

Икономически и организационни проблеми на здравната система; анализ на състоянието през последните десет години (2008- 2017)

сп. Здравна политика и мениджмънт, 2019 том 18, 1. С.

Проф. д-р Григор Димитров, VUZF Lab

Обща е констатацията на пациенти, медицински специалисти и на голяма част от политиците, че здравеопазването се намира в критично състояние, че системата не работи ефективно, че липсва държавна политика, която да има ново отношение към здравето на хората. Липсва обща концепция и приемственост в дейността на последните няколко правителства провеждане на радикални промени в системата на здравеопазването, която да обединява усилията на държавата, медицинското съсловие и населението за реформиране на здравната система.

Авторът си поставя за цел да представи анализ на състоянието и проблеми, свързани с финансирането и управлението на здравната система, през последните десет години (2008- 2017). За целите на изследването се анализират основните, по-съществени проблеми, които са в основата за неефективните резултати от провежданата през последните години реформа на българското здравеопазване. Считаме, че натрупаните проблеми могат да се обобщят в три големи групи: системни, структурни и морално етични проблеми.(1,2)

В първата група са обособени проблемите от системен характер: Те обхващат проблемите свързани с: финансирането на системата; организацията и управлението на системата; технологичната и кадрова обезпеченост; нормативната осигуреност; ефективността на здравната система.

Втората група включва проблеми, свързани със структурата на основните параметри, които определят състоянието, поведението и развитието на здравната система: съотношение публични и частни средства; дял на средствата от БВП, които се отделят за здравеопазване; дял на средствата от РБ за здравеопазване; структура на изразходваните средства от бюджета на НЗОК; размери на „сивия“ сектор; влияние на демографските фактори.

В третата група са причислени проблемите, които се формират от морално – етичните фактори: отношения между лекар- пациент; отношение на населението към здравната система; равнище на корупция; проблеми свързани с прилагането на основни принципи – солидарност, равен достъп до качествено здравеопазване.

Анализът на основните, по-съществените фактори и причини, които доведоха до сегашното състояние на българското здравеопазване, дава основания да се обобщят така: (1,2,13,14,15)

- ✓ Липсва последователна политическа воля и приемственост за издигане здравето на нацията сред водещите национални приоритети, с цел гарантиране на националната здравна сигурност;

- ✓ Налице е имитация на провеждане на структурна реформа. Липсва обективен предварителен анализ на състоянието на здравната система, не се представя оценка на крайните резултати;
- ✓ Прилагат финансови, организационни и други решения, често инцидентни, без да се отчитат реалните условия, ресурсните възможности и личностната нагласа;
- ✓ Регистрират се високи размери на корупцията в системата. Наблюдава се отсъствие на радикални мерки и поведение на примиряване с тях;
- ✓ Акцентира се на въвеждането на пазарни механизми в здравеопазването, без да се отчитат социалните фактори, което доведе до деформации и недоволство от дейността на здравната и особено от здравноосигурителната система;
- ✓ Отсъства система за мониторинг и ефективен публичен контрол за хода и резултатите от реформата, както и оценка за целесъобразността и ефекта от изразходването на средствата за здравно осигуряване;
- ✓ Подценяват се и се negliжират личностният и обществените фактори при подготовката и провеждането на реформата.
- ✓ Изискванията за компетентност и професионализъм към тези, които заемат ключови позиции в системата, са заменени от политическата им принадлежност.

През периода 2008 – 2017 г., който анализирахме, размерът и структурата на финансовите средства, които се предоставиха за системата на здравеопазването се промениха съществено. По важните фактори, които потвърждават тази констатация са:

На първо място. През периода 2008 – 2017г. се наблюдава устойчив ръст на общия размер на публични средства за здравеопазване.(5) Публичните средства са се увеличили с повече от един милиард и половина лева, или с 53,8% .Динамиката на този процес е показан на таблица1.

Таблица1

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	ръст
	Общо здравеопазване	2 831	2 634	3 008	3 247	3 303	3 540	3 986	3 972	4 086	4 355	53,8%
1.	РБ	921,1	700,4	795,5	877,8	672,8	570,5	590,6	636,8	714,8	701,3	20,5%
1.1.	МЗ	698	524,7	582,6	705,9	469,9	350,5	392	420	450,1	468,6	- 32,9%
1.2.	Общини	207,6	219,2	219,6	139,6	137,7	149,9	157,8	162,2	163,1	177,1	- 14,7%
2.	НЗОК	1 696	1 702	1 979	2 225	2 481	2 716	3 136	3 030	3 194	3 461	73,3%
3	ЕС		1	2,6	2,1	10,2	100,9	101,6	139,9	0,6	2,4	
	% БВП	4,2%	4,0%	4,3%	4,3%	4,3%	4,5%	4,9%	4,6%	4,4%	4,4%	

Доклади за отчета за изпълнението на държавния бюджет на Република България и бюджета на НЗОК за съответните години.

Заедно с това, по наши изчисления, ако се вземат предвид всички средства, които влизат в здравната система за нуждите и за здравето на населението, техният размер няма да е по малко от около 7,5 – 8,5 млрд. лв., което представлява средно за периода

не по-малко от 10% от БВП.(2) Подобно е съотношението в по-голяма част от страните на ЕС. За съжаление, размерът на средствата за сметка на населението е изключително висок - около 45 – 50 %, с тенденция непрекъснато да се увеличава. В страните на ЕС този дял е в рамките на 15 до 18 %. (3,8 и 10)

Анализът на структурата на финансовия ресурс, с който разполага системата на здравеопазване, показва, че в него публичният ресурс заема по-малко от 40% от общия размер на средствата вложени в пазара на здравни услуги. Парадоксалното е, че вниманието на политици и управляващи е концентрирано главно към пазара на здравни услуги, финансирани с публичен ресурс. **Считаме, че обект на реформа и анализ трябва да е състоянието и развитието на целия пазар на здравни услуги, за да настъпят качествени изменения в подобряване на здравето обслужване на населението.** (1,2)

Известно е, че общоприетият критерий за оценка на равнището на разходите за здравеопазване в страните от ЕС е техният дял от brutния вътрешен продукт (БВП). Запазването на сравнително нисък дял на публичните средства за здравеопазване (около 4,5 на сто от БВП за периода) и сравнително ниските темпове на увеличаване на БВП не само не позволиха ефективно развитие на българското здравеопазване, но са и фактор за влошаване на качеството на обслужване на голяма част от населението, за намаляване възможностите за оказване на адекватна медицинска помощ, съобразена с постиженията на съвременната наука. Логично е при тази ситуация да растат и разходите за здравеопазване за сметка на населението, които да компенсират по различен начин недостига от публични средства.

През 2017 г. разходите за здравеопазване в Европейския съюз възлизат на 9,6% от brutния вътрешния продукт. С най-високи дялове от БВП, изразходвани за здраве, са Франция -11,5% и Германия -11,3%. В другия край на скалата са Румъния и България, които имат най-ниските нива на дела от БВП, съответно 5,1% и 4,6%. В тази група са Латвия и Литва - и двете по 6,3%.. Швейцария е с най-голям дял от 12,3% от своя БВП. (3)

Съгласно средносрочната бюджетна прогноза за следващия програмен период дялът на публичните средства за здравеопазване от БВП се ограничава до 4,5%. За съжаление не се предвижда и съществен ръст на средствата в номинално изражение.(4) На таблица № 2 е показана динамиката на измененията на относителния дял на публичните средства за здравеопазване от БВП за този период.

Таблица № 2

Години	2016	2017	2018	2019	2020
% БВП	4,4%	4,5%	4,5%	4,5%	4,5%

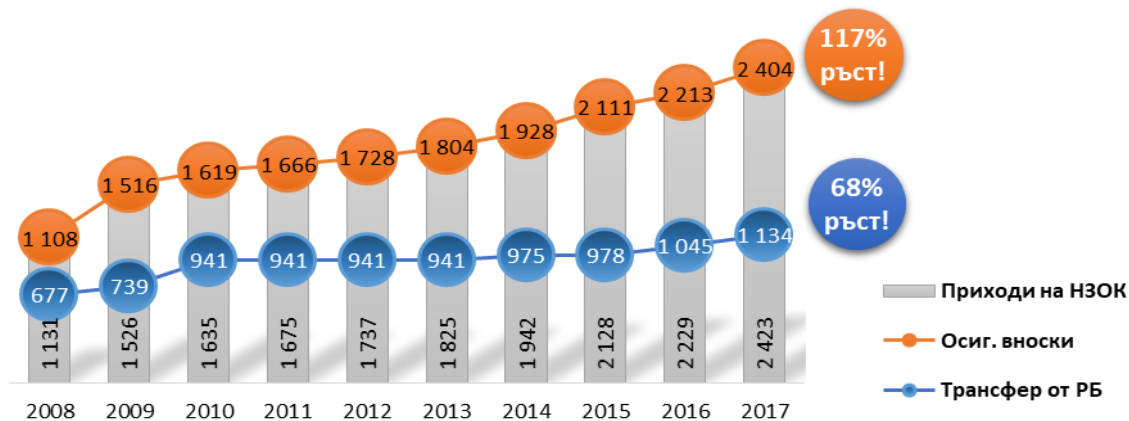
Източник: МФ: Актуализирана средносрочна бюджетна прогноза за периода 2018-2020.

Очевидно е, че бъдещото развитие на здравната и здравноосигурителната система за следващия програмен период ще се развива с условията на съдържане/ограничаване на разходите и провеждане на политики за по-ефективно използване на предоставения

ресурс, с всички произтичащи от това последствия. (2,17) **В тази ситуация не можем да очакваме да се намали делът на доплащанията за сметка на населението.**

На второ място, трайна е тенденцията делът на средствата от здравноосигурителни вноски в общите разходи за здравеопазване да се увеличава. Техният размер нарасна от 59,9 % през 2008г. и достигна 73,3 % през 2017г. В разглеждания период увеличението на размера на средствата за сметка на републиканския бюджет е в рамките до 20%. таблица1. Освен това, показателен е и фактът, че делът на средствата от здравноосигурителните вноски от реалния сектор в общият размер на приходната част на бюджета на НЗОК непрекъснато се увеличава. Делът на здравноосигурителните вноски се увеличава от 57,4 % през 2008 г. до 67.3 % за 2017 г., докато този на трансфера за осигуряваните лица от Републиканския бюджет се запазва и незначително расте за периода.**За изследвания период приходите от здравноосигурителни вноски са се удвоили – ръст от 117%, а тези от трансфери около два пъти по-малко- с 68%.** Тенденциите са показани на таблица 1 и на диаграма1.

Диаграма1



Логично е при тези тенденции да се обобщи, че **увеличението на средствата за здравеопазване през разглеждания период се осигури от:**

- Увеличение на размера на приходите от здравноосигурителните вноски, за сметка на осигурените лица и работодателите.
- Непрекъснато увеличаващия се размер на доплащанията, които прави населението при ползване на медицинска помощ.
- Значителен ръст имат и привлечените средства по различни програми от фондове на ЕС.

Очакваме, че посочените тенденции за финансиране на здравната система през следващите години ще са подобни. Показателни за това са параметрите заложи в средносрочната бюджетна прогноза за следващите програмни периоди.

В този смисъл внушението на управляващите, че държавата непрекъснато субсидира здравноосигурителната система, като „налива“ средства в нея, е несъстоятелно. Държавата реално не субсидира здравната система, не „налива“ средства в нея, а напротив – увеличението на средствата за здравеопазване е за

сметка на постоянно увеличаващите се средства за сметка на населението, осигурените и осигурителите.

На трето място. Наблюдава се трайна тенденция на намаляване на дела на средствата отделени от Републиканския бюджет за финансиране на системата на здравеопазването. Съществува трайна и устойчива тенденция на намаляване размера на средствата, които отделят общините за здравеопазване – от 208 ,6 млн. за 2008 г. на 171,1 млн. лв. за 2017 г. или намаление от около 20%. Подобна тенденция се забелязва и в бюджета на МЗ.(5) Резултатите от тази практика за периода 2012 – 2017 г. са показани в Таблица № 1 и 3. (5,6)

Таблица № 3

хил. лв.

		2012	отн. дял	2013	отн. дял	2017	отн. дял
1.	Общо средства за здравеопазване.	3 303	100%	3 540	100%	4 355	100%
1.1.	РБ	672,8	20,4%	570,5	16,1%	701,3	16,1%
1.2.	НЗОК	2 481	75,1%	2 716	76,7%	3 461	79,5%

Източник: Отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за съответните години

Анализът убедително доказва, че през изследвания период, в резултат на политики провеждани от държавата, се създават условия за формиране на дефицити в здравната система.

Основанията за тази констатация са следните:

1. Въведе се порочна практика средства от здравноосигурителни вноски от бюджета на НЗОК да се отклоняват за нуждите на фискалния резерв, както и за увеличаване на бюджета на МЗ. В резултат неправомерно, без основание и в нарушение на Закона за здравното осигуряване, през периода от 2008 до 2012 г. включително, са отклонени средства от здравноосигурителни вноски в размер на 1,9 млрд. лв., които по години са показани в таблица 4. (5,6)

Таблица4

хил.лв.

Години	2008	2009	2010	2011	2012	общо
Излишък от НЗОК в РБ	426 307	401 761	532 779	*	*	1 360 847
Отклонени за бюджета на МЗ	*	*	*	340 000	100 000	440 000

Източник: Отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за съответните години.

2. Голямата част от дейностите, които се осигуряваха от бюджета на Министерство на здравеопазването до 2012г. се пренасочиха за плащане, за сметка на бюджета на НЗОК. Това се извърши без съгласието на управителните органи на НЗОК и без съответните промени в приходната част на бюджета на касата. В резултат на това бюджетът на МЗ е намалал близо една трета за периода 2008 – 2017 г. (от 698,9 млн.лв. на 468,6 млн. лв.). Особено силно влияние оказва прехвърлянето към НЗОК на разходите за хемодиализа, спешна помощ и особено на лекарствените средства за редки и онкологични заболявания. Относителният дял на средствата за осигуряване на тези дейности в бюджета на бюджета на НЗОК непрекъснато се увеличава и за 2017г. достигна около 15%. Наблюденията показват, че техният дял непрекъснато ще се

увеличава през следващите години.

Тази политика по същество разшири приложното поле на пакета от здравни дейности, в рамките на разполагаемия ресурс. Това наложи реструктуриране на разходите на касата и логично се стигна до преразглеждане на финансирането на дейности, особено извънболничната дейност, за да се осигури нужният ресурс за новите дейности.(1 и 2)

3.В продължение на четири години от 2010 до 2013 г. включително, общият трансфер от Републиканския бюджет към бюджета на НЗОК за здравноосигурителни вноски на лицата, които се осигуряват от държавата (пенсионери, ученици, безработни и др.), се запазва в постоянен размер от 941.1 млн. лв., въпреки промените в показателите, по които се определя размерът на здравноосигурителните вноски на тези лица. (6)

4.Анализите категорично показват, че размерът на здравноосигурителните вноски за осигуряваните от държавата лица не съответства на разходите, които се правят за тяхното медицинско обслужване. Това е най рисковата група здравноосигурени лица по отношение на заболяемостта, за която се изразходват не по-малко 60% от бюджета на здравната каса, докато размерът на внасяните за тях средства е около 35% от бюджета на касата. Този подход продължи и за 2019 г. - средната месечна здравноосигурителна вноска за цялата тази група е около 29,70 лв., а вноската за осигурените от реалния бизнес е около 85.7 лв..Нейният размер се увеличава през годината в резултат на преизпълнение на приходите от здравни вноски.(7)Подобна политика генерира дефицити и негативно отношение от тези, които се осигуряват коректно.

5.Въпреки големия обществен интерес и очевидната необходимост от спешни мерки, не се разработи държавна политика и конкретни действия за намаляване на броя на здравнонеосигурените лица. Липсва механизъм и условия за осигуряване на медицинското обслужване на тези лица, а лечението на този контингент продължава да се извършва за сметка на средствата на здравноосигурените лица. По тези причини финансовото състояние на много от здравните заведения е критично, акумулират се и се натрупват непрекъснато голям брой задължения към доставчиците на лекарства, консумативи и материали.

6.Натрупани са сериозни дефицити в здравната система и главно в заведенията за болнична помощ. Към 30.06.2018г. задълженията на болниците са в размер на 456,5 млн. лева, от които 140.6 млн. лв. са просрочени. По вина на собственика – МЗ – липсва прозрачност и отчетност за техния размер, не се прилагат последователна политика за оздравяване на болниците с големи задължения, липсва информация за мерките, които са взети за ограничаване на тези проблеми. От години се създава практика малкият и среден бизнес предварително да финансира снабдяването на болничната мрежа с лекарства и особено с консумативи, като понася всички щети от произтичащи от просрочието на поетите към тях договорни задължения. Тази ситуация се приема от държавата за „нормална“ и не търси отговорност от лицата, които системно създават необосновано големи задължения към доставчиците и към тези, които носят отговорност за тяхната дейност.

В резултат на посочените и други политики на държавата се генерира загуба на доверие от осигурените лица за съдбата на направените от тях вноски за здраве, което води до липса на интерес при внасянето на реалния размер на дължимите от тях здравноосигурителни вноски, както и до формиране на негативно отношение към осигурителната институция.

През разглеждания период се установи трайна и негативна тенденция на съотношението между публични и частни разходи за здравеопазване. В последните години това съотношение устойчиво се променя в посока непрекъснато увеличаване на разходите повече за сметка на частния сектор (на домакинствата и отделните лица), отколкото за сметка на разходите от публичните средства. Увеличаващите се финансови разходи на системата на здравеопазването все повече са за сметка на лични средства на потребителите, вместо по-голямата част от тях да се поемат от публичните средства, така както е в европейските страни. От години в докладите на Световната банка и ЕК се предупреждава, че България е с най-висок дял на плащанията със собствени средства, като процент от общите разходи за здравеопазване. (8,9)

Съотношението на публични към частни разходи през 2002 г./начало на реформиране на системата/ е било 61 % към 39 %, и достига до съотношение 51 % към 49 % през 2017 г.(3,8,9) Считаме, че достигнатите равнища на това съотношение, при предвидените за следващия период публични средства, не само няма да се ограничи, но тенденцията ще е в посока непрекъснато увеличаване на разходите на населението.

Както отбелязахме, ако се вземат предвид всички средства, които влизат в здравната система за нуждите и за здравето на населението, техният размер няма да е по малко от около 7,5 – 8,5 млрд. лв.. В тези средства, публичните средства за 2016г. са 4,1 млрд. лв., а т.н регламентирани доплащания за сметка на населението, са в размер не по малко от 3,5 млрд. лв..(13) Уточняваме, че не са включени неофициалните, нерегламентирани плащания на пациентите, за които, по понятни причини, няма установена отчетност. По данни на неправителствени организации техният размер е около 1,5 до 2 милиарда лева.

Кои са основанията да посочим този размер на средствата, които са за сметка на населението?

1. Анализът на данните предоставени от НСИ – Здравни сметки в таблица 5 показва, че размерът на доплащанията от домакинствата за лечебни и рехабилитационни услуги за 2016г. е 853,2 мил. лв., или 23% от общите разходи за лечебни и рехабилитационни услуги. Ако към това прибавим и разходите за лекарства за сметка на населението от 2 759,2 хил.лв., посочени в таблица 5а, **общият размер на плащанията за здраве за сметка на населението за 2016г. е в размер на 3 412,2 хил.лв.** Публичните средства за тази година са посочени в таблица 1 и са в размер на 4 086 хил.лв.. Следователно средствата за сметка на населението са около 51% от общите разходи за здравеопазване от публични и частни средства за 2016г. Отново отбелязваме, че в тези средства не са включени неофициалните, нерегламентирани плащания.

Таблица5

хил. лв.

		2011	2012	2013	2014	2015	2016
	Разходи за лечебни и рехабилитационни услуги	2 820,0	3 146,3	3 144,0	3 469,3	3 463,8	3 672,8
1.	Задължителни схеми за финансиране	2 125,5	2 238,8	2 336,5	2 655,8	2 623,8	2 793,5
1.1.	министерства и ведомства, общини	556,5	381,5	323,0	317,8	338,1	371,9
1.2.	НЗОК и НОИ	1 569,0	1 857,2	2 013,5	2 338,0	2 285,6	2 421,6
2.	Доброволно здравно осигуряване,	16,3	17,3	14,8	20,1	23,6	26,1
3.	Домакинства - индивидуални разходи	678,1	890,3	792,6	793,4	816,4	853,2

НСИ – Здравни сметки

2. Данните на НСИ – Здравни сметки за разходите за здравеопазване за периода 2011 – 2017г. показват, че разходите на домакинствата за болнични нужди са в диапазона 369,6 млн. лв. за 2011г. до 328,3 млн. лв. за 2017г.. Относителният дял на разходите на домакинствата в текущите общи разходи за болничните заведения за същия период е намалял от 17,5 % на 12,4 %, като през последните при години има трайна тенденция на увеличаване на номиналния им размер. По данни на сайта Клиника за 2017г. регламентиранията доплащания в болничната сфера са 384.85 млн. лв. и 15% от всички приходи. Спрямо предходната година въпреки нарастването на средствата от касата за болнична помощ увеличението на доплащанията е значително - 17% .Около 51% от доплащанията са извършени в частните болници. В частните болници постъпват 31% от общите приходи в болничния сектор, от тях 197 млн. лв. или 25% са доплащанията за сметка на пациентите. При държавните и частните болници приходите са над 1.74 млрд. лв. в 199 лечебни заведения. Официалното доплащане е било 187 млн. лв. или 11% от всички приходи в тях.

3.Рязко нарастват плащанията за оказване на платена извънболнична помощ – за периода средствата за сметка на населението за този вид здравно обслужване са се увеличили от 303,6 на 525 млн. лв., повече от 1,7 пъти.

4.Общите разходи за сметка на населението за лекарства, медицински материали, оптика и други медицински изделия за периода 2011 - 2017 г., са се увеличили един и половина пъти – от 2 366,8 на 3 375,0 млн. лв.. Техният дял в общите продажби достига до 81,6 %.

Таблица5а

млн. лв.

		2011	2012	2013	2014	2015	2016
	Разходи за лекарства и медицински изделия - общо	2 366,8	2 482,2	2 733,8	3 015,8	3 138,4	3 375,0
1.	Задължителни схеми за финансиране	524,6	484,4	553,4	644,8	597,8	615,8
1.1.	министерства и ведомства, общини	-	-	-	-	-	-
1.2.	НЗОК и НОИ	524,6	484,4	553,4	644,8	597,8	615,8
2.	Доброволно здравно осигуряване,	-	-	-	-	-	-
3.	Домакинства - индивидуални разходи	1 842,3	1 997,8	2 180,4	2 371,0	2 540,6	2 759,2

НСИ Система на здравни сметки

Анализът на данните показва и друга крайно негативна тенденция. През периода на реформиране на здравната система непрекъснато се отчита, че в общият размер на разходите на домакинствата се увеличава дялът на плащанията със собствени средства за здравеопазване. Техният размер устойчиво нараства в годините на реформата – от 3% през 1999 г. достига до 5,7 % през 2017 г., или почти двойно увеличение за периода. Дялът на тези разходи в страните членки от ЕС е средно около 3%

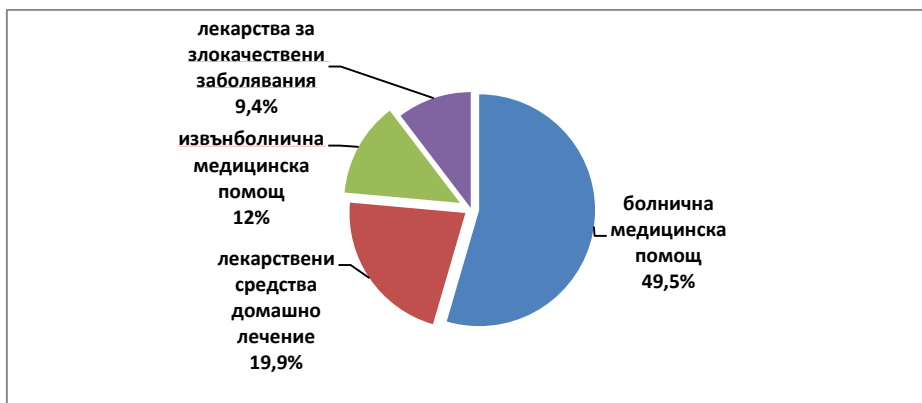
Тревожен е фактът, че за същия период разходите за храна на домакинствата са се увеличили само с 19 % , като техният дял в структурата на разходите е намалял от 36,6 % на 33,2 %. Освен това в структурата на разходите на домакинствата дялът на разходите за алкохол и тютюневи изделия е близък на този на разходите за лекарства. Тази тенденция е трайна и се задълбочава. **Логично следва изводът, че намалението на дела на разходите за храна в бюджета на домакинствата и на лицата е за сметка на увеличените плащания за лекарства, лечение, прегледи и други медицински услуги.** Не се нуждае от доказателство фактът, че тези тенденции „помагат” за увеличаване на разходите за здравеопазване.

Големият размер на плащанията със собствени средства и очертаните перспективи за тяхното запазване поставят сериозни въпроси относно възможността определени групи от населението да имат достъп до качествено здравеопазване и адекватни медицински грижи. Считаме, че в близка перспектива тази възможност ще се ограничава, което ще доведе до отказ на лечение не само на маргиналните групи, но и на големи групи от населението.(8,9)

Липсата на последователна политика за повишаването на ефективността от предоставените средства за здравеопазване, наличието на лобиски и други интереси, създадоха условия структурата на разходите от бюджета на здравноосигурителната система да е силно деформирана, в сравнение на тази в страните на ЕС. Анализът на структурата на здравноосигурителните плащания през периода показват следните тенденции:

- Дялът на средствата за болнична помощ се запазва около 49,8%, при средни равнища в ЕС от около 30%.
- Разходите за лекарства достигат до 30% за 2017г., при средно равнище за страните от ЕС 15- 18%.
- Дялът на средствата за извънболнична дейност се запазва около 12- 13%, при 25 -26% за ЕС.
- Тази структура на здравноосигурителните плащания се възпроизведе и в бюджет 2019г.

Структурата на разходите на здравноосигурителната система през 2017г. е показана на диаграма 2.(б) Подобна е структурата на извършените здравноосигурителни плащания през последните години. Утвърди се тенденцията разходите за българското здравеопазване са концентрирани в болничната помощ и разходи за лекарства. Те заемат повече от 80% от направените здравноосигурителни плащания за анализирания период, при средни стойности за подобни дейности в страните с ефективно здравеопазване от ЕС от около 45- 50%.(3,8 и 9)



Източник: Отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2017г.

Посочените данни в таблица 6 за извършените разходи през анализирания период по различните направления на здравноосигурителните плащания убедително показват, че посочените тенденции са устойчиви и се задълбочават, в резултат на което се деформира структурата на разходите на здравния сектор и се създават условия за ниска ефективност и ефикасност на здравните услуги. (5,6) По тези и други причини е недоволството на населението от дейността на здравната система.

Таблица 6

ХИЛ.ЛВ.

Години	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	за периода
ЗОП	1656,0	1661,0	1992,8	2186,9	2442,1	2678,8	3094,8	2988,9	3148,1	3415,1	106,2%
ПИМП	131,2	123,5	155,4	158,5	166,9	175,9	178,8	185,1	186,9	198,9	51,6%
СИМП	140,3	133,2	160,4	163,0	188,0	185,0	197,8	204,2	205,4	218,6	55,8%
дентална помощ	77,0	77,5	97,3	97,0	104,5	112,8	113,9	122,1	117,8	159,8	107,5%
медико-диагностична дейност	53,5	57,1	61,9	65,5	70,2	66,8	69,8	72,4	74,2	79,4	48,4%
ЛС за дом. лечение	295,5	325,6	366,1	534,5	484,1	553,3	629,2	641,2	615,1	697,7	136,1%
ЛС за злокачествени заболявания					112,9	157,4	214,7	246	285,1	336,1	197,7%
Болнична помощ	957,2	930,0	1 084,9	1 216,2	1 390,6	1 340,7	1 535,7	1 461,8	1543,9	1 695,5	77,1%

Източник: Отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за съответните години

Разходите за болнична помощ неоправдано и без особен ефект за здравния статус на населението се увеличават през последните години. За периода от 2008 до 2017 г. плащанията на здравната каса за болнична помощ имат ръст от 77,1%, което в номинално изражение е около 750 млн. лв. увеличение. (5,6,10) Данните от Годишните доклади за здравното състояние на нацията показват, че не са настъпили особени промени в качеството на обслужване и здравния статус на населението.(18)

Основните причини за тази ситуация според нас са следните:

- ✓ Разкриването на голям брой лечебни заведения се извърши без да се отчетат от управляващите медицинските потребности, заболеваемостта на населението в

региона, наличието на други работещи лечебни заведения за болнична помощ на същата територия и особено с наличния потенциал от медицински специалисти.

- ✓ Необосновано високият брой на лечебните заведения създаде условия за свъхпредлагане на медицински услуги и дейности. За новооткритите болници се въведе механизъм на автоматизъм за задължително финансиране от НЗОК. Това доведе до рязко и неоправдано повишаване на размера на средствата, които се отделят от бюджета на НЗОК за болнична помощ.
- ✓ Налице е свръхконцентрация на разположението и финансирането на болничната помощ. В резултат на това се задълбочават диспропорциите в разпределението на средствата за болнична помощ по региони и, оттам – в качеството на медицинското обслужване в тях. За 2017г. около половината от общите средства за болнична медицинска помощ на НЗОК се изразходват в областите София-град и Пловдив, като само за София-град са 32 на сто. В седем области (София, Пловдив, Варна, Бургас, Плевен, Стара Загора и Пазарджик) са концентрирани 71 на сто от средствата за болнична помощ.(6)
- ✓ Подобно е и положението с разпределението на разходваните средства на НЗОК по болници. Около 10 на сто от бюджета на НЗОК за болнична помощ за 2017г. се отделят за две болници от общо 367, с които касата е сключила договор. Една-четвърт (25 на сто) от средствата на НЗОК за болнична помощ се усвояват от 10 болници, една-трета (33 на сто) – от 16 болници, а по-малко от 10 на сто от всички болници (30 болници) усвояват половината от бюджета на Касата за болнична помощ.
- ✓ Делът на частните болници се е увеличил от 19,8% за 2008г. на 31,1% за 2017г, а този на държавните и на общинските болници е намалял съответно с по около 4,5% за същия период. Голяма част от общинските болници са пред фалит и не могат да изпълняват пълноценно своите функции.

Трайна е тенденцията през анализирания период разходите за извънболничната помощ да са подценени и неоправдано ограничавани. За извънболничната помощ общо се отделят средно 13% от бюджета на НЗОК, докато в страните от ЕС този дял е 25 - 30%. В страни като Чехия и Дания този вид разходи са почти една трета от общите разходи за здравеопазване, а за Белгия и Естония са около една четвърт. Средствата за извънболнична помощ се разпределят съответно за първична помощ – около 6%, и за специализирана – не повече от 8% и в динамика е показано на таблица 7. Увеличението на средствата за извънболнична помощ за последните десет години показва ръст около 50%, докато разходите за болнична помощ и особено за лекарствата (136%) са се увеличили значително повече

Таблица 7

хил.лв.

Година	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ПИМП	131,16	133,20	155,44	158,45	166,87	175,67	178,80	185,11	186,87
СИМП	140,30	133,20	160,36	163,01	187,99	184,98	197,80	204,23	205,35
Общо ИБМП	271,46	266,40	315,80	321,46	354,86	360,651	376,60	389,34	392,22
Отн. дял	16,4%	16,2%	15,8%	14,7%	14,4%	13,5%	13,2%	13,0%	12,4%

Източник: Отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за съответните години.

Данните показват, че от 2008 г. има тенденция на трайно намаляване на дела на средствата за извънболнична помощ спрямо общите здравноосигурителни плащания, въпреки незначителното абсолютно нарастване на техния размер. Това се дължи на преразпределителните процеси в разходната част на бюджета на Здравната каса, наложили се поради пренасочване на средства от бюджета, както и от прехвърлянето на финансови дейности от МЗ за сметка за бюджета на Касата, без да се осигури необходимият финансов ресурс.

Провеждането на подобна политика, както и липсата на необходимия финансов ресурс и капацитет за нея, създадоха условия за две устойчиви тенденции при обслужване на населението:

- значителен брой пациенти да се пренасочват в болнични заведения за решаване на техните медицински проблеми, вместо да се лекуват с помощта на извънболничните грижи. По тези причини размерът на хоспитализациите се увеличи около 2 пъти, при увеличени разходи за здраве и намаление на населението с около 500 хил.души.
- рязко нарастват плащанията за оказване на платена извънболнична помощ . Средствата за сметка на населението за платена помощ през посочения в таблица период са се увеличили повече от 1,7 пъти.

Анализът на разходите за лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за периода 2008–2017 г. позволява да се направят следните изводи: (11) Данните са показани в таблица 7 и 8.

Таблица 8

	ХИЛ.ЛВ.										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	за периода
ЛС за дом. лечение	295,5	325,6	366,1	534,5	484,1	553,3	629,2	641,2	615,1	697,7	136,1%
ЛС за злокачествени заболявания					112,9	157,4	214,7	246	285,1	336,1	197,7%
Общо	295,5	325,6	366,1	534,5	597	710,7	843,9	887,2	900,2	1033,8	

Източник: Отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за съответните години

- Трайна е тенденцията на нарастване на абсолютния размер на средствата, отделени за лекарства за домашно лечение. За периода средствата са увеличени почти два и половина пъти- от 295 млн. лв. за 2008 г. достигат до 697,7 млн. лв. през 2017г.
- Относителният дял на тези средства за лекарства в общия размер на здравноосигурителните плащания постепенно се увеличава от 17,8% за 2008 г. и достига до около една трета от плащанията – увеличение около 2 пъти.
- За осигуряването на необходимите средства се разчита на преразпределение на определените със закон бюджетни средства.
- Анализът на изразходваните средства за лекарствени продукти за злокачествени заболявания показва, че те са се увеличили почти три пъти спрямо 2012 г. за последните 5 години. Нещо повече, този разход е достигнал до около 10% от

общите здравноосигурителни плащания и се равнява на почти една трета от общите разходи за лекарствени продукти. Тази тенденция продължава да е устойчива.

- Данните показват, че три РЗОК (Пловдив, София и Варна) обхващат лечебните заведения, използващи около 80% от ресурса, разходван за лекарствени продукти за злокачествени заболявания.
- По мнение на специалисти, големият проблем в тази сфера е липсата на контрол над клиниките и на реална информация за ефекта от проведената терапия. Липсват конкретни данни за резултатите от лечението на пациентите.
- Не се прилагат нови иновативни решения за решаване на тези проблеми, липсва система за ефективен контрол и търсене на отговорност.

Анализът показва, че основните рискове и предизвикателства, които влияят върху ефективността на здравната система през анализирания период могат да се обобщят:

- Бюрократията, корупцията и политическата нестабилност са едни от най-големите пречки за повишаване на ефективността на всички нива на здравната система.
- Няма критерии за оценка на ефективността от използвания публичен ресурс, за обвързване на предоставения ресурс с изисквания за определено качество на медицинско обслужване и стимули за повишаването му.
- Въпреки, че един от основните фактори за осигуряване на стабилност, сигурност и предвидимост на здравноосигурителната система е да се извърши реално остойностяване на основния пакет от здравни дейности, който да се гарантира с бюджета на НЗОК тази дейност непрекъснато се отлага.
- Липсва значима корелация между крайните здравни резултати при обслужването на пациентите и направените за това разходи. Независимо от драстичното увеличение на разходите за здравеопазване, здравният статус на българина не търпи съществени изменения.(18) Практика е средствата, които предоставя НЗОК, да се „усвояват”, без да се следи и отчита постигането на предварително зададени изисквания и критерии за качество.
- Забавя се въвеждането на електронното здравеопазване. Провалят се търгове и обществени поръчки. Електронизацията на системата не се разглежда като решаващ фактор за подобряване на ефективността на здравната система, за осигуряване на по-голяма прозрачност в дейността ѝ, за повишаване на качеството и контрола върху оказваните медицински услуги.
- Липсва стабилност на нормативната уредба. Продължава от години практиката промените в здравното законодателство да са „на парче”, без необходимия предварителен, цялостен, добре аргументиран и приет с консенсус от заинтересованите страни анализ и систематизация на нерешените и/или незадоволително решени проблеми. Тази практика се използва и при проекта за бюджет на НЗОК за 2019г., в който се предложиха, без обсъждане и оценка на въздействието, кардинални промени на повече от 16 закона.

- Липсва последователна политика по подготовката, използването и развитието на медицинските кадри. Съществуват и се задълбочават деформациите в структурата, броя на специалистите по отделни специалности и териториалното разпределение на квалифицираните медицински кадри. Липсва анализ, който да показва как ще изглежда осигуреността на здравната система с медицински кадри през следващите 10 години.

В обществената дискусия по проблемите на здравеопазването надделява и се утвърждава мнението, че системата автоматично ще заработи по-добре, ако се осигурят достатъчно финансови средства. Поддържа се тезата от експерти и особено от политици, че привличането на голям финансов ресурс е главният фактор за осъществяване на успешна реформа. Във всички страни от ЕС се наблюдава постепенно нарастване на разходите за здравеопазване, в резултат на растежа на БВП. Заедно с това в тези страни акцентът за размера на разполагаемите и за предоставените ресурси все повече се премества от количеството на предоставените ресурси за здравеопазване към получените резултати от извършената дейност на системата, т.е. вниманието се насочва все повече към обвързването на „входа” и „изхода” на системата.(13,14) По наше мнение, принципно погрешно е предложението да се инвестират допълнителни средства в здравеопазването, преди да се създадат условия и да се гарантира, че потребителите ще получават по-качествена услуга. При подобен подход ще продължава да се възпроизвежда сегашното действие на системата, тя отново ще е неефективна в постоянен и хроничен дефицит, а пациентите и медицинското съсловие – все повече ще са недоволни.

Считаме, че преди да се определи какъв ще е моделът на здравната система и да се пристъпи към неговото внедряване трябва да се извършат няколко неотложни задачи:

- предварително реално остойностяване на пакета от здравни дейности. Преостойностяване на всички клиничните пътеки с цел преодоляване на натрупани деформации при определяне на ценовите равнища;
- остойностяването на лекарския труд ще създаде условия по-голяма прозрачност в системата, мотивация на медицинските специалисти, особено на младите лекари и на медицинските сестри;
- реалното остойностяване ще позволи да се направят **актюерски разчети, с които да се определи в каква степен с разполагаемия финансов ресурс се покрива утвърдения от Министъра пакет от здравни дейности, без да се доплаща от пациентите.** На тази основа може надеждно да се определи характера и следващите стъпки на реформиране на системата.
- електронизация на здравната система, като неразделна част от електронното правителство. Въвеждане на Национална здравна информационна система (НЗИС), както и на електронните услуги в сферата на здравеопазването: е-рецепта, е-направление, електронно досие;
- да се определи реалната здравноосигурителна вноска, която трябва да прави държавата за осигуряваните от нея лица;

- разработване на лекарствена политика, която да позволи рационални решения за ефективно използване на ресурса за лекарства и особено за социално-значими заболявания;
- да се намерят спешно решения за здравнонеосигурените лица по цялата верига – идентифициране, регистриране, медицинско обслужване.

От особена важност е постигане на консенсус между политическите сили, потребителите и медицинското съсловие с цел осигуряване на приемственост и последователност в разработването и утвърждаването на бъдещата архитектура и съдържание на здравната система. След постигането на обществено съгласие за промените и целите, и особено след изясняването на модела на здравно осигуряване, следва да се направят, на базата на актюерски и други методи, реални разчети за потребността от необходимите ресурси – финансови, кадрови и материално-технически.

Използвана литература:

- 1.Димитров Гр., Организация и финансиране на здравеопазването, ВУЗФ, С., 2014.
- 2.Димитров Гр.,Рискове и предизвикателства при реформиране на здравните системи. ВУЗФ, С., 2018.
- 3.Health at a Glance:Europe 2018.State of health in the EU cycle.
- 4.МФ: Актуализирана средносрочна бюджетна прогноза за периода 2018 - 2020.
- 5.Доклад за отчета за изпълнението на държавния бюджет на Република България.
- 6.Годишен отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК.
- 7.Проект за Закон за бюджета на НЗОК за 2019. Мотиви.
- 8.Доклад на Световната банка. Сметчаване на икономическото въздействие на застаряването на населението:Възможни варианти за България.С., 2013.
- 9.ЕК Доклад за България за 2018 г., включващ задълбочен преглед относно предотвратяването и коригирането на макроикономическите дисбаланси.
- 10.НЗОК: Анализ за договарянето на болничната помощ за 2013 – 2017.
- 11.НЗОК: Анализ на разходите за лекарствени продукти и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение, за периода 2014 – 2017.
- 13.Димитров, Гр. Тезата „ демонополизация на НЗОК “,сп. Здравна политика и мениджмънт, 2017 том 18, N. 4. С.3 -7.
- 14.Петрова,Зл. Димитров,Гр., Предизвикателства и решения за промени в управлението и финансирането на здравноосигурителната система. сп. Здравна политика и мениджмънт, 2017 том 17, N. 3.с.32-38.
- 15.Петрова Зл. Генов Стр.,Димитров Гр.,Коларов Р.,Управление на договорния процес в условията на задължителното здравно осигуряване.изд.Принт 2017г.с.204
- 16.Димитров, Гр. Финансиране на здравноосигурителни системи – проблеми, предизвикателства, решения ,сп. „Панорама на труда“.201, кн. 9-10,с 27-62.
- 17.Чамов К., Маркова К., Спиридонов. С.Здравеопазване в условията на икономическа криза: Последници и вариантни решения. сп. Здравна политика и мениджмънт. Том 14, No 3, 2015.
- 18.Годишен доклад за състоянието на здравето на нацията.

19.НСИ – Система здравни сметки
20.Здравна статистика. НЦОЗА.

Адрес за кореспонденция
проф. Григор Димитров ди
ВУЗФ
VUZF Lab
БСК
gr_dim@abv.bg