

Глава 4

ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ

След усвояване на материала в тази глава Вие ще можете:

- Да определите каква е системата за финансиране на здравеопазването в България в условията на планово стопанство и при смесено стопанство;
- Да разграничавате начините за финансиране на здравеопазването в България;
- Да се запознаете със структурата на здравните разходи;
- Да научите как се финансират обществените и частните сектори в здравеопазването;
- Да разберете проблемите във финансирането на здравеопазването на България.

1. Финансиране на здравеопазването в условията на планово стопанство

Съществуващата повече от 40 години система за финансиране на здравеопазването в България се отнася към **бюджетните системи** типични за здравната система тип **Семашко**.

До 1989г. здравеопазните дейности в България се финансират, централно контролират и произвеждат изцяло от държавата. **Бюджетното финансиране (включващо смес от републикански и местни бюджети**, последните от които не притежаваха автономност) доминира в общите здравни разходи (без разходите на насе-

лението за медикаменти), които варират в диапазона 3,9-4,1% от съвкупния обществен продукт през 80-те години.

В същия период (от 1981г) е експериментиран т.н. „**икономически механизъм**“ в регионалните здравни организации в Пловдив и Стара Загора, както и в цялата система на ХЕИ. **Една от целите е да се осъществи по-обективно разпределение на обществените финансови ресурси** на основата на единни финансови нормативи, но тя не се реализира. Запазва се недобре аргументирания подход за финансиране на структури на базата на достигнатото ниво и бюджетните възможности. **Друга цел е да се разшири базата на „собствените“ извънбюджетни и преотстъпени от бюджета приходи** главно от сключени договори с организации. Единствено в стоматологичната дейност и в системата на ХЕИ е отбелязано по-реално завишаване (10-20%) на собствените приходи. **Трета цел на икономическия механизъм е да се въведе по-голяма икономическа самостоятелност в ресурсното и финансовото управление и да се постигне обвързаност с поставени планови задачи за дейност и резултати.** Отчита се реално завишаване (или индуцирано от лекарите търсене?) на дейността, но не и подобряване на здравното състояние на населението. Тук трябва да се има предвид, че и двата региона са промишлено развити и с доста вредности и рискове за здравето (Гладилов и кол. -1989).

Вторият начин на финансиране, който е слабо застъпен в този период е **директно заплащане от: пациенти** (за медикаменти за домашно лечение и зъбопротезни материали) **и организации, с които здравните заведения сключват договори** за платено медицинско обслужване. Цените на медикаментите и консумативите от внос са субсидирани от държавата. Съответно ниските цени обуславят дефицит на ефикасни вносни лекарствени средства. Също така те не осигуряват достатъчно средства за научно-експериментална дейност на фармацевтичните ни заводи и за задоволяване на критериите за добра производствена практика.

Третият начин на финансиране е **заплащане от работодателя** за медицински услуги на работещите лица и трудова медици-



на. Неговата количествена оценка в рамките на общите финансови средства е напълно неизвестна. Формите, в които се реализира са две: широко разпространената форма на издръжка на материалните и стопанските разходи на цеховите (заводските) здравни служби; по-рядко срещана форма на поемане на цялостната издръжка. Например към туристическите комплекси бяха открити собствени здравни центрове. Големите заводи и организации (напр. АЕЦ, Кремиковци) също поддържаха собствени здравни служби.

В същия период **разпределението на здравната помощ** се осъществява според критерия за равенство – бесплатно здравеопазване за всички, но определени категории лица (напр. активни борци срещу фашизма) се ползват с привилегии. Финансовите ресурси за здравна помощ се разпределят териториално и по видове здравни заведения въз основа на **централни и насрещни планове за дейност и ресурси**. В крайна сметка е създадена една ширококоразгърната здравна мрежа с много персонал и болнични легла, с многобройни и дублиращи се структури, но с ниско технологично равнище и с остаряваща база.

Безплатните и частично платимите лекарствени средства и други продукти за амбулаторно лечение и използване се **разпределят по няколко критерия**: защита на нискодоходните категории, защита на майчиното и детското здраве, защита на хронично болни и инвалиди, права на политически привилегировани категории.

2. Финансиране в условията на смесено стопанство

Системата за финансиране на здравеопазването в периода на преход (1989-2000 г.) към **смесено пазарно стопанство** запазва своя **бюджетен характер** поради доминиращата роля на бюджетното финансиране. За разлика от предходния период обаче централизацията на бюджетния процес се заменя с форми на фискална децентрализация с повишаване ролята на общините при управлението на здравните бюджети. Освен това се разширява директното



заплащане за здравни услуги в новосъздадения частен сектор, както и в обществените здравни заведения. След 1999 – 2000 г., когато се правят основните стъпки на **здравната реформа**, системата за финансиране се определя като **смесена с разширяваща се роля на здравното осигуряване** и свиване дела на бюджетното финансиране.

2.1. Бюджетно финансиране

Бюджетното финансиране запазва своята водеща роля в здравеопазването от 1989г. до 2000 г., поради което системата за финансиране остава почти неизменна. Съгласно чл. 52, т.1 от новата Конституция на Република България, „Гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон“. След въвеждането на задължително здравно осигуряване управлявано от НЗОК, делът на бюджетното финансиране започва да намалява постепенно докато през 2006 и 2007 години то заема по-малко от половината от обема на публичното финансиране (табл. 4).

В условията на икономическа рецесия (90-те години на ХХ век), значението на този вид финансиране **реално и относително се понижава особено с развитието на другите източници на финансиране**. Според оценки на Световна банка делът на бюджетните здравни разходи е 82% от всички здравни разходи през 1991г. С въвеждането на валутен борд този начин на финансиране заедно със социалното здравно осигуряване се рамкира ежегодно (в % от консолидираната фискална програма и в % от БВП) при споразумения с мисиите на МВФ. Поради нараснали други нужди от публично финансиране (например привеждане на отбраната към критериите на НАТО, изграждане на административен капацитет в държавната администрация за присъединяване към ЕС, дефицити на пенсионната система и т.н.) не се изпълниха предвидените с двете национални здравни стратегии увеличения на публичните



здравни разходи. Според наши оценки (табл. 5) бюджетното финансиране в началото на здравната реформа – 2000 г. съставлява 61 % от общите здравни разходи, а през 2005 г. е само 22%.

Бюджетното финансиране се осъществява предимно **под формата на държавни, общински субсидии, извънбюджетни сметки** (за известен период от време) **и извънбюджетни фондове**, разкривани към МЗ. През 2004 г. и 2005 г. Министерството на здравеопазването въвежда нов публичен мениджмънт в бюджетното финансиране. Разработва методики за **субсидиране за извършена дейност** на преминал болен по диагнози оставащи извън пакета на НЗОК. Субсидирането има за свой обект болниците с над 50% обществено участие като се сключват договори с тях. От 2006 г. НЗОК става основен източник за финансиране на болниците.

Всички бюджетни здравни и лечебни заведения в системата на здравеопазване се финансират на **принципа „нето бюджет“**, т.е. те могат да генерират и други приходи – например от договори с НЗОК, от доброволни фондове, от такси, фирми и организации, пациенти и т.н. Частните търговски дружества се финансират главно от собствени приходи, а тези с над 50% обществено участие от субсидии и собствени приходи.

Бюджетното финансиране покрива чисти публични блага като обществената профилактика и държавния здравен контрол, държавната здравна администрация, както и смесени публични блага като персонални медицински услуги извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на българските граждани:

1. медицинска помощ при спешни състояния;
2. акушерската помощ за всички здравно неосигурени жени, независимо от начина на родоразрешение, по обхват и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването;
3. стационарна психиатрична помощ;
4. осигуряване на кръв и кръвни продукти;
5. трансплантация на органи, тъкани и клетки;
6. задължително лечение и/или задължителна изолация;



7. експертизи за степен на увреждания и трайна неработоспособност;

8. заплащане на лечение за заболявания по ред, определен от министъра на здравеопазването;

9. медицински транспорт по ред, определен от министъра на здравеопазването.

Бюджетното финансиране се осъществява на две нива : **централно и общинско. Взаимоотношенията между тези две нива** преминават през няколко последователни фази на **либерализация и децентрализация на разходите за социални нужди и здравеопазване** след приемане на Закона за местното самоуправление (1991). След включване на новия начин на финансиране – НЗОК от 2000г. се наблюдава постепенно прехвърляне на финансови отговорности от общините и държавата към НЗОК.

Централното финансиране заема около 87% от всички бюджетни средства за 2007г. Включва бюджетите на Министерството на здравеопазването, Министерството на финансите и ведомствените здравни служби към Министерството на транспорта, Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието и правната евроинтеграция, Държавната агенция за младежта и спорта. От 2006 г. към него се присъединява и малка част от бюджета на Министерството на труда и социалната политика, към което се обособява социален фонд за покриване на минимален пакет от здравни услуги на неосигурени лица отговарящи на критериите за социално слаби. За 2007 г. са планирани 5 млн лева за тази цел.

Към 2007г. на **директно финансиране от МЗ** са: национални центрове, държавната здравна администрация, болнични лечебни заведения с над 50% обществено участие (за дейностите по ТЕЛК, хемодиализа, експлантации и трансплантации, спешни амбулаторни случаи), системата на РИОКОЗ, центрoвете за спешна медицинска помощ, над 20 национални здравни програми, центрове за трансфузионна хематология, домове за медико-социални грижи,



държавни психиатрични болници, медицински транспорт на хемодиализирани и други категории лица, инвестиционни разходи за държавните лечебни и здравни заведения. Също така на централно финансиране от МЗ е снабдяването с животоспасяващи и животоподдържащи лекарствени продукти на онкологично болни и други тежки заболявания. На **директно субсидиране от МФ** е Университетска Клинична болница“Лозенец“, както и БЧК. Ведомствените лечебни заведения и здравни служби се финансират чрез бюджетите на съответните министерства и ведомства.

В Закона за държавния бюджет за 2007 г. за първи път е очертан **програмен принцип на планиране на бюджетните средства** вкл. и за здравеопазването, при който дейностите са класифицирани в отделни политики (вж. табл. 5). Принципът се прилага и в следващите години. Наблюдава се през 2009 и 2010 силно влияние на кризата изразено в редукция на бюджетните разходи в сравнение с нуждите и 2008 г. Особено силно е намалението на средствата за диагностика и лечение, но при лекарствоосигуряването се вижда подобрение през 2010 г.

Табл. 5. Разходи по бюджета на МЗ за 2007–2010 г. по политики
(хил. лв.)

Наименование на политиката	2007	2008	2009	2010
1. Политика в областта на промоцията, превенцията и контрола на общественото здраве	68 812	77 749	72 160	70 440
2. Политика в областта на диагностиката и лечението	334 536	516 272	363 828	342 290
3. Политика в областта на лекарствата и медицинските изделия	98 270	101 770	88 092	143 832
4. Администрация	12 744	17 342	13 292	13 533
Общо:	514 363	713 133	537 374	570 094

Източник: **МФ**

Към Министерството на здравеопазването са създадени и два фонда със специално предназначение. Това са „Револвиращият инвестиционен фонд“ и „Фонд за лечение на деца“.



Общинското финансиране на здравеопазването в България обхваща намаляваща част от общите бюджетни средства – за 2007г. около 13% поради поемане на все по-голяма част от разходите от НЗОК. През следващите две години съответно – 7% и 8,35%. Общините получават от централния бюджет **обща допълващи субсидии за финансиране на делегираните от държавата дейности, трансфери за местни дейности, целеви субсидии за капиталови разходи** и други трансфери. Приемат се стойностни показатели за делегираните от държавата дейности по общини – центрове (диспансери), отделни общински болници, заплати и осигуровки на заетите в училищни здравни кабинети в детски заведения и училища на републиканско и общинско финансиране. Дефинират се и натурални показатели за брой преминали болни през центровете (диспансерите) и общински болници на финансиране от общините, численост на персонала в тях и брой здравни кабинети . Издръжката на здравните кабинети е за сметка на републиканския или общинските бюджети в зависимост от финансирането на детското заведение. Детските ясли се финансират като местна дейност от общинските бюджети.

На таблица 6 са изложени отчетни данни за консолидираната фискална програма по функция „здравеопазване“ и нейната структура по основни първостепенни разпоредители с бюджетния кредит вкл. и НЗОК. Проличава също влиянието на икономическата криза в свиване на публичните разходи за здравеопазване.

Табл. 6. Консолидирана фискална програма по функция „здравеопазване“ за 2007– 2010 г. (млн. лв.)

Консолидиран бюджет	2007	2008	2009	2010
В т.ч. Републикански бюджет	706,0	921,1	700,4	602,58
НЗОК	1495,2	1696,3	1702,7	1689,4
Общини	170,7	207,6	219,2	187,520
Капиталови разходи	198,4	262,6	127,3	42,6
Общо:	2 373,3	2 830,8	2 634,4	2 522,1

Източник: **МФ**



2.2. Директно заплащане

Вторият широко прилаган начин за финансиране на здравеопазването след 1989г. остава директното заплащане от консуматори. В Световния доклад за здравето (2005 г.) директните разходи за здраве в България за 2002 г. се оценяват на 46% (при 32% през 1998г.) Информацията на НСИ от националните здравни сметки също сочат между 42 и 47% дял на здравните разходи от домакинствата с тенденция на повишаване. Данните на НСИ за паричните разходи на домакинствата за здравеопазване (вж. Таблици № 7 и 8) също показват тенденция на нарастване на техния дял в общите парични разходи.

Този начин за финансиране има различни форми, но като цяло се изразява доминиращо в разходите на домакинствата за покупка на медикаменти и платени медицински услуги. Основните форми са следните:

- **Заплащане на такси и цени за платени медицински и допълнителни услуги в обществените лечебни заведения**
- **Регистрирани плащания за медицински услуги в частния сектор**

Делът на частния здравен сектор през 1994г. е бил само 0,5% от здравните разходи на обществения сектор (без директните разходи на гражданите за покупки на медикаменти). През 1995г. регистрираният оборот на частнопрактикуващи медицински специалисти достига 1,1% , а през 1996г. – 3,8% от здравните разходи на обществения сектор. След 2000 г. частният здравен сектор разширява значително своето присъствие.

- **Неформални плащания (на черно, под масата, избягване на данъчно облагане и т.н.) в държавния и частния сектори**

Според някои оценки те заемат около 25% от общите здравни разходи. По оценки на специалисти от УНСС



неформалните плащания за здравни услуги достигат до 13-14% от здравните разходи на обществения сектор за 1999г., а през 2005 г. този дял възлиза на 12% .

● **Покупки на медикаменти и други здравни стоки**

По данни на националните здравни сметки изготвяни от НСИ годишният обем на паричните разходи за лекарства на домакинствата е между 700 и 1400 милиона лева за периода 2003-2008 г. Изпълнителната агенция по лекарствата дава стойности за реимбурсирания пазар на лекарства – 300– 400 млн. лева (НЗОК и МЗ).

По данни на НСИ (табл. 7 и 8) паричните разходи на домакинствата за здравеопазване непрекъснато нарастват през последните 10 години от 4 до 5,6% от общите парични разходи. В рамките на последните 15 години тази стойност се утроява. Най-голям е разходът за лекарства, а след него следват зъболекарските услуги.

Табл. 7. Паричен разход за здравеопазване за периода 2000-2010г. (в лв)

Вид на разхода	2000	2002	2004	2006	2008	2010
За домакинство	139	176	226	273	385	447
На едно лице	50	66	88	109	155	181

Източник: НСИ

Табл. 8. Относителен дял на паричния разход за здравеопазване в общия паричен разход на домакинството (%)

Вид на разхода	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Здравеопазване	4,0	4,5	4,9	4,9	4,9	5,6

Източник: НСИ

2.3. Социално здравно осигуряване

С въвеждането на новия обществен начин на финансиране на здравеопазването – социално здравно осигуряване, настъпиха промени в структурата и финансовите отговорности на различните



държавни и обществени институции. От 1 юли 2000г. цялата доболнична помощ се финансира от НЗОК за сметка на общинското финансиране. От 1 юли 2001г. започна частично финансиране на болничната помощ от НЗОК, като от 2006г. почти цялата болнична помощ (с изключение на стационарна психиатрична помощ, противотуберкулозна помощ, хемодиализа, трансплантации и експлантации, ТЕЛК) се заплаща от НЗОК въз основа на договори с лечебните заведения за извършена дейност. На таблица 9 са проследени основни финансови параметри на НЗОК.

Табл. 9. Приходи и здравни разходи на НЗОК за периода 2000-2010 г. (млн лв)

Приходи, разходи	Година					
	2000	2002	2004	2006	2008	2010
<i>Приходи</i>	549	654	795	1 062	1 559	2 572
Разходи за здравноосигурителни плащания*	97	565	865	1 353	1 656	1 730
В т.ч.:						
а) Извънболнична помощ	63	233	280	325	402	463
б) Болнична помощ		93	327	729	957	887
в) Лекарства и консумативи	34	239	245	270	295	347

Източници: Доклад за здравето, Отчети на бюджета на НЗОК, Закон за бюджета на НЗОК за 2010 г.

** – с включени средства от оперативния резерв на НЗОК*

2.4. Заплащане от работодателя

Това е третият начин на финансиране, който се запазва след 1989 г. с тенденция да се разшири неговото приложение след приемането на поправките в Закона за народното здраве (1997), в които е записано „работодателите самостоятелно или съвместно изграждат служби по трудова медицина, които ги подпомагат в задълже-



нията им за осигуряване на здравословни условия на труд, опазване и укрепване здравето на работниците и служителите“. Към него се отнасят и здравни разходи отчетени като социални. Количествената оценка на дела на този начин на финансиране е неизвестна.

2.5. Частно здравно осигуряване

След 1990г. и особено с развитието на частната медицинска практика се появи и новият начин на финансиране чрез частно здравно осигуряване. В рамките на общата система на финансиране той има маргинално значение. Например годишният разход за здравни осигуровки средно на едно лице от 6000 изследвани домакинства е 0 от 1992 до 1995г. За 1996г той е 1лв, а през 1997г – 4 лв. С приемането на Закона за здравно осигуряване и особено с измененията му в края на 2002г. се разширява незначително оборота и приноса на частните осигурителни фондове. Икономическата криза се отрази и на този сектор. Едва през 2010 г. се забелязва известно оживление – премийният приход е 42 млн лева и има ръст от 9,8% спрямо 2009 г. Общият обем на разходите за претенции е 24 млн лева през 2010 при 21 млн – през 2009 г. Този източник на финансиране се оценява на по-малко от 0,5% от общите разходи и малко под 1% от публичните разходи.

2.6. Външно финансиране

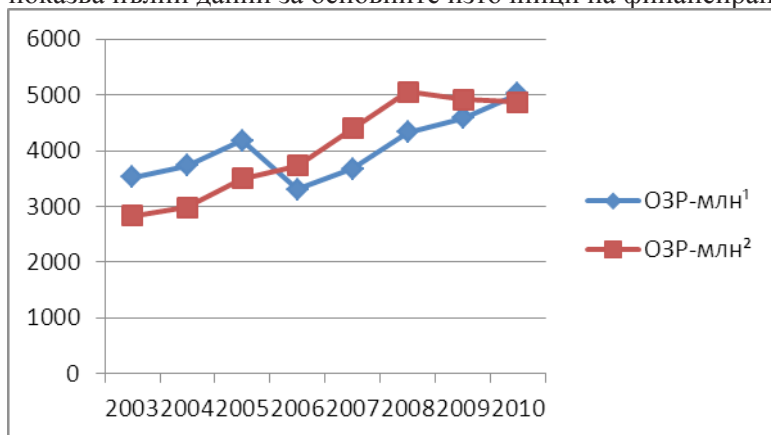
В тежките години на рецесия и недостиг на обществени и вътрешни капитали немаловажна роля има външното финансиране. През този период се получават значителни хуманитарни помощи, заеми от Световна банка, дарения и други помощи от правителства и неправителствени организации с идеална цел. Например финансовото подпомагане за здравеопазването от Комисията на Европейския съюз (по програмата PHARE), Световна банка, фонда за социално развитие към Съвета на Европа и швейцарското правителство за периода 1991-1996 е на стойност 81 млн екю и 59 млн щ. д., което представлява около 268 млрд лв (по курс към юли 1997). От-



делно чрез БЧК, Агенцията за чуждестранна помощ и други институции се получиха значителни хуманитарни помощи – медикаменти и консумативи, болнично обзавеждане, апаратура и т.н. Само през 1998г. е получено външно финансиране на здравеопазването на стойност 0,3% от БВП.

3. Здравни разходи

От една година в България е въведена международната методология на националните здравни сметки, прилагана от НСИ, която показва пълни данни за основните източници на финансиране.



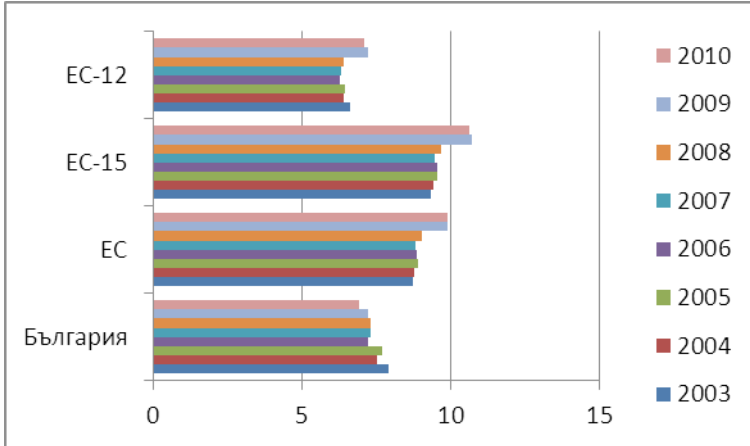
Фиг. 1. Сравнение между общите здравни разходи по данни на националните здравни сметки¹ и базата данни „Здраве за всички“².

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

В абсолютен израз – в милиони лева общите здравни разходи в България по данни на НСИ (национални здравни сметки) нарастват с 43% за периода 2003 – 2010 г. от 3 519 милиона лв на 5 020 млн лева. Според Базата данни „Здраве за всички“ обаче за същия период общите здравни разходи в България изостават през първите



три години от изчислените според националните здравни сметки, след което те дават по-високи стойности и в края на периода са със съпоставими близки стойности като натрупаният прираст е почти двойно по-висок – 72%



Фиг. 2. Сравнение между общите здравни разходи в % от БВП по данни на базата „Здраве за всички“

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

Въпреки че по процент от БВП общите здравни разходи в България са сравнително близки със средните за ЕС-12, на глава от населението те изостават от съпоставимата групировка страни от



ЕС с около 33% (2003) и с 47,6% (2010 г.). В абсолютно изражение в международната валутна единица за сравнения – американски долари, общите здравни разходи на глава в България са 625 (2003) и достигат 947 (2010 г.), но в същото време за ЕС -12 те достигат 1398, а за ЕС – 3230 за 2010 г.

Сравнително най-точно се отчитат **публичните здравни разходи** – от държавния и общинските бюджети и от НЗОК.

За периода 1990-1999г. обществените здравни разходи **варира**т в диапазона от **3,12% до 5,3% от БВП** при **средногодишен дял – 4,02% от БВП**. В периода на здравната реформа 2000–2007 г. и след въвеждане на здравното осигуряване, обществените здравни разходи не се променят съществено като заемат стойности от **3,8% до 4,8% при малко по-висок средногодишен дял от БВП – 4,39%**. В годините на икономическата криза делът на публичните здравни разходи спада постепенно от **4,2% на 3,9%**.

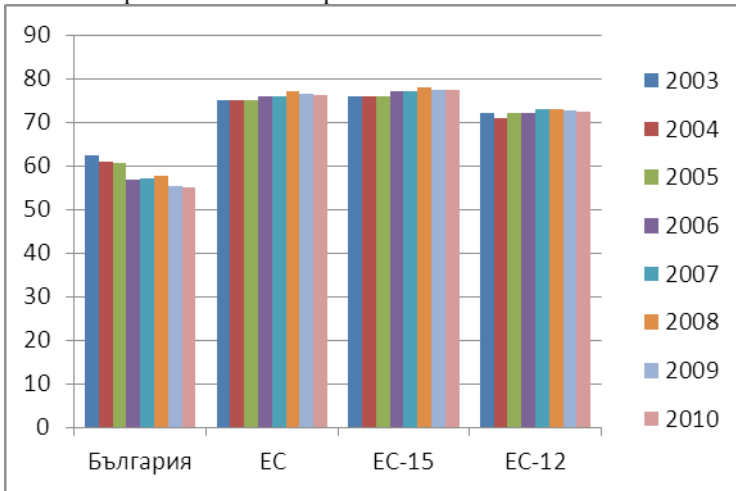
Тези обществени финансови ресурси са малко в относително изражение в сравнение с осигурените в развитите страни членки на ЕС, достигащи 6,5 % от БВП за здравеопазване, както и в повечето страни от Централна и Източна Европа, които осъществиха по-бързо икономическите и здравните реформи и вече отделят над 5-6% от БВП за обществено финансиране на здравната помощ (фиг. 1). Относителния дял на публичните здравни разходи от общите здравни разходи в сравнителен план с ЕС е представено на фиг. 3. Могат да се направят два извода:

1) делът на публичните здравни разходи в България е значително по-нисък от този в ЕС, ЕС-15 и ЕС-12;

2) докато във всички групировки от страни – членки на ЕС този показател нараства, в България системно намалява. Делът на публичните здравни разходи според СЗО намалява от 62,3% (2003 г.) на 55% (2010 г.), което означава, че процентът на частните здравни разходи доминирани почти изцяло от потребителските нараства до

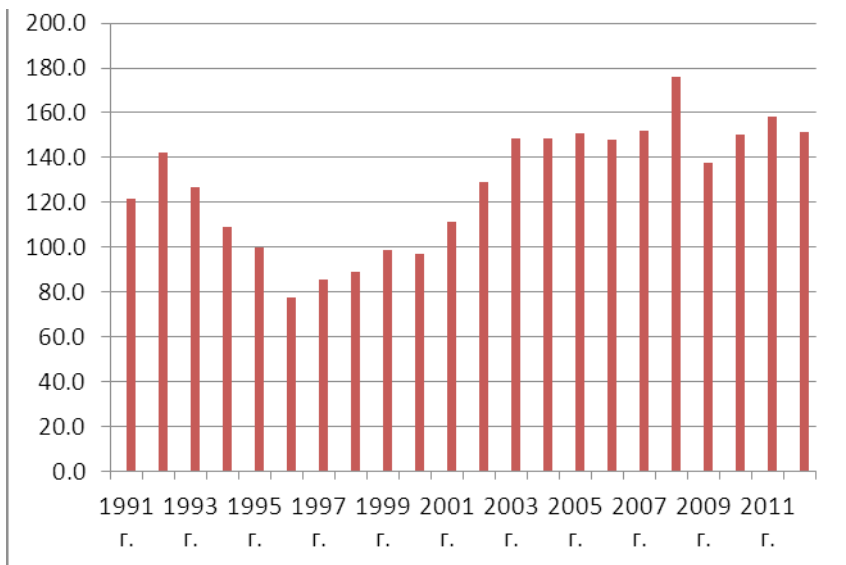


45%. За същия период в ЕС публичните здравни разходи са много устойчиви на нивото на 75-76% от общите здравни разходи, което считаме като балансиран индикатор. По този показател сме на последно място в ЕС заедно с Латвия, Гърция и Кипър. И двете тенденции, както и недостатъчният размер на публичните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



Фиг. 3. Сравнение на относителния дял (в %) на публичните здравни разходи в общите здравни разходи в България и ЕС според базата данни „Здраве за всички,,

Финансовото състояние на отрасъла е функция от общото икономическо развитие и само когато икономиката се стабилизира на пазарни основи може да се постигне по-висок дял на обществените здравни разходи от БВП.



Фиг. 4. Реални обществени здравни разходи в % към 1995 г.

Забележка: Обществените здравни разходи са дефлирани с дефлатор на БВП.

От фиг. 4 проличава, че реалното равнище (след елиминиране на инфлацията) на финансиране на здравеопазването (обществения сектор) намалява до 80% (1997) от равнището за 1995 г. През 1999 г. реалното равнище на финансиране на здравния сектор достига до това през 1995 г., което представлява прекъсване на неблагоприятните тенденции. В годините на здравната реформа реалното финансиране достига нивото от 1993 г. и леко го надминава. Реално надхвърляне на равнището на финансиране, по-високо от това в началото на 90-те години е възможно след години и то при условие, че се реализира стабилен икономически растеж и се залага нарастващ дял за здравните разходи от БВП.

Приблизителната занижена оценка (поради непълна оценка на нерегламентираният разходи) на общите здравни разходи за периода след 2000 г. показва средногодишен дял – 6,2 % от БВП при 7,8% за страните членки на ЕС.



4. Структури на здравните разходи

4.1. По икономически елементи

В периода преди здравната реформа най-важната структура на обществените здравни разходи бе тази по икономически елементи. Тя съдържа важна информация за видовете разходи според тяхната еднородност и природа.

В периода на преход 1990-1999г. тя е **неустойчива**. Отличава се с незначителен и намаляващ дял на разходите за **инвестиции** – от 5% на 3,5% от всички обществени здравни разходи, което поставя проблеми, свързани с възстановяване на базата, разширеното възпроизводство и обновяване на медицинската апаратура (вж. Табл. 10).

Табл. 10. Структура на обществените разходи за здравеопазване по икономически елементи (в %)

Вид на разхода	1991	1999
Инвестиции	4,3	3,5
Труд и соц. осигуровки	46,0	53,8
Медикаменти	14,6	21,3
Храна	8,6	3,7
Други текущи разходи	26,5	17,7

Източник: МЗ

Останалите 95-96% от здравните разходи са разходи за **текуща издръжка на здравните заведения**. Най-големи видове текущи разходи по икономически елементи са следните:

- **Разходи за заплати и осигурителни вноски** – около 50% при най-високи нива -56-57% през 1990 и 1993г. и най-ниски нива – 44-46% през 1996 и 1992г. За 1997г. са 52%, а за 1999г. – 53,8% .
- **Разходи за медикаменти** – включват обществено заплащаните лекарства и купуваните от лечебните заведения. Те варират между 12 и 30% с трайна тенденция към пови-



шаване. За 1997г. са 25%, за 1999г – 21,3%, а след 2000 г. достигат 30% .

- **Разходи за храна** – около 6-9% с тенденция към понижаване. През 1997г делът на тези разходи е само 4% , а през 1999г – 3,7% .
- **Разходи за материали, горива, енергия и други** – заедно с външните услуги заемат значителен дял от около 17-23% с тенденция към намаляване.

В периода на здравната реформа този вид структура вече не може да се определи на национално ниво поради това, че основното финансиране е на база дейност. На преден план изпъква структурата по видове дейности.

4.2. По видове дейности

Въз основа на данни на МЗ към 1998г. за лечебна дейност се отделят около 93 %, а за всички останали дейности – хигиенно-епидемиологична, национални здравни програми, домове за майката и детето, детски ясли и други – 7 %. Подобна е структурата и през 2002-2003 г. при тенденция да нараства дела на лечебната дейност. През 2007 г. диагностично-лечебната дейност достига около 95% от обществените здравни разходи.

Особено важни показатели са разходите за :

- **Първична здравна помощ** (включва първична медицинска помощ, оказвана от общопрактикуващите лекари; спешна медицинска помощ и училищни здравни и дентални кабинети);
- **Дентална помощ** (първична и специализирана)
- **Специализирана извънболнична помощ** (оказвана от специалисти и консултанти на индивидуална, групова практика, в медицински и дентални центрове и лаборатории);
- **Болнична помощ** (извършвана в многопрофилни и специализирани болници и диспансери);

- **Осигуряване на безплатни и частично платими лекарствени средства** и други продукти за извънболнично лечение ;
- **Хигиенно-епидемиологична дейност**;
- **Здравна администрация** (на МЗ и НЗОК)

Табл. 11. Структура на обществените здравни разходи по видове дейности към 2007 г.

Видове дейности	Отн. дял в %
Първична медицинска помощ (вкл. спешна и училищни здравни кабинети)	9,7
Дентална помощ (първична и специализирана)	2,7
Специализирана извънболнична помощ (вкл. и медико-диагностична дейност)	7,8
Болнична помощ	56,6
Безплатни лекарства за домашно лечение от НЗОК и МЗ	17
Други дейности	4,1
Здравна администрация	2,1

Коментарът върху тази структура на обществените здравни разходи по видове дейности е, че болничната помощ доминира, което е признак за неправилно разпределение. Разходите за здравна администрация на НЗОК и МЗ са в рамките на 2% от всички обществени разходи.

4.3. По собственост – държавен и частен сектор

От данните в таблица 12 илюстриращи съотношението между обществени и частни финансови средства изразходени за здравни нужди от всички възможни източници проличава:

- Ориентацията на българската система на здравеопазване към най-скъпата помощ – болничната, за която се разход-



ват над 50% от всички здравни разходи, което е признак за неефективност;

- Относителният дял на частните разходи за здравни нужди е най-висок при лекарствата, след което следва извънболничната помощ, което също е признак за неевропейска структура на разходите;
- Достъпът до здравна помощ става все по-труден поради нарасналата платимост от домакинствата включително и за болнична помощ;
- Съотношението публичен към частен сектор в здравните разходи заплашително се влошава, т.е. частните разходи наближават 50%, което откроява България като най-бедната страна и с най-лош достъп до здравеопазване в целия ЕС.

Табл. 12. Здравни разходи в общественя и частния сектори според националните здравни сметки за периода 2003–2008 г. (млн. лв)

Година Здравни разходи	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1. Извънболнична помощ	516	535	576	625	662	763
В т.ч. Обществен сектор (%)	64,8	65,7	65,4	65,3	63,8	65,9
В т.ч. частен сектор (%)	35,2	34,3	34,6	34,7	36,2	34,1
2. Болнична помощ	967	1064	1307	1341	1528	1875
В т.ч. Обществен сектор (%)	92,2	89,3	87,6	84,3	84,6	83,6
В т.ч. частен сектор (%)	7,8	10,4	12,4	15,6	15,4	16,3
3. Лекарства	1018	1064	1148	1343	1485	1688
В т.ч. Обществен сектор – НЗОК (%)	26,6	23,1	21,3	20,1	18,9	17,5



Година Здравни разходи	2003	2004	2005	2006	2007	2008
В т.ч. частен сектор(%)	73,3	76,9	78,7	79,9	81,1	82,5
4. Общи здравни разходи	2367,68	2522,83	2899,71	3159,68	3517,33	4139,28
В т.ч. Обществен сектор(%)	58,1	56,6	56,8	53,1	52,9	53,0
В т.ч. частен сектор(%)	41,9	43,4	43,2	46,9	47,1	47,0

Източник: НСИ

5. Проблеми във финансирането

Проблемите в областта на финансирането на здравеопазването са едни от най-съществените причини за изоставането на България от общите тенденции на подобро финансиране при нарастващи здравни потребности в Европейското пространство. Много от тях са свързани с недостиг на финансов ресурс – публичен и частен, друга част – с неефективното разпределение на ресурсите в много по-скъпо струващи дейности (например болнична помощ) или неправилна структура на здравните разходи (висок дял на директните плащания за здраве), трета – с неефективното разходване на средствата. Редица автори посочват дисбаланси в системата на финансиране на здравеопазването на страната (Вълков, Делчева, Попов, Давидов и др.).

Най-общо ще визуираме следните потенциални решения, които би трябвало да се вземат в следващите години:

- ⊙ Осигуряване на повече публични фондове за здравни цели за сметка на здравно-осигурително и бюджетно финансиране;
- ⊙ Нарастване на размера на задължителната здравна осигуровка при спазване на компенсационния принцип (нама-



- ляване на други данъчни и осигурителни тежести);
- ⊙ Създаване на по-благоприятни условия за разширяване на ролята на доброволното здравно осигуряване и поемане на обществени функции от някои от частните фондове;
 - ⊙ Признаване на директните здравни разходи на домакинствата до определен годишен размер като данъчни облекчения;
 - ⊙ Системно водене на системата на национални здравни сметки за отчитане на всички източници и потребители на финансов ресурс за здравни цели;
 - ⊙ Повишаване на относителната тежест на финансирането на първична, специализирана извънболнична медицинска помощ и лекарства в сравнение с болнична помощ;
 - ⊙ Стимулиране извършването на профилактични и здравно-промотивни дейности и други.

Въпроси за самоподготовка:

1. Как се развива финансирането на здравеопазването в България през последните 20 години? Кои начини на финансиране се променят съществено и обуславят типа на системата на финансиране?
2. Кои са основните проблеми във финансирането на здравеопазването и как могат да бъдат решени?
3. Как бихте искали да се развие финансирането на здравеопазването през следващите години?

ЛИТЕРАТУРА

1. Вълков А., Алтернативен подход за идентификация на потреблението на социо-културни блага, докторска дисертация, УНСС, 2005
2. Вълков А., Панорама и портретни характеристики на социо-културното потребление, в : Пазарна трансформация в социално-културната сфера, изд. Стопанство, 2007, с.227-291
3. Гладилев Ст., Евг. Делчева, Икономика на здравеопазването, Принцепс, 2009
4. Делчева Е. и кол., Пазарни и непазарни дефекти в социално-културната сфера, научно изследване на УНСС, 2000
5. Делчева Евг., П.Атанасов, Пазарна трансформация в здравеопазването, в : Пазарна трансформация в социално-културната сфера, изд. Стопанство, 2007, 9-62 с.
6. Делчева Е., Икономически параметри на съвременната здравна реформа, Икономически алтернативи, бр. 3, 2007
7. Делчева Евг., Всеобщ достъп до качествена здравна помощ, в: Икономиката на България и ЕС : Догонващо икономическо развитие – стратегия и реалности, БАН, 2006, с. 76-98
8. Делчева Евг. Финансиране на здравеопазването в България; Финансиране на онкологичната помощ в България , в : Алманах „Ракът – светът – България“, София, 2007, с.19-24
9. Делчева Евг., Черният пазар в здравеопазването, в: Социо-културният пазар, Стопанство, 1996, с. 30-37
10. Доклад за здравето на нацията в началото на 21 век, МЗ, 2004
11. Икономически доклад за Президента на Р България -2007 , България : Социални предизвикателства и евроинтеграция, с. 79-103
12. Здравето -първостепенна инвестиция в бъдещето на нацията : годишен доклад на Министъра на здравеопазването, 2008
13. Неформални плащания в системата на здравеопазването – доклад от проучване, Институт „Отворено общество“, София, 2008
14. Финансиране и управление на здравеопазването : теоретични основи, модели, проблеми и тенденции, МФ, 2005
15. <http://www.nchi.government.bg>
16. <http://www.nhif.bg/>
17. <http://www.nsi.bg/>