаване на проблема със здравнонеосигурените лица;
- активни действия за преодоляване на кадровата криза (изтичането на лекари и медицински сестри към САЩ, Канада, Австралия, Скандинавието и Западна Европа);
- промяна в заплащането на лекарския труд;
- създаване на рейтинг система на лечебните заведения.

Резултатите от настоящия обзор са в унисон с резултатите на други изследователи (Atanasova et al., 2013, p. 916-922; Vech, et al., 2011, p. 469-478; Blanco-Moreno et al., 2013, p. 34-42; Blumenthal et al., 2013, p. 2551-2557; Fuchs, 2013, p. 107-109; Gupta et al., 2013, p. 157-172; Keegan et al., 2013, p. 139-155; Samadi et al., 2013, p. 63-68). Наблю-

Здравеопазване в условия на криза

дава се пряка връзка между БВП на глава от населението и разходи за здравеопазване на глава от населението (Fuchs, 2013, p. 107-109). Страните с добра икономическа инфраструктура имат повече познания за ползите от здравеопазването и следователно те използват повече неговите услуги. Това води до по-голямо потребление в сектора, а от там и до по-големи разходи. Причините за увеличението на разходите за сектор здравеопазване са много и разнообразни. В световен план по съществени от тях са:

- застаряване на населението;
- увеличение на хроничните заболявания (захарен диабет тип II, артериална хипертония, хронична обструктивна белодробна болест и др.);
- широко разпространение на инфекциозните заболявания (ХИВ-инфекция, туберкулоза, малария, бяс, Болест на Chagas, Шистозомиаза, Лаймска болест, Бруцелоза, Ку-треска и др.);
- бързо развитие на медицинските технологии;
- увеличение на пациентопотока в болничната и извънболнична помощ;
- остарели и неефективни здравни структури;
- нарастване на обема и цените на здравните услуги.

Оказва се, че здравната система е ресурсоемка система (Ангелов, 2014, с. 94-107). За нейното нормално функциониране е необходим солиден финансов ресурс като средства за медицинска техника, лекарствени препарати и консумативи, разходи за следдипломно обучение на лекарите, капиталови разходи и др. Страните от Г-7 през последните 25 години непрекъснато реформират своите здравни системи (Ангелов, 2011с). Тези реформи имат някои сходни черти (Ангелов, 2011с): а) превръщането на здравеопазването в по-справедлива система; б) поставяне на разходите за здравеопазване в пряка зависимост от

Икономика на отраслите

наличните ресурси; в) подобряване на ефективността и качеството на предлаганите здравни услуги посредством микроикономически реформи в сектора. Различията в моделите в отделните страни са в пряка зависимост от начина на финансиране (Ангелов, 2011а, с. 73-86; Ангелов, 2011б, с. 73-85; Ангелов, 2011с; Ангелов, 2014, с. 94-107). Финансирането определя финансовия ресурс на здравните системи с публични ресурси (Ангелов, 2011с). В тази връзка с направения обзор се установи, че страните от Г-7 отделят средно по 11,54 % от БВП за нуждите на сектор здравеопазване, а страните извън Г-7 – средно по 6,51 %.

Здравните системи във всички гържави функционират като комплекс от сфери и от дейности, които поддържат и подобряват здравето на населението (Горанова, 2007, с. 71-85; Горанова, 2011). Положителните ефекти от ползването на здравни услуги нараства значително след Втората световна война (1939-1945). Сред основните фактори, които имат съществен принос за това, се открояват икономическият, техническият и медицинският напредък (Горанова, 2011). Предоставянето на здравни услуги води след себе си до непрекъснато нарастване на инвестициите за изграждане на инфраструктура, за техническо оборудване и за квалифициране на лекарите и медицинските сестри (Горанова, 2011). Характерно за здравните системи в днешно време е разходването на все по-големи средства за развитие и предлагане на иновативни и висококачествени здравни услуги (Горанова, 2007, с. 71-85; Горанова, 2011).

Заключение

Колко ще изразходват правителствата по света за здравеопазване? Отговорът до голяма степен има значение за лекарите, правителствата, бизнеса и широката общественост. Отговорът ще определи вида и степента на грижите, които ле-

карите могат да предоставят на своите пациенти, както и размерът на техните трудови възнаграждения. Той също така ще определи доколко всеки индивид ще може да консумира или да инвестира в други стоки и услуги. За съжаление, прогнозирането на разходите за здравеопазване е изключително трудно. Бъдещите разходи ще зависят отчасти от събитията в сектор здравеопазване и в частност от развитието на икономиката като цяло. Първите включват промени в разпространението на здравословни проблеми като затлъстяването, инфекциозните заболявания, деменцията, както и промени в медицинските технологии, производството на нови лекарства, образните изследвания и хирургичните интервенции. Икономиката като цяло включва променливи като нивото на безработица, тенденциите в трудовете възнаграждения, цените на ценните книжа и недвижимите имоти и др.

През последните години се наблюдава забавяне на темпа на нарастване на разходите за здравеопазване. Едно от възможните обяснения е кризата настъпила през 2007-2008 г. или е резултат от целенасочена политика в сектора. От една страна, ако това забавяне се дължи на изминалата рецесия, то можем да очакваме в близко бъдеще нов стремителен ход на разходите за здравна помощ. От друга страна, ако причината се корени в правителствени мерки (напр. в САЩ) за ограничаване на финансовия ресурс за здравни услуги, то можем да очакваме запазване на този тренд. Извършеният обзор на данните от СЗО и СБ, както и на научната периодика по въпроса, показва, че е налице силна връзка между състоянието на икономиката и разходите за здравеопазване. Изглежда е твърде рано да се отхвърли която и да било от двете хипотези.

В заключение, темпът на нарастване на разходите за здравни грижи в миналото изглежда е бил по-съществен. Налице е

Икономика на отраслите

известно забавяне на този вид разходи. В крайна сметка, благосъстоянието на едно общество зависи от разходите за здраве, а една бедна икономика е сигурен път към национален упадък. Бъдещето ще покаже до колко и какви са възможните сценарии. Едно е сигурно – със застаряване на населението вероятността за потребление на здравни услуги ще нараства прогресивно.

Цитирани източници:

Ангелов, С., 2011а. Националната здравна карта – елемент от съвременното мрежово общество. *Икономически алтернативи*, № 2, с. 73-86.

(Angelov, S., 2011a. Natsionalnata zdravna karta – element ot savremennoto mrezhovo obshtestvo. *Ikonomicheski alternativi*, № 2, s. 73-86)

Ангелов, С., 2011б. Бюджетът на здравната система и действащото законодателство. *Икономически алтернативи*, № 3, с. 73-85.

(Angelov, S., 2011b. Vyudzhetat na zdravnata sistema i deystvashtoto zakonodatelstvo. *Ikonomicheski alternativi*, № 3, s. 73-85)

Ангелов, С., 2011с. Ресурсно осигуряване на здравната система в Република България – практика, проблеми и възможности за усъвършенстване. Дисертация за ОНС „доктор”, СУ „Св. Кл. Охридски”.

(Angelov, S., 2011c. Resursno osiguruvane na zdravnata sistema v Republika Bulgaria – praktika, problemi i vazmozhnosti za usavarshenstvane. Disertatsia za ONS „doktor”, SU „Sv. Kl. Ohridski”)

Ангелов, С., 2014. Здравната система във фазата на политико-икономическата еволюция в България. *Икономически и социални алтернативи*, № 1, с. 94-107.

(Angelov, S., 2014. Zdravnata sistema vav fazata na politiko-ikonomiceskata evolyutsiya v Bulgaria, *Ikonomicheski i sotsialni alternativi*, № 1, s. 94-107)

Здравеопазване в условия на криза

Атанасов, П., 2002. Разходите за здравеопазване – международен сравнителен анализ. Национална научно-практическа конференция „Университетското икономическо образование и социалната реформа: между очакванията и реалностите”. София, Сборник доклади, с. 47-52.

(Atanasov, P., 2002. Razhodite za zdraveopazvane – mezhdunaroden sravnitelен analiz. Natsionalna nauchno-prakticheska konferentsiya „Universitetskoto ikonomicheskoto obrazovanie i sotsialnata reforma: mezhdu ochakvaniyata i realnostite”. Sofia, Sbornik dokladi, s. 47-52)

Веков, Т., 2008. Обществено и професионално мнение за здравната реформа – сравнителен анализ. Оценки, изводи и препоръки. Дисертация за ОНС “доктор”, Медицински университет – София.

(Vekov, T., 2008. Obshtestveno i profesionalno mnenie za zdravnata reforma – sravnitelен analiz. Otsenki, izvodi i preporaki. Disertatsia za ONS “doktor”, Meditsinski universitet –Sofia)

Горанова, Б., 2007. Здравните реформи в Германия през последните десет години. *Икономически алтернативи*, № 3, с. 71-85.

(Goranova, B., 2007. Zdravnite reformi v Germania prez poslednite deset godini. *Ikonomicheski alternativi*, № 3, s. 71-85)

Горанова, Б., 2011. Реформите в системата на здравеопазването на Германия и възможности за приложение на опита ѝ в България. Дисертация за ОНС “доктор”, УНСС.

(Goranova, B., 2011. Reformite v sistemata na zdraveopazvaneto na Germania i vazmozhnosti za prilozhenie na opita y v Bulgaria. Disertatsiya za ONS “doktor”, UNSS)

Делчева, Е., 2013. Финансови дисбаланси в здравните разходи на България. *Икономически и социални алтернативи*, № 2, с. 14-25.

Икономика на отраслите

- (Delcheva, E., 2013. Finansovi disbalansi v zdravnite razhodi na Bulgaria. *Ikonomicheski i sotsialni alternativi*, № 2, s. 14-25)
- Димитров, Д., М. Баймакова, Г. Попов, 2012а. Състояние на доброволното здравно осигуряване в България. *Обща медицина*, № 1, с. 15-21.
- (Dimitrov, D., M. Baymakova, G. Popov, 2012a. Sastoyanie na dobrovolnoto zdravno osiguravane v Bulgaria. *Obshta meditsina*, № 1, s. 15-21.)
- Димитров, Д., М. Баймакова, Г. Попов, 2012b. Разходи за здравеопазване в страните от Европейския съюз за периода 2000-2009 г. *Икономически и социални алтернативи*, № 3, с. 118-131.
- (Dimitrov, D., M. Baymakova, G. Popov, 2012b. Razhodi za zdraveopazvane v stranite ot Evropeyskia sayuz za perioda 2000-2009 g. *Ikonomicheski i sotsialni alternativi*, № 3, s. 118-131)
- Димитров, Д., М. Баймакова, Г. Попов, 2012с. Разходи за здравеопазване в страните от G-20 за периода 2000-2009 г. *Обща медицина*, № 4, с. 3-12.
- (Dimitrov, D., M. Baymakova, G. Popov, 2012c. Razhodi za zdraveopazvane v stranite ot G-20 za perioda 2000-2009 g. *Obshta meditsina*, № 4, s. 3-12)
- Дуранкев, Б., С. Тонкова, П. Иванов, сътр., 2010. Неформални плащания в системата на здравеопазване в България. София, УНСС, с. 13-20.
- (Durankev, B., S. Tonkova, P. Ivanov, satr., 2010. Neformalni plashtania v sistemata na zdraveopazvane v Bulgaria. Sofia, UNSS, s. 13-20)
- Димитров, Д., М. Баймакова, Г. Попов, 2012с. Razhodi za zdraveopazvane v stranite ot G-20 za perioda 2000-2009 g. *Obshta meditsina*, № 4, s. 3-12)
- Младенова, Д., 2012. Макроикономически последици от застаряване на населението. Дисертация за ОНС „доктор”, Институт за икономически изследвания към БАН.
- (Mladenova, D., 2012. Makroikonomicheski posleditsi ot zastaryavane na naselenieto. Disertatsia za ONS „doktor”, Institut za ikonomicheski izsledvania kam BAN)
- Пенкова, Е., 2008. Здравноосигурителни практики. В: Икономика на благосъстоянието, Л. Йотова, Е. Пенкова (ред.). София, Университетско издателство „Стопанство”, с. 231-235.
- (Penkova, E., 2008. Zdravnoosiguritelni praktiki. V: Ikonomika na blagosastoyaniето, L. Yotova, E. Penkova (red.). Sofia, Universitetsko izdatelstvo „Stopanstvo”, s. 231-235)
- Попов, М., 2005. Организация и управление на здравноосигурителни фондове и каси. Варна, Издателска къща „Стено”, с. 26-38.
- (Popov, M., 2005. Organizatsiya i upravlenie na zdravnoosiguritelni fondove i kasi. Varna, Izdatelska kashta „Steno”, s. 26-38)
- Рангелова, Р., Г. Сарийски, 2007. Дългосрочно прогнозиране на разходите за здравеопазване в България, 2005-2050 г. *Икономическа мисъл*, № 4, с. 31-52.
- (Rangelova, R., G. Sariyski, 2007. Dalgosrochno prognoziranje na razhodite za zdraveopazvane v Bulgaria, 2005-2050 g. *Ikonomicheska misal*, № 4, s. 31-52)
- Рангелова, Р., Г. Сарийски, 2008. Международно сравнение на разходите за здравеопазване – къде е България? *Икономика*, № 1, с. 53-58.
- (Rangelova, R., G. Sariyski, 2008. Mezhdunarodno sravnenie na razhodite za zdraveopazvane – kade e Balgariya? *Ikonomika*, № 1, s. 53-58)
- Стоянов, В., 2009. Теоретични и публични финанси, София, Издателска къща „Галик”, с. 469-481.

- (Stoyanov, V., 2009. Teoretichni i publichni finansii, Sofia, Czdatselska kashta „Galik”, s. 469-48)
- Atanasova, E., M. Pavlova, E. Moutafova, et al, 2013. Out-of-pocket payments for health care services in Bulgaria: financial burden and barrier to access. *European Journal of Public Health*, № 6, p. 916-922.
- Bech, M., T. Christiansen, E. Khoman, et al, 2011. Ageing and health care expenditure in EU-15. *European Journal of Health Economics*, № 5, p. 469-478.
- Blanco-Moreno, A., R. M. Urbanos-Garrido, I. J. Thuissard-Vasallo, 2013. Public healthcare expenditure in Spain: measuring the impact of driving factors. *Health Policy*, Vol. 111, № 1, p. 34-42.
- Blumenthal, D., K. Stremikis, D. Cutler, 2013. Health care spending - a giant slain or sleeping? *New England Journal of Medicine*, Vol. 369, № 26, p. 2551-2557.
- Elsevier, Scopus, 2014. *The SCImago Journal & Country Rank, Country Rankings, 2009-2012* [online]. Available at: <http://www.scimagojr.com/index.php> [Accessed at: 12 May 2014].
- Fuchs, V. R., 2010. How to think about future health care spending. *New England Journal of Medicine*, Vol. 362, № 11, p. 965-967.
- Fuchs, V. R., 2013. The gross domestic product and health care spending. *New England Journal of Medicine*, Vol. 369, № 2, p. 107-109.
- Gupta, I., W. Joe, 2013. Refining estimates of catastrophic healthcare expenditure: an application in the Indian context. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, № 2, p. 157-172.
- Keegan, C., S. Thomas, C. Normand, et al, 2013. Measuring recession severity and its impact on healthcare expenditure. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, № 2, p. 139-155.
- Rangelova, R., G. Sariiski, 2007. Development of long-term scenarios for healthcare expenditure in Bulgaria. *Икономически изследвания*, № 2, с. 27-57.
- Samadi, S., E. H. Rad, 2013. Determinants of healthcare expenditure in Economic Cooperation Organization (ECO) countries: evidence from panel cointegration tests. *International Journal of Health Policy and Management*, № 1, p. 63-68.
- The World Bank, 2014. Data, GDP per capita, [online]. Available at: <http://www.worldbank.org/> [Accessed at: 09 May 2014].
- World Health Organization (WHO), 2014. Data and statistics, Country statistics, [online]. Available at: <http://www.who.int/en/> [Accessed at: 09 May 2014].