

Здравната система във фазата на политико-икономическата еволюция в България

Сашо Ангелов*

Резюме: Съвременното общество е свидетел на нова политико-икономическа еволюция. Този вид еволюция оказва пряко въздействие върху развитието на здравната система. Целта на статията е да разкрие и очертае основните функции в съвременната здравна система – „политиката“ и „икономиката“, и тяхната разграничителна линия. На анализ и оценка са подложени „общественото“ и „частното“, „държавата“ и „пазарът“, действащи като взаимно свързани и взаимно допълващи се съставни части на едно цяло. Формулирана е системна структура, гарантираща реализацията на националната здравна система във фазата на „турболентната икономика“.

Ключови думи: политика, икономика, държава, пазар, мрежово здравеопазване, мрежова здравна система, *златен час*, турболентна икономика.

JEL: I18.

Увод

Здравеопазването като важна физиологическа потребност, която се свързва с физическите и умствените функции на човека, според различни автори се определя като човешко благо, проявяващо се в различни нюанси – публично благо (проф. Джаксън) (1), *социално благо* (Джедика Хохман) (2) и т.н. Здравето се пречис-

лява към “базовите публични услуги”, които хората трябва да могат да получават независимо от икономическия си статус и наличните си финансови ресурси. Освен това здравеопазването в общественения сектор не е икономическа система, създаваща добавена стойност, а система, предоставяща чисти услуги.

За реализиране на здравето като социално или публично благо, представляващо по своята същност *социално право*, трябва да се погрижи държавата. То е нейно задължение, което се предопределя и от преамбюла на Конституцията, където държавата е обявена за “*социална държава*” (16).

Според Анатоли Калецки² “*много политици и стопански лидери смятат всяка държавна намеса в действието на пазарните сили за вредна за системата на свободния пазар. Те се противопоставят на такава намеса по принцип, като я смятат за острието на социалистическа секира. Това е прекалено тесногърд възглед на фона на дългата и триумфална история на капитализма, преди някой въобще да беше чул за Рейгън и Тачър. Най-ясната черта на еволюцията на капитализма от една фаза към друга е променливото съотношение между държавата и частното предприемачество, между политическите и икономическите сили..., между отношението държава и пазар...*” (4).

* Сашо Ангелов е доктор, преподавател в Стопанския факултет на СУ “Св. Климент Охридски”, e-mail: trudex@abv.bg

² Икономически редактор на В-к. Таймс, автор на шумялата в последно време книга Капитализъм 4.0: Раждането на новата икономика след кризата – бел. рег.

Основни положения

Постепенното намаляване на числеността на населението на България през последните години³ (21) и наличието на трайна тенденция в тази посока обрича на сериозни сътресения развитието на здравната система в Република България. Тенденцията е към трайно намаляване както на пациентите, така и на медицинските специалисти. От друга страна никой не знае колко време ще продължи икономическата криза, чието начало бе поставено с фалита на Lehman Brothers на 15 септември 2008 г. – десет или повече години, и какво отражение ще даде тя върху икономиката на страната ни, респективно в сектор здравеопазване. Нито един икономист, пък бил той и носител на Нобелова награда, не може да предложи единна универсална формула за реализацията на съвременния пазар в бъдещето, за отражението на динамиката в търсенето и предлагането върху реализацията на икономическите процеси. Кризата обори тезите на крайните пазарни фундаменталисти за чиста пазарна икономика. Развитието на държавите и света като цяло се нуждае от нови свхващания за самия свят и от нова бизнес рамка. Обработването на информацията в реално време създава нова „*икономическа нормалност*“ (18). Предвид влиянието на новите технологии и познания, според Филип Котлър, „*днес повече от всякога в света доминират взаимосвързаността и взаимозависимостта*“. Това, от своя страна, изисква създаването на „*деликатен баланс*“ между общественото и частното, между социалното и либералното, между „максимизиране благодетството на всички членове на обществото“ и „печалбата“.

³ от 8 669 200 души през 1990 г. до 7 282 041 г. през декември 2012 г. – б.а.

Политиката и икономиката като основни обществени функции

Според редица водещи икономисти, в т.ч. и проф. Велчо Стоянов (14), основните функции, опеделящи развитието на съвременния свят, са **политиката и икономиката**.

Политиката и икономиката могат да се реализират както чрез държавата, така и чрез пазара. Същественото в случая е това, че всяка една от двете функции (политика и икономика) имат свои специфични инструменти на реализация – за политиката това е държавата, докато за икономиката това е пазарът. В академичните среди се защитава тезата, че държавата и пазарът са вечни като двете съставни части на човешката популация – мъжът и жената. Историческото развитие на съвременното общество е доказало, че без политика и икономика то не може да съществува. Политиците са призвани да търсят баланс в едновременното проявление на двете функции. Те получават парите от богатите, гласовете на бедните и управляват според своите разбираня и компетенции.

Възможностите за реализацията на всяка една от горепосочените функции (държава и пазар) са в диапазона от нула (0) до сто (100 %) процента. При 0 % пазар има 100 % държавно регулиране, което се реализира чрез така наречената „**държавна икономика**“ (социализъм, комунизъм, националсоциализъм⁴ и др.) (фигура 1). При този вид политически модели държавата е всичко в икономиката. Тя определя какво и колко да се произвежда, какво, колко и от кого да се консумира и т.н., без да се вземат предвид индивидуалните способности и потребности на човешкия индивид.

При 0 (нула) % държавно регулиране пазарът е 100 (сто) %, който се реализира чрез така наречената „**пазарна икономика**“

⁴ Фашистката форма на управление и икономика е държавен тоталитаризъм.

Дискусия

(капитализъм в различни форми), за основоположник на която се счита Адам Смит⁵. При този вид политически модели се наблюдава на способността на пазарната икономика да постига икономическо равновесие в автоматичен режим, без да се разисква преодоляването на състоянието на кризи и рецесии. Обикновено защитниците на свободната пазарна икономика пропускат да отбележат, че освен “невидима ръка”, според Адам Смит, е задължително проявлението на такива морални категории, като “честността, доверие и почтеност” (3).

ОСНОВНИ ОБЩЕСТВЕНИ ФУНКЦИИ



Както се вижда, “гържавната икономика” и “пазарната икономика” са два крайни нереални случая и – ако ги има в исторически план, то техният живот във времето е твърде кратък. Те са интересни за разглеждане, главно защото спомагат за разкриването на реалните икономики, които обикновено представляват сложна комбинация между двата варианта.

Проявлението на функцията икономика чрез пазара

Основният икономически инструмент на съвременната икономика е пазарът. Пазарът, според либералите класици, се реализира чрез индивидуалните способ-

⁵ Шотландски професор по философия (1723-1790)

Здравната система

ности и желания на отделния човек, чрез неговото „его” (егоизъм). За да се прояви в най-чистата си форма (100 %) пазарът при съвременното технологично развитие, участниците в него трябва да притежават едновременно най-малко три елемента: **морал, еднаква информация** (съпоставима информация на всички участници в процеса) и **способност (условия) да се реализира рискът** (пари, стоки).

На първата международна конференция, състояла се в Париж през 1938 г., се оформят основните постулати на неолибералното направление в икономиката. За разлика от либералите класици, които считат, че пазарът е абсолютно саморегулираща се система, функционираща нормално без гържавна намеса, някои от представителите на неолиберализма считат, че пазарното стопанство се нуждае и от ограничена намеса на гържавата. Независимо от това и в този случай статутът на пазара се поставя над този на гържавата, т.е. икономическото начало се поставя над политическото. Неолибералите доразвиват теорията за икономическия либерализъм, като основен акцент те поставят не толкова върху **собствеността** (Адам Смит), колкото върху **сделката (размяната) и лихвата**⁶ (във финансовата сфера). В различните държави (Германия, Англия, САЩ, Франция и др.) неолиберализмът се проявява под различен начин (различни школи), като всички те допускат участието на гържавата под различна форма. За нуждите на изследването особено внимание заслужава френският модел на неолиберализма. Този модел развива едновременното проявление на “*свободния пазар*” и “*индикативния план*”⁷, като по този

⁶ Библейските принципи забраняват лихвата – б.а.

⁷ Планирането е оптимално разпределение на ресурси за постигане на определен резултат. Индикативното планиране е форма на икономическо планиране, осъществявано от гържавата в опит да се реши проблемът с непълната информация в пазара и смесените икономики, за да се увеличи икономическата ефективност. Изпълнението на индикативното планиране не

Дискусия

начин се осигурява икономическо равновесие във френското стопанство.

Съвременните неолиберали считат, че идеалните условия за реализацията на пазарните принципи са наличието на общество без граници, без съществена гържавна намеса в икономическите процеси и, разбира се, свободен (пазарен) достъп до публичните финансови ресурси. Този модел, в който едно от основните изисквания е *“свободното движение на хората”*, превърна **човека от обект в инструмент на пазара**.

Световната икономическа криза (след 15 септември 2008 г.) принуждава редица световни икономически лидери да търсят нови пътища за реализацията на двете основни функции *пазар* и *гържава*. В своето изказване Никола Саркози (13) обръща внимание на това, че съвременният модел на икономиката и обществото (гържавата) вече се е изчерпал. Необходимо е създаването на нова икономика в службата на човека, в която икономиката чрез пазара е **средство, което да обслужва човека, а не да господства над него**.

Проявлението на функцията политика чрез гържавата

На другият полюс – като антипод на чистата икономика (или пазарна икономика с малко гържава), стои **гържавата** като изразител и реализатор на обществените интереси. Основна съставна част на гържавата е семейството⁸, а не отделния човек. Разширеното семейство обединява три поколения – мъжът и жената, низходящото и възходящото поколения. Ешелонираната форма на семейството – освен икономически, е призвана да изпълнява и редица

е задължително. То не определя конкретни параметри и квоти – б.а.

⁸ Семейството представлява група индивиди, които живеят съвместно с ангажимент и обвързаност едни с други, формират обща икономическа единица, може да полагат грижи за деца, а идентичността им е значимо свързана с групата. (18)

генетични, морални и социални функции. Този подход намира най-силно проявление в религиите, основаващи се на библейските ценности, споделяни както от християнството, така и от исляма, будизма и др. Това, от своя страна, води до засилване на ролята на семейството и гържавата в противовес на егото на отделния човек в реализацията на неговите индивидуални икономически интереси. Не напразно водещите европейски гържави в своето политическо развитие се базират на семейните ценности, реализирани чрез *‘Социалната гържава’* (Ото фон Бисмарк), чрез *“гържавата на всеобщото благоденствие”* (скандинавските гържави), както и чрез модела на *“гържавата на благоденствието”* (сър Уилям Бевърридж).

Гържавата е призвана, освен да коригира *“провала на пазара”*, да осигурява достъп на цялото население до чисти публични блага, каквито са националната отбрана, полицейската защита, образованието и здравеопазването, и др. Основно задължение на гържавата е регулацията на монополите – ресурсни (гоставащи на вода, енергия и т.н.) и професионални (лекари, учители, следователи, съдии и др.) (1).

Според Анатоли Калецки (4) *„противопоставянето на гържавата и частното предприятие, защитавано от пазарните фундаменталисти, не може да бъде сериозно поддържано повече... През август 2009 г. дойде символичното потвърждение, че за сериозните хора, ангажирани с формулиране на политики, флиртът с пазарния капитализъм е приключил”*.

В случаите, когато обществените потребности и очаквания за получаването от населението на чисти публични блага не могат да се осигурят изцяло със средства от гържавата – като производство, администриране и финансиране, се реализира смесен модел на управление, финансиране и реализация на системата. Този вид система, освен с публични финансови ресур-

Дискусия

си, се допълва и с частни ресурси. Двете части (публичната и частната), предоставящи публични блага, обикновено влизат в противоборство помежду си в достъпа си до и преразпределението на ресурсите и в противоречие на базата на крайните си цели. Крайната цел на публичната част от смесената система е *“максимизиране на благодействието на всички членове на обществото”*, докато собствениците на частните ресурси задължително се стремят към формиране на по-голям размер *“печалба”*. При смесената система винаги има губещ, като възможните варианти са два – или обществото като цяло, или собствениците на ресурси. По тази причина политиките, търсещи възможност за балансиране на взаимодействията между двете системи (държавна и пазар), в отделни исторически периоди са прилагали различни политически инструменти, чрез които са давали превес на едната над другата.

Здравеопазването в системата "политика-икономика"

Здравеопазването е сегмент (сектор) от реалната икономика. Както вече бе упоменато, крайните фази, чрез които се проявява икономиката в сектор Здравеопазване, са *“чист пазар”* и/или *“чиста държава”*. Практическата реализация на сектор Здравеопазване във всяка отделна държава се проявява в различно съотношение между политика – икономика и държава – пазар. Различното участие на пазара и държавата формират крайно отчетливо три вида здравни системи – държавна, частна и смесена. Критерият, определящ вида на здравната система, и разделителната линия на отделните фази са в пряка зависимост от вида финансов ресурс (публични и/или частни) и формирането на крайния резултат от движението на паричните потоци (с печалба или без печалба). Държавната система се финансира с публични финанси (чрез данъчната система), частната система

Здравната система

се финансира с частни финансови ресурси (доход след облагане със съответния данък върху реализираните през годината доходи), докато смесената има достъп и до двата вида финансови ресурси.

Здравната система е ресурсоемка система. Тя изисква огромен финансов ресурс като оборотни средства за скъпоструващи лекарствени препарати и консумативи и т.н.. За нейното функциониране е необходимо предварително инвестиране на огромен финансов ресурс под формата на капиталови разходи, разходи за подготовка на кадрите и т.н. Стандартното бюджетно финансиране (в рамките на една бюджетна година) не е в състояние да поддържа *“здравната готовност”* на която и да е здравна система, защото е ограничено, от една страна, от бюджетния ресурс и, от друга – от времето (бюджетния период).

За държавно здравеопазване се счита тази здравна система, в която активите са собственост на държавата и дейността се финансира чрез публични финансови ресурси – данъци и здравни осигуровки. Типичен пример за такъв модел са системите Бевърлидж и Семашко. Разликата между двата модела се състои в това, че при прилагането на модела Бевърлидж (Великобритания, Канада) се допуска реализацията на частен сектор. Двете системи (държавната и частната) се допълват, като държавната здравна система, когато не може да поеме необходимия обем медицински дейности, заплаща на частната здравна система за поетите и реализирани от нея медицински дейности. В случая частната система служи за буфер на държавната. В модела Семашко буферът липсва. Достъпът до държавната здравна система се регулира чрез *“листата на чакащи”*. Основни принципи, заложи в модела Бевърлидж, са **универсалността и националната солидарност**.

Управлението на държавната здравна система се извършва от държавен орган –

Дискусия

министерство или специализирана агенция, като политиката се определя от управляващата партия. Основен и задължителен икономически инструмент при разходването на публичните финанси (гържавното финансиране) е моделът "обществени поръчки". Чрез този ключов инструмент се гарантира ефективното, ефикасното и икономичното разходване на публичните финанси. Стриктното изпълнение на тези изисквания се контролира от гържавни контролни органи като Сметната палата. Освен това процедурата "обществени поръчки" е една сравнително тровава система, за чиято реализация – от началото до края, са необходими поне шест месеца⁹. Основен ограничител на реализацията на гържавното здравеопазване е масата на публичните финанси (годишният бюджет). Той определя броя на възможните диагнози и тяхната среднопредметна цена. Измерването на ефективността в гържавната система се извършва не чрез стойностни измерители, а чрез емпирични показатели (индикатори за оценка). Такъв индикатор за оценка е например процентът на пациентите, повторно посетили здравната система през следващия месец за лечебна процедура. За България (през 2012 г.) този индикатор се движи около 40 %.

Преобладаващ принцип на формиране на личния доход на медицинските специалисти в гържавната здравна система е принципът "заплата". Принципът "доход" се прилага в частната здравна система, дори когато финансовият ресурс е публичен (идва от бюджета). Недостигът на финансов ресурс за здраве при бюджетното финансиране се компенсира чрез вътрешни трансфери в самия бюджет, но същевременно неопозволените средства постъпват на края на годината във фискалния резерв – тоест неопозволените бюджетни средства не могат да се ползват за здраве.

⁹ Определени на „исторически принцип“.

В бюджетното финансиране е налице още една специфика – в началото на годината здравните заведения чувстват недостиг на финансови ресурси (за оборотни средства), защото реално Министерството на финансите започва да се разплаща с бюджетните структури след месец март, като същевременно на края на годината в здравните заведения се генерира паричен ресурс, който реално не може да се реализира по предназначение.

Отчитайки влиянието на неравномерното движение на паричните потоци в гържавната здравна система, финансирана с публични (бюджетни) средства, политиците във водещите европейски гържави като Германия, Франция и др. са дефинирали и прилагат т.н. **"Обществена здравна система"**. Основен принцип в обществената здравна система е "солидарният принцип" (20)¹⁰. За прилагането на солидарния принцип паричният ресурс, предназначен за здраве, се отделя в отделен специализиран (целеви) фонд, извън гържавния бюджет. Характерното за този фонд е това, че неизразходваният ресурс остава във фонда и той може да се ползва през следващата бюджетна година, но само за здраве (целево). Ако накрая на годината паричният ресурс в този специализиран фонд не достигне за здравни плащания, то недостигът се компенсира чрез трансфери от гържавния бюджет.

Специализираният фонд изпълнява функциите на компенсаторен инструмент, който отчита флукуацията на паричните потоци в системата. Обществената здравна система е известна като осигурителна здравна система. Моделът на осигурителната система е дефиниран от Ото фон Бинсмарк (1815-1898). Той е базиран на солидарността и взаимността в осигу-

¹⁰ Принципът на солидарност на Европейския съюз е основен принцип на базата на споделяне както на предимствата, т.е. просперитет и на тежести еднакво и справедливо сред членовете.

Дискусия

ряването. Преките изпълнители обикновено са публични предприятия, които осъществяват своята дейност на принципа “без печалба” (non for profit). Правата за достъп до медицински услуги са в пряка зависимост от участието в осигурителния процес, като зад осигурителните вноски стоят определени престации¹¹. Паричният поток към осигурителния целеви здравен фонд се формира от различни приходоизточници, като осигурителните вноски са споделени между лицето, работодателя и държавата (това не се отнася за самоаеетите лица). По тази причина осигурителният фонд се управлява чрез трипартитния принцип, или в управлението участват представители на осигурените лица (обикновено това са синдикати или сдружения на пациентите), на работодателите и на държавата.

Много често се поставя въпросът за увеличаване броя на осигурителните фондове, които да управляват отделните за целта публични финанси като средство за повишаване ефективността на финансовия ресурс. Конкуренцията между няколко осигурителни фонда сигурно ще повиши рентабилността и ефикасността, но трябва да се знае, че всеки следващ фонд, според осреднени статистически данни в Европейския съюз, увеличава общата издръжка с 30 % (за немедицински разходи). Ненапразно през последните години дори в Германия се водят дискусии за намаляване броя на осигурителните фондове. Националната здравноосигурителна каса в Република България е изградена и реализира своята дейност на фондовия принцип.

За реализацията на **частното здравеопазване** по принцип граници не съществуват. При него действат принципите на чистата икономика. Реализацията на частното здравеопазване не зависи от специфичните инструменти за управление на публичните финанси като “обществените

¹¹ Престацията представлява дължимо поведение от срещнатата страна

Здравната система

поръчки” и др. Тази свобода създава възможност на частното здравеопазване да предоставя медицински услуги в реално време. Търсенето и предлагането в частното здравеопазване са в една постоянна динамика. И поради това, че здравеопазването е монопол на професионален принцип, болничните легла (колкото и да са те на брой) винаги ще бъдат запълнени (Законът на Рьомер)¹² (17). Потребителят (пациентът) в частния сектор на здравната система се интересува само от цената и крайния резултат. Частното здравеопазване разполага и с по-голям диапазон от финансови ресурси. Освен достъпа до частни финансови ресурси (в брой), публични (бюджетни), частното здравеопазване има достъп и до финансов ресурс, генериран чрез краткосрочно и дългосрочно социално осигуряване, застраховане и други финансови инструменти в целеви фондове. Интерес представлява дългосрочното здравно социално осигуряване, чрез което се реализира модела “семейна солидарност”¹³.

Различията между общественото и частното здравеопазване са във всички елементи, формиращи стойността, а именно: цената – в общественото е среднопредметна цена, докато в частното е цена на конкретна диагноза; количеството – в общественото е група (осреднени) диагнози, докато в частното е конкретна диагноза; бюджетът в общественото е предварително определен от политиките, докато в частното е резултативен.

За нуждите на анализа интерес представлява смесената здравна система. При нея не е невъзможно точното разграничаване между държавни (обществени) и частни активи, между публични и частни финанси и тяхното участие в създаването на нова стойност. Смесената здравна система се структурира на базата на народопси-

¹² „Веднъж осигурени, болничните легла ще бъдат заети (a built bed is a filled bed)”.

¹³ В рамките на семейството, низходящи и възходящи.

Дискусия

хологията, спецификата на икономическото развитие на съответната държава и платежоспособността на всеки отделен индивид. Исторически, видът на здравната система се определя от силата и надмощието между съсловните организации на медицинските специалисти (лекарските съюзи) и политиците. Типичен пример за противопоставянето между съсловните организации и политиците е моделът “Бевъридж”¹⁴. Идеите, представени от лорд Бевъридж в парламента (1942 г.), наред с редица политически фракции, не са приети и от съсловните организации на медицинските специалисти.

Национален модел на здравна система – история и факти

Исторически, социалното осигуряване в Република България се базира на Бисмарковия модел, а именно – фондови принцип на набиране и разходване на осигурителни вноски, солидарен и разходопокривен подход при разходването на публичните финансови средства. Още в първите здравноосигурителни закони¹⁵ в България се въвежда принципът на отчисляване на част от личните приходи (по 1 % от надницата внасят осигуреният, работодателят и държавата) за вноски във фонд “Работнишки осигуровки”¹⁶ за ползване на медицинска помощ за сметка на фонда. На по късен етап фондът отпуска заеми за изграждането на болници и диспансери.

¹⁴ “Държавата на благоденствието” се въвежда от лейбъристкото правителство от 1945 г., като подготвителната работа е извършена от коалиционния кабинет на Чърчил, в който влизат както либерали, така и консерватори. Противниците на доклада считат, че той създава “схема за социална Бърза помощ”.

¹⁵ „Публично-административен правилник за сключване на договори за задълженията – 1882 г.“; „Закон за спомогателна каса на работниците по обществените предприятия и за привилегиите на надниците им – 1905 г.“; Закон за подпомагане в случай на инвалидност и болест на назначените с надница държавни работници – 1906 г.” и т.н.

¹⁶ По-късно преименуван в „Обществени осигуровки“.

Тласък на развитието на осигурителната система дава “Законът за обществените осигуровки” от 1924 г. С този закон се дава възможност на участниците в осигурителния процес на свободен избор на лекари. Тази свобода обаче не е безпрекословна. На първо място, за да имат право на достъп до общественния фонд, лекарите трябва да бъдат договорни партньори на фонда, като се задължават да изпълняват редица изисквания¹⁷, “да дават на болните само необходимия минимум ефикасна помощ, да избягват каквото и да е излишество, било с цел да угажда на болния, било с цел за лична облага” и т.н. Лекарите, работещи с фонда, получават възнаграждение под формата на “хонорар”, определен от комисия, в състава на която влизат представители на държавата, на фонда, на медицинския съвет и на работническите и работодателските организации. Контролът от местните инспекции, независимо че се извършва по формата на глоби и санкции, както на лекарите, така и на осигурените лица, се оказва трудна задача. От финансова гледна точка този модел се оказва твърде скъп за българските условия и в крайна сметка фондът ежегодно завършва на дефицит.

Поради тази причина през 1929 г. се провежда реорганизация на модела. Въвежда се специален списък (листа) на лекари, изготвена от лекарската съсловна организация и одобрена от фонда, при които осигурените лица могат да получават медицинска помощ за сметка на фонда. През 1929 г. се въвежда принципът “списък от лекарствени средства, от които лекарите могат да изписват”. Независимо от направените промени, системата и през този период продължава да бъде на дефицит, като през следващите две години той нараства 2,5 пъти (7). Засилва се недоволството както от страна на лекарите, така и от страна на пациентите (осигурените лица).

Недоволството от въведения модел

¹⁷ Правилник за приложението на този закон.

Дискусия

през 1929 г. принуждава политиките да търсят нови решения. През 1932 г. моделът наново се променя, като се преминава към назначени по трудов договор към фонда лекари, разпределени пропорционално в цялата страна по райони.

През 1933 г. под въздействието на лекарския съюз свободният избор на лекарите е възстановен. Лекарите получават своето възнаграждение на принципа на капитацията (брой осигурени лица, а не брой прегледи).

През 1934 г. свободният избор е окончателно премахнат¹⁸. Въвежда се принципът на назначени към фонда лекари. Те работят с определено работно време и което е по-важно – забранена е частната практика на работещите лекари във фонда. Лекарите, съгласно Закона за държавния служител (1934 г.), представляват държавни служители.

През 1936 г., според г-р Илко Кръстимелски, дефицитът на Фонда за обществените осигуровки нараства с 15,7 %, а до 1939 г. с още 32 %(8).

Трипартитната система на управление на осигурителния процес се въвежда за първи път през 1918 г.¹⁹, като намира своето развитие в Закона за обществените осигуровки от 1924 г.

Противник на нововъведенията в здравната система през цялото време е лекарският съюз. Стига се до там, че Стойчо Мошанов²⁰ от парламентарната трибуна заявява че: фондът „...не е създаден за лекарите, а за работниците“. Неговото изявление се базира на препоръката на Международната организация на труда „относно подчиняване на системата на избор на лекар с финансовото състояние на осигури-

¹⁸ През 1934 г. чрез преврат се забраняват политическите партии.

¹⁹ Закон за осигуряване на работниците и служителите в случай на злополука и болест (1918).

²⁰ Български политик от Демократическата партия, министър на народното стопанство от 21 април 1935 до 23 ноември 1935) и председател на сдвдесет и четвъртото обикновено народно събрание (1938-1939 г.).

Здравната система

телните фондове” (12).

Постепенно през годините фонд “Обществени осигуровки” открива собствени болнични заведения, собствени лечебници-диспансери, разположени в по-големите градове.

В началото на XX век, според г-р Кръстимелски (8), за България е характерно постепенното увеличаване на броя на ползващите безплатни медицински услуги – от 15 000 души през 1903 г. до 1 180 000 души през 1941 г., като през този период действа Законът за народното здраве (1929 г.)²¹.

През 1943 г. се прави поредният опит за решаване на здравното обслужване на държавните служители. Дава се право на държавните служители и техните семейства, освен безплатното лечение във всички държавни и общински заведения, да ползват и частни услуги, като сумата на таксата се поделва между пациента и фонд “Медицинска помощ на държавните и общински служители”.

След 1944 г. – в резултат на промяната в политическата обстановка, и през годините след това се променя изцяло формата, съдържанието и финансирането на здравната система. До 1948 г. под една или друга форма действа Бисмарковият осигурителен модел и отделеният от държавата фонд. През 1948-ма и 1949 г. се провеждат действия по отчуждаване (национализиране) на частните болници и аптеки, като през 1951 г. се въвежда всеобща безплатна медицинска помощ. Финансирането се извършва целево от данъчната система, без да се допуска частна медицинска практика (с известни минимални изключения).

След 1998 г. – с въвеждането на новото здравно законодателство²², в здравната система на България като начин на функциониране, управление и финансиране се

²¹ Според НСИ населението на България през 1946 г. е 7 029 349 души.

²² Закон за здравното осигуряване – 1998 г., Закон за съсловните организационно-лекарите и стоматолозите – 1998 г., Закон за здравето – 2004 г. и др.).

Дискусия

Връща подобреният модел от 1924 година.

Действащата към момента на това изследване здравна система се характеризира със следните особености:

- Пациентите имат право на свободен лекарски избор, като достъпът до здравната система, финансирана с публични финансови ресурси (осигурителни вноски), се регулира чрез потребителски такси и направления;
- Лекарите имат право да работят освен в държавните лечебни заведения (където са по трудов договор), но и в извънработно време да реализират частна практика (търговци или самонаети лица). Лекарите в държавните и общински болници не са държавни служители. Доболничната помощ е изцяло частна. Спешната (неотложно необходимата) е изцяло държавна, като собственост и финансиране.
- Медицинската помощ се финансира от различни приходоизточници – от държавния бюджет (спешната помощ и целеви програми), от Здравноосигурителния фонд (доболничната и болнична помощ, както и целеви програми), от европейски целеви програми и от частни финансови ресурси.
- Финансирането на различните медицински дейности се реализира чрез взаимно несъпоставими методики – “капитация” (доболничната помощ), «клинични пътеки» (болнична помощ), “здравни програми” (за дейности от Министерство на здравеопазването) и други.
- Публичните финанси за здраве се управляват от един здравен фонд, като до този финансов ресурс имат достъп всички, които предоставят медицински услуги, ако са договорни партньори на фонда. Здравният фонд (НЗОК) няма правно основание да откаже договор с новопоявил се кандидат за договорен партньор.

- Основният принцип, заложен в Закона за здравното осигуряване, е “по народност”. Задължение за участие във Фонда (НЗОК) с осигурителни вноски имат всички български граждани, независимо от това дали имат за този период доход, или не.
- Съсловните организации участват в договарянето на Националния рамков договор и определянето на паричния еквивалент на клиничните пътеки, както и в другите инструменти за заплащане.
- Липсва съпоставимост и кореспонденция между Международната класификация на болестите (*МКБ-10*), медицинските стандарти за добра медицинска практика, методите за финансиране (капитация, потребителски такси, клинични пътеки и програмно бюджетиране), показателите за оценка на качеството и Международните и национални счетоводни стандарти.

Развитието на капиталистическата демокрация в съвременния свят поставя на дневен ред разбирането, че икономиката навлиза в нов етап на развитие, в т.ч. и здравната. Този вид икономика изисква създаването на нова здравна система, в която държавните и частните структури на здравната система реализират своята мисия не само чрез ясно разграничаване, чрез прилагане и използване на различни ключови и специфични инструменти, но и чрез партньорство за постигането на общите цели – осигуряване на достъпно, ефективно и качествено здравеопазване. Необходимостта от намаляване на възможностите за извличане на ренти²³ от политици и администратори, необходимостта от гарантирано предоставяне на минимално количество „базови публични услуги“ от държавни структури дори и на лица „без доходи и иму-

²³ Анатоли Калецки – „Стремеж към извличане на ренти“ е икономически термин, използван да опише поведение, при което се извлича незаработена стойност.

щество, което да генерира доходи” изисква нова структура на националната здравна система.

Нова визия за модел на българската здравна система

Необходимостта от дефинирането на нов модел на здравната система в Република България е предизвикана от новата фаза на развитие на съвременното общество, от новата политико-икономическа еволюция, от новия модел на капитализма. Както вече бе упоменато в това изследване, държавата – чрез своите институции, е призвана да осигури “социалното право” на всички български граждани под формата на неограничен достъп до “чисти публични блага”, каквото е здравеопазването.

Преди да се дефинира кой е най-рационалният модел за здравна система в Република България в съвременните икономически, политически и технологически условия, е необходимо да се отговори на въпроса кой трябва да бъде основният критерий, чрез който се генерира паричният поток към системата, в системата и извън системата. Критерият е важен елемент за администрирането на паричния поток в системата. Основният критерий, заложен в действащата нормативна база в Европейския съюз, е критерият “**данък доход**”.

В Конвенция 102 на МОТ и Регламент (ЕИО) № 1408/71 и Регламент (ЕО) № 883/2004 г. за координация на системите за социалната сигурност е заложен критерият “данък доход”. Както бе упоменато в по-горните редове, действащото към момента националното здравно законодателство е развито на принципа “по народност”. Това изискване е наложено от доминиращия англосаксонски модел на данъчно облагане. Както е известно, данъчната структура на англосаксонския фискален модел, прилаган в САЩ и Великобритания, се базира на приходи чрез данъци върху доходите, докато Континенталния фискален модел е изгра-

ден на основата на данъци върху потреблението. Съставна част на Континенталния данъчен модел е данък добавена стойност, който отсъства в САЩ, докато в Европейския съюз той е основен финансиращ данък. Противоречието между англосаксонския модел за финансиране на здравната система (данъчно финансиране) и принципа „по народност” стои в основата на хаоса в националната здравна система.

Едно от основните изисквания към членовете на Европейския съюз е „свободното движение на хора”. Това от своя страна поставя на дневен ред равномерното геостационариране на здравните заведения, под формата на т.н. „**мрежово здравеопазване**”. Мрежовото здравеопазване, което използва специфичните инструменти на мрежовото общество – като например обработването на информацията в реално време, гарантира достъпа до здравни услуги в реално време (в рамките на “златния час”).

На базата на различни съпоставими данни съвсем аргументирано може да се твърди, че националният здравен модел представлява микс между осигурителен и частен модел. Позовавайки се на предоставените данни от Световната здравна организация (за 2009 г.), може да се твърди, че при съотношението между солидарната осигурителна здравна система и частната такава е налице един относителен паритет. От направените разходи през 2009 г. 858 \$ (щатски долара) на глава от населението²⁴ публичните финанси (без европейските средства) представляват – 4,72 % от БВП, докато частните са над 4,72 % (7).

При този финансов ресурс, движещ се в диапазона над 6 милиарда лева (на база 2009 г.) и съпоставим със средните показатели за финансиране на здравна система в Европейския съюз, са налице условия за реализацията на **нов универсален модел** на здравна система. Предлаганият универсален модел би могло да се реализира чрез

²⁴ $858 * 1,364 = 1170,32 * 7585131 = 8877$ млн.лв.

Дискусия

едновременно и допълващо се функциониране на две здравни системи – обществена и частна. Задължително условие за реализацията е двете системи да работят по еднакви правила за дейност, а именно **единни медицински стандарти**, базирани на МКБ-10 и отчитани по **единен национален счетоводен стандарт**.

1. **Обществената здравна система** се изгражда на основата на финансовия ресурс, отделен за здраве и базиран на създадения брутен вътрешен продукт (БВП). Стойността на здравните услуги, предоставени на населението като чисти публични блага, се определят от произведението между средната цена по групи диагнози и броят на тези диагнози (по метода среден разход на диагноза (5)). Особено при метода „Среден разход на диагноза“ е групирането на диагнозите по МКБ-10²⁵ на базата на отделните интердисциплинарни медицински специалности. Стойността намира парично изражение в съответните бюджети, приети от Народното събрание.

Обществената здравна система:

Реализира конституционното право на българските граждани да живеят в **социална държава**;

- преставалява **геостационарирана и ешелонирана мрежова структура**;
- гарантира достъпност на пациента в рамките на „**златния час**“;
- предоставя **безплатно** универсално покритие по всички диагнози (МКБ-10);
- определя достъпа до системата чрез стандартизирана „**листа на чакащите**“;
- **се финансира** предимно чрез задължителни осигурителни вноски на основата на критерия „**данък доход**“, разходвани на солидарния принцип, като за лицата без доход осигурителната

²⁵ Закон за здравното осигуряване – 1998 г., Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите – 1998 г., Закон за здравето – 2004 г. и др.).

вноска се заплаща от Агенцията за социално подпомагане;

- **се финансира** за екстри от краткосрочни и дългосрочни осигурителни вноски в лични набирателни сметки, както и от медицински застраховки;
- **заплаща за дейност** на основата на средно претеглени цени на група диагнози, съгласно предварително остойностени медицински стандарти;
- се реализира от изпълнители на медицинска дейност, които са **държавни служители** и нямат право на частна практика.
- съчетава в **единно цяло** държавната собственост и общественото управление, финансиране и контрол.

2. **Частната здравна система** изпълнява две функции. На първо място тя награжда Обществената здравна система и компенсира невъзможността държавата да предложи медицински услуги според нуждите и желанието на населението. На второ място реализира предоставянето на медицински услуги чрез пазарните инструменти.

Частната здравна система:

- **предоставя върхови** технологични медицински услуги;
- **предоставя неограничени** по брой стандартизирани и нестандартизирани медицински услуги;
- **се финансира чрез частни финансови ресурси**, генерирани от краткосрочни и дългосрочни осигурителни вноски в лични набирателни сметки, както и от медицински застраховки;
- **се финансира** чрез публични финансови ресурси за дейности, които обществената здравна система не може да реализира.
- **се реализира** на основата на индивидуалното ценообразуване на диагноза (по МКБ-10).

Дискусия

Частната здравна система, както и обществената, са едновременно участници и балансори между политиката и икономиката в сектор здравеопазване. В предлагания модел във функцията медицински дейности разлика между двете системи няма. Разликата се състои в произхода и потреблението на финансовите ресурси (при обществената са публични, при частната са частни) и собствеността на активите.

Националната политика в сектора на здравеопазването се осъществява от Министерството на здравеопазването. Обществената здравна система се ръководи от новосъздадена за целта **Национална агенция „Обществено здраве“** (НАОЗ). Тя управлява, ръководи и контролира медицинската дейност в общественото здравеопазване. Националната агенция е сто процента собственост на държавата и представлява публично предприятие от холдингов тип.

Партньор на Националната агенция за общественото здраве е **Националният институт „Социална здравна сигурност“**. Той управлява и контролира финансовите ресурси на системата, акумулирана в два независими фонда:

1. Национален фонд „Загължително краткосрочно здравно осигуряване“;
2. Национален фонд „Доброволно дългосрочно здравно осигуряване“;

Националният институт „Социална здравна сигурност“ е продължител на дейността и правопреемник на Националната здравноосигурителна каса. Той обединява в единно цяло управлението на паричните потоци както в краткосрочното здравно осигуряване, така и в дългосрочното.

Обществената здравна система обединява шест регионални агенции „Обществено здраве“ в чиито състав влизат 28 обединени болнични заведения. Във всеки икономически регион е развита геостационарна мобилна структура за предоставяне на

Здравната система

неотложно необходима медицинска помощ в рамките на „златния час“. Доболничната медицинска помощ се реализира от 263 групи практики. Управлението, съхраняването и транспортирането на лекарствените продукти и консумативи се извършва от Национален ресурсен склад, който обработва лекарствената информация и дейност в реално време.

Звената в обществената здравна система биват *активни* и *спящи*. Активните реализират лечебна дейност при наличието на пациенти, докато спящите поддържат медицинска готовност. Финансирането на звената в общественото здравеопазване се извършва чрез минимум два компонента – за поддържане на медицинска готовност (за спящите) и за дейност (за активните). Националният институт „Социална здравна сигурност“ – чрез процедурата „квота диагнози“ (продавани на борсов принцип), реализира баланс между търсенето и предлагането на медицински услуги, баланс между публичните и частните финансови ресурси, баланс между обществен и частния интерес. Националният институт „Социална здравна сигурност“ отпуска заеми на лечебните заведения за капиталови разходи от генерираните средства в Националния фонд „Доброволно дългосрочно здравно осигуряване“.

Заключение

Действащият от края на XX век (1999 г.) и началото на XXI век в Република България модел на **„публично-частна здравна система“** доказва своята неефективност. Постепенното увеличаване на броя на израчите в националната здравна система само увеличава хаоса и безредието. Безконтролният и неограничен достъп²⁶ до публичните финанси от организации, реализиращи своята дейност на принципа „for

²⁶ Увеличението на частните болници в периода от 2007 г. (94) до 2012 г. (142) е в размер на 42 броя.

Дискусия

profit”, и увеличаването на броя на частните болници постепенно води до задушаване и заличаване на общественото здравеопазване. Последствията са постепенно свиване и премахване на социалния характер на националната здравна система. Това доказва, че **проблемът е системен**.

Чрез настоящото изследване се цели дефинирането на нова визия за системна структура на националната здравна система. Чрез нея се въвежда ясна разграничителна линия между „**общественото**” и „**частното**”, действащи в едно цяло. Тази ясна разделителна линия създава гарантирани условия за **еволюционно развитие** на националната здравна система във фазата на **„турболентната икономика”**.

Литература

1. Brown, C. & P. Jackson „Икономика на публичния сектор” – адаптиран вариант на Георги Манлиев, изд. “ПъблишСауСет – Агри” ООД, 1998.
2. Jessica, A. Hohman – Miami University (Ohio), Реферат, Вашингтонски университет по медицина, випуск 2007, jrf@www.amsa.org .
3. Смит, А., “Теория на моралните чувства” - цитирано в българското издание на фондация "Фридрих Еберт", София, април 2011 г.
4. Калецки, А., „Капитализъм 4.0 – Раждането на новата икономика след кризата”, „Класика и Стил” ООД, С., 2013 г.
5. Давидов, Б., Хр. Грива, Метод „Среден разход на диагноза” – същност, резултати, Възможности за приложение, Национален център по здравна информация, “Експреспринт”, 2000 г.
6. Радева, В., “Проблемът на свободния лекарски избор през 20-те – 30-те години на ХХ век”, Научни трудове на русенския университет – 2010, том 49, серия 6.2.
7. Димитров, Д., М. Баймакова, Г. Попов, „Разходи за здравеопазване в страните от Европейския съюз за периода 2000 – 2009 г., Икономически и социални алтернативи, бр.3/2012 г., УНСС.
8. Кръстителски, И., “Историческо развитие на здравето осигуряване в България”, Народостопански архив 4/2009 г.
9. Държавен вестник, течение - 1905 г.
10. Фаут, З. и гр., Икономика и социална демократия, Фондация “Фридрих Еберт”, Бюро България, София, април 2011 г.
11. Конвенция 102 на Международната организация на труда(МОТ).
12. Мошанов, С., “Избор на лекаря при общественото осигуряване”, “Възход”, № 7, 1935 г. – 8.
13. Саркози, Н., президент на Франция, доклад пред 40-ия форум в Давос, цитирано в "Ню Йорк таймс", 27 януари 2010 г.
14. Стоянов, В., „Относно диалектиката между държавнополитическото и пазарноикономическото начало”, Висше училище “Колеж по икономика и администрация”, Пловдив – Четвърти годишник, Пловдив, 2007 г.
15. Регламент 1408/71 и Регламент 833/2004 на ЕС.
16. Решение на Конституционния съд № 5 от 29 юни 2000 г.
17. Тулчински, Т., Варавикова, Е. (2004). Ново обществено здравеопазване: Въведение в XXI-ви век. Варна, “Лотос” 23, с. 565.
18. Котлър, Ф., Дж. Каслионе, “Хаотика – мениджмънт и маркетинг в епохата на турболентността”, София 2009, “Локус Пъблишинг” ЕООД, “Абагар” АД.
19. <http://www.bg.wikipedia.org/>;
20. <http://www.eurofound.europa.eu/areas/industrialrelations/dictionary/definitions/solidarityprinciple.htm> .
21. <http://www.nsi.bg/>.