

## **СПОРАЗУМЕНИЕ ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА КОНСУЛТАНТСКИ УСЛУГИ**

**между**

**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА РЕПУБЛИКА  
БЪЛГАРИЯ**

**и**

**МЕЖДУНАРОДНАТА БАНКА ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ И РАЗВИТИЕ**

# **Междинен доклад. Проект на анализа на състоянието, актюерски разходен модел и набор от варианти за реформиране на сегашната система**

Март 2015

Втора редакция

# СЪДЪРЖАНИЕ

СЪКРАЩЕНИЯ.....	5
БЛАГОДАРНОСТИ.....	6
ПРЕГЛЕД.....	7
РЕЗЮМЕ.....	10
Увод.....	31
Глава 1 Финансиране на здравеопазването при конкретни условия.....	36
1.1 Резултати в здравеопазването.....	36
1.2 Структура на системата на здравеопазването и ефикасност на предоставяне на услуги.....	42
1.3 Широка социално-икономическа прогноза.....	51
Глава 2 Финансиране на здравеопазването в България: организация и функционален анализ.....	56
2.1 Система на финансиране на здравеопазването и потоци на финансиране.....	56
2.2 История и проект на НЗОК.....	62
2.2.1 История и еволюция.....	62
2.2.2 Управление.....	64
2.2.3 Пригодност.....	64
2.2.4 Включени ползи и споделяне на разходите.....	66
2.2.5 Бюджет и финансиране на НЗОК.....	69
2.2.6 Закупуване/Сключване на договори за медицински услуги.....	70
2.3 Организация и финансиране на спешните медицински служби (СМС).....	75
2.4 Лекарствени средства.....	78
2.4.1 Основни положения: българският фармацевтичен пазар.....	78
2.4.2 Регулаторна рамка.....	79
2.4.3 Подбор на лекарства и ценообразуване.....	81
2.4.4 Обществени поръчки и заплащане.....	83
2.4.5 Разпределение и верига на доставките.....	85
2.4.6 Предписване и отпускане на лекарства.....	86
2.5 Информационна система за управление на здравеопазването.....	87

2.5.1	Рамка за описване и достъп до работата на информационни системи, подкрепящи финансирането .....	87
2.5.2	Речник на здравните данни и други информационни стандарти .....	89
2.5.3	Информационни системи на доставчиците в здравните заведения в България	90
2.5.4	Информационна система в здравното осигуряване [ИСЗО] в НЗОК .....	91
2.5.5	Връзки при сделките между платеща и доставчиците, и между доставчиците.....	92
2.5.6	Кратко обобщение на сегашните системи ИСЗО в България .....	92
<b>Глава 3</b> Оценка на работата на системата за финансиране на здравеопазването.....		<b>93</b>
3.1	Тенденции и глобални сравнения във финансирането на здравеопазването в България: разходи и приходи .....	94
3.1.1	Тенденции в разходите: равнище и разпределение между държавни и частни .	94
3.1.2	Тенденции в държавното финансиране и определяне на приоритетите в здравеопазването.....	98
3.2	Финансова защита и равнопоставеност .....	100
3.2.1	Предоставяне на осигурителното покритие .....	101
3.2.2	Ефективна финансова защита.....	108
3.2.3	Равнопоставеност и преразпределение.....	113
3.3	Покупателна ефикасност за услуги.....	116
3.3.1	Общопрактикуващи лекари (ОПЛ) и амбулаторни специалисти .....	119
3.3.2	Болници .....	121
3.3.3	Ролята на системата на спешната медицинска помощ.....	124
3.4	Покупателна ефикасност за лекарства.....	125
3.4.1	Обзор.....	125
3.4.2	Регулаторна рамка.....	127
3.4.3	Подбор на лекарства и ценообразуване .....	127
3.4.4	Верига на разпределението и предлагането .....	134
3.4.5	Предписващи и пациенти.....	135
3.5	Разработване на способност за актюерна оценка .....	135
<b>Глава 4</b> Ограничения при подобряването на финансирането на здравеопазването ...		<b>141</b>
4.1	Фискално пространство и фискални политики в здравеопазването .....	141
4.1.1	Фискално пространство: понятия .....	142
4.1.2	Перспективи за увеличение на фискалното пространство в България.....	144
4.1.3	Кратко обсъждане на състава на публичните приходи .....	147

4.2	Готовност на информационната система на здравното осигуряване (ИСЗО) и нейната среда.....	149
4.2.1	Определяне на стандарти и Речник на здравните данни .....	149
4.2.2	Проблеми с информационните системи на доставчиците .....	151
4.2.3	Информационна система на платеца [ИСЗО].....	152
4.2.4	Обобщение и SWOT анализ.....	155
4.3	Общо управление и работа на НЗОК: обобщена оценка .....	158
Глава 5	Силни и слаби страни на системата на здравеопазването в България: Изходни данни относно реформата на системата на финансиране на здравеопазването .....	165
	Подробен анализ: Сравнения в международен план .....	175
1.	Обобщен анализ на резултатите, входящите данни и разходите за здравеопазването.....	175
2.	Подробен анализ на входящите данни, резултати и разходи за здравеопазване.....	188
2.1.	Времеви тенденции във входящите данни, резултатите и разходите за здравеопазване.....	188
2.2.	Сравнителен анализ на представянето на България спрямо държави с подобни нива на доходи и разходи за здравеопазване .....	198
2.3.	Фискална среда за здравеопазване.....	212
	Библиография .....	219

## СЪКРАЩЕНИЯ

ЕС	Европейския съюз
БЛС	Българския лекарски съюз
ГПЖ	Години потенциален живот
ЕМД	Електронно медицинско досие
ЗГЖ	Загубените години живот
ЗЛПХМ	Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина
ИАЛ	Изпълнителната агенция по лекарствата
ИСУЗ	Информационна система за управление на здравеопазването
КП	Клиничните пътеки
КУЗ	Консултантски услуги срещу заплащане
МВФ	Международен валутен фонд
МС	Министерския съвет
МФ	Министерство на финансите
НЗЗ	Незаразни заболявания
НЗОК	Националната здравноосигурителна каса
НЗС	Национална здравна служба
НРД	Националния рамков договор
НСИ	Национален статистически институт
ОДД	Определената дневна доза
ОПЛ	Общопрактикуващите лекари
ОПП	Основен пакет придобивки
ПЛС	Позитивен лекарствен списък
ППС	Паритети на покупателната способност
ПСС	Плащане със собствени средства
СЗО	Световна здравна организация
SWOT	Предимства Недостатъци Възможности Заплахи
ЧДЗО	Частно доброволно здравно осигуряване

## БЛАГОДАРНОСТИ

Този доклад беше изготвен от екип на Световната банка, воден от Аниес Куфинял, старши икономист. Екипът също включваше Алака Хола, икономист, Рон Хендрикс – главен актюер и експерт здравно осигуряване, Русел Лавадо, икономист, Рут Лопърт – главен експерт лекарствени политики, Ха Ти Хонг Нгуен, старши икономист, Джордж Шибер – главен експерт финансиране в здравеопазването, Жугна Дж. Шах – главен експерт ДСГ и платежни системи, Силвия Стойнова – оперативен служител и Денис Дж.Стревелер – Главен експерт по здравни информационно-управленски системи и електронно здравеопазване. Адела Делчева и Зинаида Кораблева осигуриха логистична и административна подкрепа на екипа.

Първият вариант на настоящия доклад беше изпратен на правителството на 30 декември 2014 г. Коментари от Министерството на здравеопазването бяха получени на 4 февруари 2015 г. Беше изготвена подробна матрица с отговори, която беше споделена с правителството по едно и също време с настоящата актуализирана версия, в която са включени предложените корекции.

Проектът е осъществен с финансовата подкрепа на Оперативна програма „Техническа помощ” съфинансиран от Европейския съюз чрез Европейски фонд за регионално развитие.

Екипът е благодарен на всички, които предоставиха мнения и данни при изготвянето на доклада, както и на всички членове на Управляващия комитет и на Министерството, които изготвиха задълбочените и конструктивни коментари. Тези коментари допринесоха за подобряването на този междинен доклад и бъдещите окончателни текстове.

## ПРЕГЛЕД

Този доклад представя отправна точка за диагностика на финансирането в здравеопазването, с цел да се подпомогне правителството на България да разработи различни варианти на реформа във финансирането на здравния сектор, които да повишат ефикасността, справедливостта и дългосрочната устойчивост на системата на здравеопазване в България.

През 1999 г. беше създадена Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и оттогава тя се е превърнала в най-големият купувач на здравни услуги в държавата. По принцип, НЗОК е сравнима с много „обществени здравноосигурителни фондове“ в ЕС. Според Закона за здравното осигуряване от 1998 г., всички българи подлежат задължително на здравно осигуряване. Самонаетите лица самостоятелно, а работодателите и служителите съвместно, внасят като здравна осигуровка 8 процента от трудовите доходи. Големи групи – включително деца, пенсионери, хора с увреждания, безработни и други социално зависими групи – се осигуряват от държавата в система, която постига значително преразпределяне между поколенията – от населението в работоспособна възраст към по-младите и по-възрастните групи. Законът постановява, че осигурените имат право да получават „медицинска грижа в рамките на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК“. Наредби, издавани от Министерство на здравеопазването (МЗ) уточняват съдържанието на здравноосигурителния пакет. НЗОК използва широк спектър от платежни методи, за да се разплаща директно с доставчиците на здравни грижи. Разходите, направени от болниците се възстановяват въз основа на пакетни плащания от типа „такса за услуга“, наречени клинични пътеки. На общопрактикуващите лекари се плаща на база комбинация от брой пациенти и „такса за услуга“, а на амбулаторните специалисти, лабораториите и зъболекарите – на база „такса за услуга“.

През 2012 г., за здравеопазване в България са похарчени около 6,3 млрд. лв., което представлява 8 процента от БВП<sup>1</sup>. Приблизително 51 процента от общите разходи са били публични, от които около 80 процента се изплащат през НЗОК. Остатъкът са основно допълнителни разходи, направени от пациентите. Допълнителните плащания са единственият най-голям източник както на приходи, така и на разходи в системата на здравеопазване в България, в размер на 47 процента от общите разходи през 2012 г. Вторият по големина е НЗОК, която официално и организирано „се разпорежда“ с 40 процента от общите разходи за здравеопазване.

При сравнение с държави със съпоставим доход, общите разходи за здравеопазване в България са над средните, а публичните разходи са на средно ниво. От друга страна, България харчи 12 процента от своя държавен/публичен бюджет за здравеопазване – малко над средното ниво в световен мащаб, предвид своя доход. Въпреки това, за своите нива на доходи и разходи за здравеопазване, резултатите на България в сферата на здравеопазването са около средните и не са се подобрили във времето до стойностите, установени в съседните държави. Освен това, въпреки че разполага с повече болнични легла и здравни работници от другите държави със съпоставими доходи и разходи за здравеопазване, системата за осигуряване на здравна грижа в България е все повече насочена към болниците, без добро таргетиране към преобладаващата и нарастваща тежест на незаразните болести.

Освен това, България определено изостава, когато става въпрос за допълнителни плащания и е далеч от спазването на критерия на СЗО за адекватна финансова защита, който определя за допълнителните плащания таван от 15-20 процента спрямо общите разходи за здравеопазване. С течение на времето, ситуацията дори се влошава забележимо.

Основна цел за всяка здравноосигурителна система е да защитава хората от големи и/или неочаквани разходи за здравеопазване, които те не могат да си позволят. В този смисъл, покритието предоставяно от НЗОК е непълно. Между 7 и 12 процента от българите, които не живеят постоянно в чужбина, са неосигурени<sup>2</sup>. Огромното мнозинство от тях са уязвими, неработещи представители на населението, с ниско обществено-икономическо положение. Въпреки че изглежда по-вероятно без покритие да са етническите малцинства, болшинството от

---

<sup>1</sup> Данните са от Националните здравни сметки, Национален статистически институт.

<sup>2</sup> Вж. Раздел 3.2.1 на настоящия доклад.

неосигурените са етнически българи. Високото ниво на допълнителните плащания значително ограничава финансовата сигурност на населението. С 5,3 процента през 2013 г., делът от бюджета на домакинствата отделен за здравеопазване е висок в сравнение със средните за Западна Европа 3 процента. Всяка година над 4 процента от населението обеднява поради допълнителните плащания.

Друга поредица въпроси, разглеждани в този доклад се отнасят до това дали НЗОК упражнява адекватно своята покупателна сила, за да подпомогне ефикасността на системата. По отношение на услугите, търговските споразумения сключвани от НЗОК, в много аспекти отговарят на „добрите практики“ в световен мащаб. Въпреки това, начините по които се изпълняват тези споразумения –поотделно и като цяло – биха могли да бъдат подобрени, тъй като те засилват тенденцията за скъпа болнична помощ в здравния сектор. Когато става въпрос за ефикасност на фармацевтичните разходи, съществуващите списъчни и ценови механизми не осигуряват особено изгодно закупуване на лекарствата, включи в Позитивния лекарствен списък. Тази политика не насърчава конкуренцията на пазара на лекарства с генерично наименование, а сравнението на много от цените както на патентните лекарства, така и на лекарствата с генерични наименования с цените в по-богати държави с далеч по-голяма покупателна възможност, е неблагоприятно за България. Съществуващите политики за поделение на разходите за лекарства ограничават финансовата експозиция на НЗОК, но излагат населението на високи нива на допълнителни плащания, тъй като фармацевтичните продукти представляват над три четвърти от допълнителните разходи.

Диагностиката на финансирането в здравеопазването идентифицира някои от ограниченията, които биха могли да препятстват развитието на по-ефективни политики за финансиране на здравеопазването. По-конкретно – беше предприет анализ на здравноосигурителната информационна екосистема. Редица компетентни и активни ИТ доставчици допринасят за разработването на стандарти за бази данни и съответно предоставят няколко приемливи начина за оперативна съвместимост и взаимовръзка между доставчиците на здравни услуги и НЗОК. За съжаление, съществуващата информационна система на НЗОК, след няколко години без системна поддръжка е достигнала етап, в който много от функциите ѝ трябва да бъдат изпълнявани ръчно и е в риск от пълен срив. Тя не може да осигурява информация, която е от съществено значение за управление на качеството, разходите и рисковете (напр. база данни на осигурените лица, информация за потреблението на отделните лица във времето и т.н.) и не е добре подготвена да приеме значителни промени във функционалността или в обема на транзакциите, които ще бъдат наложени от евентуални подобрения.

За да бъде финализирана отправната оценка за реформа във финансирането на здравеопазването, управлението на НЗОК е разгледано от структурна и оперативна гледни точки. Доброто управление на задължителните системи за здравноосигуряване изисква стабилна регулация и последователни структури за взимане на решения, които в България са ограничени. По-точно, налице е значително объркване в разпределението на ролята и отговорностите. Например, въпреки че НЗОК носи отговорност за доставяне на здравноосигурителния пакет до всички осигурени, в рамките на определения бюджет, решенията за съдържанието на пакета се взимат от външни институции със слабо отношение към съотношението разход-привилегия или към финансовото му въздействие. НЗОК също така е задължена и да сключва договори с всички доставчици, които отговарят на основните стандарти, заложи от МЗ. В края на краищата, трябва да бъде взето решение коя институция (НЗОК, МЗ или Министерство на финансите) има финансовата власт и отговорност да се грижи за това системата да е – и да продължи да бъде – ефикасно работеща и финансово устойчива. Тази фрагментация и грешно разпределение на ролята и отговорностите изключва възможността за ефективен цялостен подход към създаване и прилагане на политики за финансиране на здравеопазването.

Изготвя се актюерски модел, който прогнозира бъдещите тенденции в приходите и разходите на НЗОК на основата на определените със закон равнища на вноските, съществуващия опит с разходите и бъдещи форми на фискален натиск, който да послужи като инструмент при определянето на политиките на НЗОК. Този модел ще предостави инструмент за оценка на явните видове инфлационен натиск за структурни свръхразходи в здравеопазването и за тяхната валидност, документирани в други проучвания, които биха могли да изключат постигането на бъдещи бюджетни цели при отсъствие на конкретни политики за контрол върху разходите. Възможности за компенсиране на това потенциално фискално влошаване биха могли да включат – на теория – оряване на здравни програми извън НЗОК и/или други публични разходи, увеличаване на приходите, или прилагане на реформи за подобряване на ефикасността в здравеопазването и в други публични сектори. Предвид прогнозите за бавен растеж в България, съществуващите инвестиции в здравеопазване и цялостния натиск върху публичните финанси в следствие на конкуриращи се приоритети, както и на застаряването на населението,



подобряването на ефикасността изглежда е основната възможност за генериране на бъдеща фискална среда. Подобни подобрения могат да бъдат потърсени в покупателните процедури за услуги и лекарства на НЗОК, рационализиране на съдържанието на здравноосигурителния пакет въз основа на критерии за рентабилност и финансова защита, както и по-добър контрол върху финансовите лостове и лостовете за клинични политики, които оказват въздействие върху разходите. Докато съществуващите механизми за управление на разходите остават без необходимото управление, би могло да се окаже трудно да се поддържа стриктна фискална позиция. От друга страна, дори ако въвеждането на тавани за бюджета на здравеопазването бъде успешно, то най-вероятно ще доведе до допълнителни измествания в посока към частни разходи, покривани със собствени средства, продължаващо засилване на бедността и намаляване на финансовата защита.

## РЕЗЮМЕ

Целта на настоящото проучване е да се помогне на правителството на България да разработи и оцени варианти за реформа в политиката на финансирането на здравеопазването, които подобряват ефикасността, равнопоставеността и дългосрочната устойчивост на българската система на здравеопазването в контекста на нейната Национална здравна стратегия 2014-2020 г. Първата стъпка в този процес е да се оцени как действа българската система за финансиране на здравеопазването и какви резултати постига. Този доклад представя основна диагностика на финансирането на системата на здравеопазването в България в рамките на по-широкия общ контекст на българската система на здравеопазването и икономиката. Окончателният доклад ще представи анализ на варианти на реформата, предназначени за гореизброените цели.

Избраният аналитичен подход за оценяване на работата на системата на здравеопазването е на основата на международно приети цели и задачи на системите на здравеопазването и аналитична емпирична рамка, която обхваща гледните точки на общественото здравеопазване, демография, епидемиология, икономика, актюерна наука и управление на публични финанси. Анализират се трите основни функции на финансирането на здравеопазването – генериране на приходи, обединяване на рисковете и закупуване – и техните взаимодействия с други критично важни компоненти на системата на здравеопазването. По-конкретно в настоящето проучване се използва световно приетата таксономия на системите на здравеопазването, разработена от СЗО/Световната банка, която идентифицира генерирането на ресурси, стопанисването и предоставянето на услуги като ключови функции на системата на здравеопазването и се фокусира вниманието върху три цели: (i) подобряване на резултатите в здравеопазването, (ii) осигуряване на финансова защита, и (iii) отзивчивост към потребителите по равнопоставен, ефикасен и устойчив начин.

Новите аспекти на това проучване включват: (i) всеобхватен анализ на договореностите, свързани с финансирането на здравеопазването в България; (ii) международно съпоставително изследване (benchmarking) и анализи на тенденциите при входните данни, резултатите и функционирането на финансирането на здравеопазването в България, съотнесени към сравними по доход страни, съседни страни и средните стойности за ЕС; (iii) изчерпателно актуализирано измерване на неосигуреното население на основата на проведени неотдавна социологически проучвания на домакинствата съвместно от Световната банка и Института „Отворено общество“; (iv) актуализиран анализ на финансовата защитата на основата на данни от неотдавна проведени (2010 и 2013 г.) социологически проучвания върху бюджета на домакинствата, предоставени от Националния статистически институт на България; (v) първоначална оценка на способността на България да подобри икономическата целесъобразност за отпускани с рецепта лекарства; (vi) първия всеобхватен анализ на платежоспособността и устойчивостта на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) на основата на актюерен модел, разработван за това проучване; (vii) анализ на фискалното пространство, в който се открояват предизвикателствата в контекста на бъдещото държавно финансиране в България; и (viii) оценка на информационните системи за управление на здравеопазването в България.

Структурата на доклада е както следва:

- ✓ В Първа глава са представени избрани елементи на основните контексти на демографските показатели, пазара на труда, икономиката и работата на системата на здравеопазването,

които са необходими за очертаване на рамка за обсъждането на финансирането на здравеопазването.

- ✓ Във Втора глава е дадено подробно описание на финансирането на системата на здравеопазването, като са очертани главните му характеристики и се хвърля светлина върху начина, по който действа системата на практика, включително с акцент върху лекарствените средства и информационните системи в здравеопазването.
- ✓ В Трета и Четвърта глава се предлага комплексна емпирична и аналитична оценка на функционирането на финансирането на здравеопазването в България, която включва (i) тенденции в разходите и приходите при финансирането на системата на здравеопазването в България и различни сравними страни, (ii) предоставянето на финансова защита по равнопоставен, ефикасен и финансово устойчив начин, (iii) покупателна ефикасност за здравни стоки и услуги, (iv) финансова солидност на НЗОК в контекста на бъдещите ограничения във фискалното пространство, и (v) обобщена оценка на общото управление и функциониране на НЗОК.
- ✓ В Пета глава се обобщават констатациите на този доклад и те се поставят в контекста на по-широк анализ на силните и слабите страни на системата на здравеопазването (SWOT).

## Основни констатации

### Характерен за страната контекст

Демографски, епидемиологични и икономически тенденции, съчетани със структурни неефикасности в настоящата система на здравеопазването, представляват значими предизвикателства за бъдещото адекватно държавно финансиране на здравните услуги за населението на България. Това е довело до ситуация, при която сегашният състав на здравните услуги не отговаря на потребностите на населението и при която без значими реформи бъдещите здравни и финансови перспективи изглеждат мрачни.

Населението на България застарява и намалява. Към 2050 г. прогнозата е всеки трети българин да е на възраст над 65 години, а само всеки втори българин – в трудоспособна възраст. Прогнозите на ООН са за нетни стойности на емиграцията от 10 000 души на година до 2050 г., докато прогнозите на Eurostat са за дори по-голяма кумулативна загуба. В резултат на това до 2050 г. съотношението старост-зависимост се очаква да се удвои и да стигне 50, а прогнозите за предоставяне на работна сила предполагат намаляване с до 40 процента<sup>3</sup>.

Тези видове натиск се утежняват и от значителната и увеличаваща се част от населението, които са или бедни, или силно уязвими и застрашени от падане под прага на бедността, и които следователно трудно могат да си позволят да плащат за жизнено важни услуги със собствени средства. Равнищата на бедността се повишават от 2008 г. насам; през 2011 г. повече от 21 процента от населението са живели под националния праг на бедността, над 16 процента от населението са живели с 5 щ. долара (паритетна покупателна способност) или по-малко на ден, а

---

<sup>3</sup> World Bank (2013).

близо 4 процента са живели с 2 щ. долара или по-малко на ден. Близко половината от населението (и 60 процента от лицата на 65 и повече години) обаче, или 3,6 милиона българи, са изложени на риск от бедност или социално изключване – най-високият процент в ЕС<sup>4</sup>.

Тези тенденции в уязвимостта и намаляващата данъчна основа не се подпомагат от факта, че съществена част от работната сила е заета в неформалния сектор. Неотдавна „сенчестата икономика“ беше оценена на повече от една трета от БВП и приблизително 16,5 процента от всички работещи са в неформалния сектор.

След присъединяването си към ЕС през 2007 г. България не успя да намали празнотите в резултатите в здравеопазването и не успя да догони страните от ЕС-15, независимо от известно сближаване в доходите. Тя дори изостана от страни, пред които е била в миналото. И все пак в глобален мащаб сегашните показатели за средната продължителност на живота и продължителността на живота, коригирана с отчитане на инвалидността (DALY-стойности) на глава от населението сочат средни до над средни стойности в сравнение с други страни със сходни равнища на доходи и изразходване на средства за здравеопазване на глава от населението.

Тези празноти са резултат отчасти от слабия напредък в работата, свързана с незаразните болести, които сега са сред основните причини за смъртността и заболяемостта в България. Нито услуги в първичната помощ, нито дейности по здравна промоция, изглеждат подходящо подготвени за профилактика, диагноза или управление на тези условия. Изследването на изразходването на публични средства в различни страни сочи, че България изразходва сравнително повече за стационарни услуги и същевременно сравнително по-малко за извънболнична помощ. Капацитетът на болниците и данните за хоспитализациите са над средните стойности, дори когато се сравнява България със страни със сходни равнища на доходи и изразходване на средства за здравеопазване. Анализ на процентите на хоспитализациите в България от 2013 г. показва, че поне 20 процента от процедурите, извършвани на стационарна основа, биха могли да бъдат извършвани при извънболнични условия<sup>5</sup>. Сегашното използване на човешки ресурси не поддържа силен сектор на първична помощ, който може да лекува незаразни болести. Дори България да не страда общо от недостиг на лекари и всъщност е над страните от ЕС-15 и други страни със сходни доходи и профили на изразходването на средства за здравеопазване, както общопрактикуващите лекари, така и медицинските сестри са недостатъчни. Здравните работници също бързо застаряват и емиграцията сред младите здравни професионалисти е често срещано явление. Освен това само 5 процента от общопрактикуващите лекари са квалифицирани в сферата на семейната медицина.

Настоящата система на здравеопазването в България следователно изглежда недостатъчно подготвена да посрещне настоящите и бъдещите си потребности. Предвид скоростта и размера на прогнозираните демографски и епидемиологични преходи, основните неефикасности в сегашната система на здравеопазването и пълната с предизвикателства бъдеща икономическа ситуация в България, явно са наложителни съществени реформи в българската система на здравеопазването.

---

<sup>4</sup> Eurostat.

<sup>5</sup> World Bank (2013).

## Финансирането на системата на здравеопазването в България

### История и проектиране на Националната здравноосигурителна каса

Финансирането на здравеопазването и системата на здравни реформи в България до този момент са пример за отдалечаването от съветския модел (модела Семашко). В този модел универсалното осигурително покритие беше предоставено чрез държавни национални здравни услуги, финансирани чрез общи приходи. Лекарите и други здравни работници получаваха заплати като държавни служители, болниците получаваха глобални бюджети, а частната практика и частното осигуряване бяха забранени.

С течение на времето България постигна напредък към по-плюралистична система на здравеопазването на основата на социален модел на здравното осигуряване. Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) беше създадена през 1999 г. и стана единственият най-голям купувач на здравни услуги в страната. По принцип НЗОК се оказва доста сравнима с много „социални (или задължителни) здравноосигурителни фондове“ в ЕС. По принцип цялото население е осигурено чрез задължителни и автономни публични здравноосигурителни фондове. Работещите (и техните работодатели) плащат социални здравноосигурителни вноски на основата на доходите им, докато бедните, безработните, децата, пенсионерите, лицата с увреждания и други социално зависими или приоритетни групи са освободени от вноски и те са финансирани от правителството. Единственият национален държавен фонд обединява здравните рискове за цялото население и купува услуги и от държавни, и от частни доставчици.

Реформите също разделиха закупуването от предоставянето на услуги с намерението, че парите следват пациентите, а не финансират съществуващите здравни заведения независимо от дейността и използването им. Бяха реформирани механизмите за заплащане на доставчиците; разрешено беше частното предоставяне на здравни услуги и частното здравно осигуряване; амбулаторната помощ беше приватизирана; и болниците станаха автономни. Министерството на здравеопазването (МЗ) си запази отговорността за общественото здравеопазване, спешната помощ, туберкулозата, HIV/СПИН, психичното здраве и някои други услуги, а ролята му еволюира повече по посока на стопанисване на системата.

Законът за здравното осигуряване от 1998 г. постановява задължително осигурително покритие за всички българи чрез договор работодател/служител за работодателите/работещите във формалния сектор и индивидуален договор за самонаетите лица, включително работещите в неформалния сектор. Сегашната вноска е 8 процента от доходите, с минимална и максимална сума, определена в закона. Останалото население – включително децата, пенсионерите, лицата с увреждания, безработните и други социално зависими групи – се осигуряват от държавата. Безработните лица, които нямат право на обезщетение за безработица или социални помощи, са също задължени да се запишат и да плащат осигурителни вноски. Неосигурените лица могат да активират осигурително покритие във всеки момент и могат да бъдат мотивирани да го направят, когато постъпят в болница или са изправени пред катастрофални разходи, в резултат на което се получава потенциално неблагоприятен подбор за НЗОК. Вноски се събират от Националната агенция по приходите и се прехвърлят в НЗОК.

Според Закона за здравното осигуряване осигурените лица имат право да получават „медицинска помощ в рамките на основния пакет здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса“. Наредбите, издадени от Министерството на здравеопазването, а не от НЗОК, уточняват основния пакет ползи. Пакетът ползи включва

първична и специализирана извънболнична медицинска и дентална помощ, лекарства, диагностика, и стационарна болнична помощ. Министерството на здравеопазването покрива редица профилактични и лечебни медицински процедури извън обхвата на пакета здравни дейности заплащани от НЗОК, включително някои имунизации, спешната помощ, психиатричната помощ, *in vitro* фертилизацията и трансплантацията на органи. Изискванията за поделение на разходите са различни за различните видове услуги, а осигурителното покритие за услуги е в крайна сметка ограничено от бюджета на НЗОК, одобрен от парламента за годината.

НЗОК използва широка гама методи на плащане, които са различни за различните видове доставчици. Общо взето, на болниците се заплаща от НЗОК на основата на такса в пакет за плащания за услуги за около 300 клинични пътеки (КП и са също обект на годишни тавани на бюджета. На ОПЛ се заплаща на основата на съчетание от капитация и такса за услуга, докато извънболничните специалисти, лабораториите и стоматолозите получават заплащане на основа такса за услуга. За частни пациенти, независимо от това дали закупуват услуги пряко или са частно осигурени, на доставчиците обикновено се заплаща на основа такса за услуга. Националният рамков договор (НРД) се договаря всяка година между Българския лекарски съюз и НЗОК и заедно с отделно определяно споразумение „цена/обем“, което определя условията за участие на доставчиците и цените и обемите на услугите, предоставени от всички категории медицински професионалисти.

### Потоци на финансиране

През 2012 г. около 6,3 милиарда лв. са изразходвани за здравеопазване в България, 51 процента от които са публични разходи, до голяма степен извършвани чрез НЗОК. Тези 51 процента държавен дял от средствата, влизащи в системата, се събират и натрупват чрез задължителни данъци и вноски. Останалото са частни средства, предимно изразходвани от домакинствата, когато отделните лица търсят медицинска помощ („със собствени средства“). Общо НЗОК събира и разпределя около 80 процента от цялото финансиране на общественото здравеопазване<sup>6</sup>.

От частна страна над 98 процента от „приходите“ за здравеопазване възникват чрез пряко закупуване на услуги, както и съвместни плащания и други разходи, покривани със собствени средства (РССС) от потребителите. Доброволното частно здравно осигуряване представлява относително незначителна част от частните разходи. Общите РССС са единственият най-голям източник както на приходи, така и на разходи в системата на здравеопазването в България, представляващи 47 процента от общата сума през 2012 г. Вторият по големина източник е НЗОК, която „командва“ по официален и организиран начин 40 процента от общите разходи за здравеопазване.

---

<sup>6</sup> Национални здравни сметки, Национален статистически институт.

## Оценка на функционирането на финансирането на системата на здравеопазването

### Международни сравнения и тенденции

Макар на глава от населението изразходването на средства за здравеопазване в България да е все още под средните стойности за ЕС, България харчи повече от други сравними по доход страни. Общите разходи са се увеличили от 5,2 на 8 процента от БВП между 1995 и 2012 г. и изразходването на средства за здравеопазване на глава от населението се е увеличило от 82 на 566 щ. дол. (използвайки международни обменни курсове). В сравнение със съседите си общите разходи за здравеопазване на глава от населението в България стартират от много по-ниска база, но възходящата им тенденция обикновено е огледално отражение на други страни в региона, като Румъния и Хърватия. Въпреки това през 2012 г. са по-ниски от средните стойности за ЕС-12 и ЕС-15 от съответно 1160 и 4379 щ. дол. на глава от населението. И все пак през 2012 г. общите разходи за здравеопазване на глава от населението – както като дял от общите разходи за здравеопазване и като дял от БВП – беше над средните стойности, съотнесени към страни със сходни равнища на доходи<sup>7</sup>.

Изразходването на публични средства за здравеопазване в България е подобно на равнищата, наблюдавани в страни със сравними доходи. През 2012 г. изразходването на публични средства за здравеопазване е представлявало 51 процента от общите разходи на средства за здравеопазване и 4,1 процента от БВП. Изразено в стойности на глава от населението, изразходването на публични средства за здравеопазване е било 291 щ. дол. В повечето измервания изразходването на публични средства за здравеопазване е било около средните стойности за всички мерки в едно глобално сравнение през 2012 г. с изключение на държавния дял от общите разходи за здравеопазване, който беше малко под средните стойности, които се дължат на високото равнище на частните разходи.

Изглежда, че България дава относителен приоритет на държавния сектор от гледна точка на общите приходи и разходите на правителството, както и на здравеопазването в общия бюджет. Общите разходи на правителството на България, съотнесени към БВП (усилието на разходите) и общите приходи, съотнесени към БВП (усилието на приходите), са малко над средните стойности в сравнение с други страни със сходни доходи. Между 1995 и 2012 г. правителството е увеличило дела от бюджета си, изразходван за здравеопазване, от 8,5 на близо 12 процента. В сравнение със страни със сходни доходи това е малко над средните стойности, което показва, че България дава малко повече приоритет на здравеопазването в рамките на разпределението на бюджета.

България обаче е явно в различна позиция по отношение на частните разходи – по-специално във връзка с плащанията със собствени средства. РССС са значимо над глобалните средни стойности като дял от общите разходи за здравеопазване (47 процента), като дял от БВП (3,8 процента), и като разходи на глава от населението (268 щ. дол. по обменните курсове). България е следователно сравнително далече от изпълнение на критерия на СЗО за адекватна финансова защита, където се дава таван от 15-20 процента за РССС плащания като част от общите разходи за здравеопазване. По-нататък ситуацията се влоши отчетливо във времето. РССС в България са се

---

<sup>7</sup> Данните в този раздел са от базата данни на СЗО за националните здравни сметки и от националните здравни сметки в България.

увеличили с повече от 20 процентни пункта между 1995 и 2012 г., докато страни като Тайланд, Чили, Мексико и Турция, които са стартирали или от сходна, или от по-висока база, са успели да постигнат огромен напредък в намаляването на покриването на разходите със собствени средства. В България тенденция е в обратна посока на добре установените взаимоотношения на намаляване дела на частните (и РССС) разходи при увеличение на БВП.

### **Финансова защита, равнопоставеност и преразпределение**

Основната цел на всяка здравноосигурителна система е да защитава отделните лица от големи и/или неочаквани разходи за здравеопазване, които те не могат да си позволят. Това води както до широко осигурително покритие (т.е. осигуряване, разширено за всички граждани) и ниски равнища на плащания със собствени средства след плащането на здравноосигурителни вноски. Предвид хетерогенността на здравните потребности и платежоспособността, предоставянето на адекватна финансова защита на равнопоставена основа обикновено води до кръстосани субсидии от здрави към болни и от богати към бедни.

НЗОК в България е задължителният национален здравен осигурител и единственото място, където се натрупват рисковете за цялото население. В това си качество НЗОК ефикасно събира рисковете в съответствие със световните тенденции за централизиране на обединяването на рисковете. Понастоящем около 90 процента от населението е осигурено, включително повечето деца и повечето възрастни хора, чието осигурително покритие се субсидира от държавата. Обхванатите услуги са в широк диапазон. Съществуват обаче две основни ограничения, свързани с осигурителното покритие.

Първото ограничение на осигурителното покритие е, че значим дял от населението е неосигурено и че преобладаващото мнозинство от неосигурените са в необлагодетелствано положение. България не изпълнява намерението си да предоставя осигурително покритие на всички граждани. Триангулация на данни от Националната агенция по приходите и представителни социологически проучвания на домакинствата сочат, че между 7 и 8 процента от населението, живеещо в България, в някакъв момент не са били здравно осигурени. В допълнение вероятно някои лица, които работят сезонно в чужбина, може да не са осигурени, когато се върнат. Това поставя частта на неосигурените лица някъде между 7 и 12 процента от българите, които не живеят в чужбина постоянно<sup>8</sup>.

Данните също подсказват хетерогенността на осигурителното покритие сред постоянно живеещото в страната население – по-специално изразените неудобства сред населението с по-ниско социално-икономическо положение, малцинствата и възрастовите групи, чиито вноски не се плащат от държавата. Резултатите от множествен регресионен анализ показват, че в сравнение с третия квартал на разпределението на богатството долните два квартаила са с 10 и 5 процентни пункта по-малко вероятно да имат здравно осигуряване, докато незавършилите начално образование лица са в сходно неблагоприятно положение, тъй като са с 12 процентни пункта по-малко вероятно да имат осигурително покритие, отколкото лицата със завършено средно образование. Ромското население, дори след контрол за ресурсна бедност и ниска степен на

---

<sup>8</sup> Вж. Раздел 3.2.1 на настоящия доклад за подробности относно различните източници, включени в триангулацията.



завършено образование, е все още с 25 процентни пункта по-малко вероятно да са осигурени, докато за турското етническо малцинство разликата е 7 процентни пункта.

По-голямата част от неосигуреното население обаче се състои от бедни етнически българи в трудоспособна възраст, които не работят. Повече от половината осигурени лица са етнически българи, а в най-ниския квартил по благосъстояние има повече от 40 процента от неосигурените лица. Децата и възрастните са само около 10 процента от лицата без осигурително покритие, докато онези, които съобщават, че не са работили през четирите седмици преди проучването, са 76 процента от неосигуреното население.

Достъпът до осигурително покритие от НЗОК обаче е само един аспект от проблема. Социологическите проучвания на бюджета на домакинствата в България показват, че високото равнище на плащания със собствени средства значително ограничава финансовата защита на всички. Делът от бюджета на домакинствата, изразходван за здравеопазване, е относително висок – 5,3 процента през 2013 г., в сравнение с около 3 процента при средните стойности в Западна Европа<sup>9</sup>. Почти 20 процента от домакинствата в България са изразходвали 10 процента или повече от общите си разходи за здравеопазване през 2010 и 2013 г. Тази стойност е доста над средните стойности за ЕС-15 от 5,8 процента.

Обедняващото въздействие на плащанията със собствени средства е значително. Извънредно високите разходи на домакинствата за здравеопазване може да тласнат някои домакинствата към бедност. Ако едно домакинство е имало общи потребителски разходи (преди РССС) над националния праг на бедността, но общите му немедицински разходи (след РССС) са под прага на бедността, може да се смята, че то е обедняло поради РССС за здравни нужди. През 2010 г. данните от проучване на бюджета на домакинствата (2010 г.) показаха, че 14,2 процента от населението са имали равнища на общите разходи под официалния праг на бедността. Допълнителни 3,8 процента, които не са паднали под прага на бедността предвид общите им потребителски разходи, биха се оказали под прага, ако се извадят здравните плащания. През 2013 г. тази част е била 4,2 процента и дори някои домакинства в най-високия квинтил са паднали под прага на бедността след разходи за здравеопазване.

Последният разгледан въпрос е преразпределението, което се извършва в контекста на държавната здравноосигурителна система. Докато ограничения в данните изключват пълен анализ ползи-честота, данни за вноските и разходите подсказват, че ресурсите в здравеопазването наистина текат главно от относително здравите осигурени лица в трудоспособна възраст към възрастното население с по-големи здравни потребности и до по-малка степен към децата. С други думи държавата прави вноски от името на децата и на възрастните, които са по-ниски от сумата, която НЗОК изразходва за тези групи, а вноските от населението в трудоспособна възраст попълва липсите. Изчисленията на основата на данни от НЗОК показват, че за всеки 100 лв., заплатени като вноски по ведомост, 45 лв. помагат да се покрият разходите за медицинските грижи за децата и за възрастните. Това преразпределение през поколенията е предимство на публично финансираните системи пред частните, в които лицата трябва да плащат според потребностите си. Предвид високия риск от бедност при възрастното население в България

---

<sup>9</sup> Smith O, Nguyen SM. *Getting Better: Improving Health System Outcomes in Europe and Central Asia*. <http://dx.doi.org/10.1596/978-0-8213-9883-8>.

вероятно е правдоподобно да се предположи, че се извършва някакво преразпределение между по-заможните и бедните.

В обобщение все още не е създадена адекватна финансова защита за населението на България, но наблюдаемото преразпределение чрез НЗОК изглежда равнопоставено. Остават и празноти в осигуряването на осигурително покритие, особено за населението в трудоспособна възраст и уязвимите групи, като бедните домакинства, малцинствените населености и безработните лица. Плащанията със собствени средства са относително висок процент и карат някои домакинства да падат под прага на бедността – дори домакинствата, които иначе биха били заможни. Има данни, че ресурсите за общественото здравеопазване наистина протичат от относително здраво население в трудоспособна възраст към групи, които се нуждаят от повече здравни услуги – възрастните и децата. Остана фактът, че най-голямото усилие на домакинствата за плащане на здравните вноски е със собствени средства и такива плащания не се събират или преразпределят на домакинствата.

### Покупателна ефикасност на услугите

Методите на плащане и договориране са ключови лостове в политиката, които могат да помогнат да се постигне набор от макро-цели, като намаляване на общите разходи, както и микро-цели, включително ефективен достъп и ефикасно предоставяне на услуги на равнището на здравното заведение. Редица оперативни пречки в България обаче спират напредъка към тези цели. НЗОК, със своя единен набор от правила и стимули за плащания, управлява около 40 процента от всички изразходвани средства за здравеопазване и има важно въздействие върху поведението на доставчиците и равнищата на изразходването на средства. Много аспекти от покупателните договорености в България са в съответствие със световните „добри практики“, като капитация за ОПЛ, бъдещи плащания на болниците за всеки отделен случай, тавани за разходите на доставчиците и наказания за направления, между другите параметри. Начините, по които се изпълняват тези договорености, както индивидуално, така и колективно, оставят възможност за подобрене, тъй като те допринасят за предубеждението в сектора на здравеопазването към скъпата болнична помощ.

И ОПЛ, и специалисти в амбулаторната помощ се сблъскват със стимули за намаляване на разходите, но не с демотивация да дават направления на пациенти за болници. Подобно на много други страни и България е избрала смесена система за възнаграждения за ОПЛ, която се състои от коригирано за риска капитационно плащане (представляващо около половината от заплащането на ОПЛ), съчетано с допълнителни плащания на принципа такса за услуга, за да се насърчи желано поведение на доставчиците. Капитационните плащания се допълват с такси за профилактични услуги и лечение на пациенти с хронични състояния (диспансерни пациенти). На специалисти в амбулаторната помощ се заплаща на основа такса за услуга. И двата вида доставчици на извънболнична помощ управляват оскъдни бюджети за изследвания и диагностични тестове и числени тавани за направления. За никой клас доставчици обаче няма ограничения за направления за болнично лечение.

Всъщност, механизмът за ограничаване на бюджета за направления може да се окаже, че насърчава направленията към болници. Първо, от ОПЛ се изисква да изпращат с направление някои видове хронични пациенти (напр. с хипертония, ХОББ) през редовни интервали – дори пациенти, които биха могли да бъдат ефективно лекувани при условията на първичната помощ или на които не е необходима услугата. Тъй като хронично болните пациенти представляват голям

дъл от населението, спокойно биха могли да се спестят средства, ако с тези пациенти се занимават в първичната помощ. Второ, макар таваните за направления за специалисти и за изследвания да са много строги и да се налагат глоби на лекарите за всяко направление над техния индивидуален лимит, те не получават никаква награда за постигане на каквито и да е спестявания в бюджетите си за направления. Трето, не се търси отговорност на ОПЛ и специалистите за ненужно изпращане на пациенти за болнично лечение, което може да се използва за преодоляване на строгите ограничения, наложени върху обемите амбулаторна помощ.

Други правила и процедури, които се отнасят за ОПЛ и специалистите, изострят този уклон към лечение в болница. Някои услуги, които могат да бъдат предоставени на амбулаторна основа, се предоставят само в болници и направлението може да е единственият начин за достъп до тях. За услуги като компютър томограф или ЯМР понякога се чака прекалено дълго и процедурите за получаване на предварително разрешение може да са толкова тежки, че едно направление за болница може да стане по-ефективен начин да се осигури достъп на пациента до услуга, дори в случаи, когато би било възможно ОПЛ или специалист в амбулаторната помощ да предложи необходимите грижи. Когато пациент бъде приет в болница и му се определи клинична пътека, общите плащане за услугата могат да са значимо по-високи при стационарните условия. Допълнително специалистите в амбулаторната помощ твърдят, че равнищата на плащанията за някои услуги, които те предоставят, са твърде ниски, за да може да се финансират необходимите инвестиции (напр. за закупуване и поддръжка на необходимото оборудване). И накрая, специалисти, които работят и в амбулаторната помощ и в стационарно заведение, може да имат допълнителни стимули за дават направления за болница, тъй като в техните договори с болницата има някои награди за обема лекувани от тях пациенти. Един специалист може да извлече полза от това, че му се плаща от НЗОК за предоставена от него услуга, като същевременно получава и стимулиращо плащане от болницата за това, че е довел пациент.

Има и редица начини, при които системата за договориране и плащане за болници допринася за продължаващите проблеми. Първо, тъй като на болниците се плаща на основата на системата такса в пакет за услуга, те са силно стимулирани да приемат все по-голям брой пациенти. По принцип за болниците има тавани за обема, които би трябвало да ограничат броя постъпващи пациенти. На практика обаче, след като бъде изразходван отпуснатият бюджет, болниците продължават да предлагат услуги и просто се молят на НЗОК за допълнително финансиране – което обикновено получават. С други думи макро-натискът да се ограничава обемът на болничната помощ се оказва много по-малко ефективен, отколкото натискът да се ограничават други видове помощ.

Второ, НЗОК не може да откаже да сключи договор с никоя болница, одобрена от МЗ, независимо от това дали НЗОК счита предлаганите от здравното заведение услуги да уместни или необходими. С други думи, НЗОК не може да се възползва от добре документирани предимства на селективното договориране. Нещо повече, тъй като броят здравни заведения и легла продължава да расте, броят случаи трябва да се дели между увеличен брой участници в играта, което засилва по-нататък индивидуалните стимули да се прави повече и ограничава възможността на всяко здравно заведение да се възползва от икономията на мащаба.

Трето, в България липсват стандартни критерии за прием в болница, в резултат на което здравните заведения приемат всеки и всички видове пациенти. Пациентите могат сами да се насочат към съответното спешно отделение, за да бъдат приети. Не съществуват нито правила, нито стимули, които да насърчават пациентите да търсят медицинска помощ в по-икономичните и по-подходящи условия на първичната помощ. Всъщност в много случаи постъпването в болница

води до по-ниски плащания със собствени средства за пациента, както и минимално или никакво чакане за тестове и процедури.

И накрая, начинът, по който са били операционализирани клиничните пътеки (КП), които първоначално са били възприемани като клинични насоки, е довел до редица неефикасности. Списъкът на КП и техните цени се договарят всяка година, като те не се основават на данни за определяне на себестойността. С течение на времето се въвеждат на нови КП (често с по-висока стойност) чрез разделянето им на множество групи и/или чрез създаване на нови групи. Промените често изглеждат да са въведени, за да се „облагодетелства“ конкретна специалност или конкретни здравни заведения, или да се ограничи конкуренцията в конкретни сегменти на пазара. Нещо повече, не са предприети всеобхватни мерки, за да се гарантира, че КП са хомогенни по отношение на ресурсите си и че относителната им стойност отразява ефикасно разпределението на ресурсите или дори настоящите насоки или протоколи в клиничната практика. Алгоритмите на КП също изискват наличието на известни равнища на входните данни, както и предоставянето на известен вид услуги, а те определят минималната (не максималната) продължителност на болничния престой, която следва да се спазва, за да има пациентът право на заплащане. С други думи изискванията за КП диктуват какви медицински грижи следва да бъдат предоставени и как, независимо от това дали отговарят на най-добрите интереси на пациента или дали има клинични показания за това. Макар да може да се оправдаят някои ограничения, за да се осигури безопасността на пациентите, това е потенциален източник на разхищения и обикновено поддронва стимулите за ефикасност и качество, включени като елемент от повечето системи за плащане на основата на диагностични критерии, които обикновено се основават както статистически, така и от клинична гледна точка, на входни изисквания. С КП може също лесно да се играе, тъй като именно болниците – и лекарите – подбират КП за всеки болничен престой (разпределянето на даден пациент към определена ДСГ се основава на компютъризиран алгоритъм, който много по-трудно се манипулира).

Важно е също да се има предвид, че плащанията със собствени средства са единственият най-голям източник на плащания на доставчиците в системата. Следователно доставчиците извличат значим дял от доходите си от индивидуални пациенти, които плащат цената в неограничената система такса за услуга, което разводнява въздействието на НЗОК. Допълнително изглежда, че населението няма много доверие на по-ниските равнища на медицинска помощ.

В системите на първичната и извънболничната помощ липсва достоверна рамка на осигуряване на качеството, която би могла да се използва за измерване и възнаграждаване на качеството на помощта и ефикасността на предоставянето на услуги. Повечето правила около направленията изглеждат насочени към ограничаване на разходите. Няма данни – и определено няма прозрачен механизъм – като база, върху която да се изгражда консенсус или да се демонстрира, че е необходимо те да отразяват съвременната практика, основана на доказателствата.

В резюме, административните правила и нормативната уредба, вградени изисквания за практиката, преговори за цени и неприлагане на таваните на разходите заедно създават масивни изкривявания и неефикасности в системата на здравеопазването, дори макар България да изглежда да се е отклонила от методите на финансиране, основаващи се на входните параметри по посока на методите на финансиране, основаващи се на резултати и използва широко приетата „добра практика“ на международни методологии за плащане при различни видове помощ. В действителност предоставянето на помощ се управлява от негъвкави елементи на входните параметри, а не от клинично определени норми и методи, основани на резултати. В резултат

доставчиците на всяко равнище на помощ се фокусират върху постигане на максимални приходи, а не лекуване на техните пациенти в най-подходящите условия.

## Покупателна ефикасност на лекарствата

Във фармацевтичния сектор в България липсва цялостна, интегрирана национална политика за лекарствата и сегашните договорености в политиката изглеждат най-остро фокусирани върху ограничаването на разходите на НЗОК, а не толкова върху предоставянето на финансова защита на пациентите. Докато регулаторните стандарти и процеси до голяма степен са приведени в съответствие със сегашните стандарти на ЕС, механизмите за включване на лекарства в Положителния лекарствен списък (ПЛС) и тяхното ценообразуване не осигуряват адекватна икономическа целесъобразност за НЗОК и допринасят за неефикасности в сектора на здравеопазването.<sup>10</sup> Лекарствените средства са 37 процента от разходите за здравеопазване (в сравнение със средните стойности в ЕС от около 25 процента<sup>11</sup>) и разходите със собствени средства (РССС) за лекарства са близо три четвърти от всички РССС разходи.

Основният ценообразуващ механизъм за лекарствата е международно (външно) референтно ценообразуване, като цените се задават на равнището на най-ниските цени в десет първични и седем вторични държави-членки на ЕС. Референтните цени обаче са „официални“ цени и може би не могат да доловят поверителни намаления и договорени отстъпки, и те може да не отразяват (и може да не са били оценявани за) разумна икономическа целесъобразност в референтните държави-членки. Лекарствата може също да са обект на строг контрол върху използването, за да се компенсират единичните цени в референтните страни и е невероятно това да се вземе предвид в една проста проверка на ценообразуването. И накрая референтните цени са взети от държави-членки на ЕС, които имат съществено по-висок БВП на глава от населението, отколкото България, така че дори ако се покаже, че цената на дадено лекарство отразява разумна икономическа целесъобразност в страната-източник, това може да не е така в България.

В допълнение настоящите процеси за включване на лекарства в ПЛС са недостатъчно повлияни от съображения за ефективност на разходите и няма експлицитни връзки между условията за включване в списъците и всякакви одобрени насоки за лечение. Лекарства, за които има данни, че имат осигурително покритие в най-малко пет от 10-те първични референтни страни, могат да бъдат преценявани за включване в списъка чрез оценка на техните клинични и икономически данни, но тежестта, която се дава на икономическите съображения, е твърде ниска, за да гарантира, че одобрени за включване лекарствени средства непременно показват ефективност на разходите. Освен това Съветът по ценообразуването не разполага с достатъчна

---

<sup>10</sup> Включването в списъка и ценообразуването на лекарства в Положителния лекарствен списък (ПЛС) е отговорност на Националния съвет по цените и реимбурсиране на лекарствените средства (Съвет по ценообразуването). В допълнение към решения за включването и ценообразуването на лекарства в ПЛС Съветът по ценообразуването определя максималните цени за продажба на дребно на отпускани без рецепта лекарства, както и максимум (таван) на цените за всички други лекарства. Съветът по ценообразуването следователно определя цената на всички лекарства на пазара в България. ПЛС е по-ограничаваният списък от лекарства, които се заплащат (до различна степен) с държавни средства. Реимбурсният списък е списъкът с извънболнични лекарства, които се заплащат от НЗОК (Приложение 1).

<sup>11</sup> Rohova et al. (2013).

експертна квалификация в сферата на фармакоикономическата оценка на лекарства, за да предприеме стриктни оценки на данни, представени от кандидатите.

Няма и механизми, които да активират конкуренцията вътре в пазара на незащитени с патент лекарства. Докато фабричната цена на първата (и всяка следваща) генерична версия на включено в списъка лекарство да подлежи на намаляване на цената по закон, генеричните цени се определят по друг начин чрез външно реферирание.

В резултат на тези механизми на включване в списъка и ценообразуване цените на някои лекарства в ПЛС в България са еднакво високи – а някои дори по-високи – в сравнение със страни с много по-високо благосъстояние. Недостатъчно отчитане на икономическата ефективност при включване и ценообразуване на лекарства, съчетано с потенциално неадекватни или неефективни ограничения при предписването, водят до бързо нарастващи разходи за някои много високи единични цени и потенциално икономически неефективни лекарства. За лекарства от много източници и с особено високи обеми за лекуване на хронични състояния някои от цените също се сравняват неблагоприятно например с цените в Обединеното кралство и Нова Зеландия. Същевременно намаляването на цените във веригата на доставките подсказва възможност за по-ниски цени и за отнемане на някои от спестените суми, които в момента се натрупват в аптеките.

Акцентът върху ограничаването на разходите допринася за високи плащания със собствени средства. За продукти от много източници, които съдържат едно и също международно непатентно наименование (INN) в една и съща фармацевтична форма, възстановяваната от НЗОК сума се определя като част от цената на продукта с най-ниската себестойност за определена дневна доза. Прилага се и терапевтично референтно ценообразуване за различни молекули в един и същи терапевтичен клас, в който продуктите се приемат като притежаващи сходна ефикасност и безопасност при конкретно показание (кльъстерно референтно ценообразуване). Тъй като действителните цени могат да надвишават съществено съпоставителните (benchmark) цени и тъй като равнищата на реимбурсиране от НЗОК се определят като част от benchmark цената, РССС за пациентите могат да са извънредно високи и да надвишават вноската за НЗОК.

Други политики, свързани с фармацевтичния сектор, допринасят за високите разходи за пациентите, които в крайна сметка се оказват регресивни. Увеличенията на цените на едро и на дребно, определени от Министерството на здравеопазването, са пропорционални на цените на лекарствата. В допълнение към определените със закон увеличения на цените приходите на аптеките включват такси за изписване на лекарства от 2 лв. на рецепта (не на изписано лекарство), която обаче следва да се заплаща само при рецепти за лекарства, заплащани 100% от НЗОК. Тъй като таксите за изписване на лекарства са ниски, а маржовете за продажби на дребно са пропорционални на себестойността на лекарството, това създава стимули за фармацевтите да изписват по-скъпи лекарства. Предписването по INN не се насърчава и заместване в аптеката не е разрешено. Съществува и широко разпространено недоверие в качеството и безопасността на генериците. Следователно много рецепти се пишат и отпускат за продукти с по-високи цени от референтната или benchmark цена, което увеличава РССС разходите за пациентите, често съществено повече от сумата за съвместно осигуряване. И накрая, няма разпоредби, които да действат като предпазна мрежа или спирачка за загубите, които да защитават лицата от катастрофални РССС разходи.

Плащането със собствени средства за основни лекарства вероятно също пречи на достъпа и спазването на лечението за лекарства, които са важни за отлагането или предотвратяването на напредването на незаразни болести, особено сърдечносъдови и хронични дихателни заболявания.

В резюме, сегашните механизми за включване в списъка и ценообразуване предлагат малка или никаква сигурност за икономическата целесъобразност на нови лекарства, включени в Положителния лекарствен списък. Сегашната политика не насърчава конкуренция в пазара на незащитени с патент лекарства и много цени както за патентовани, така и за незащитени с патент лекарства, се сравняват неблагоприятно със страни с далече по-голяма платежоспособност. Няколко много скъпи лекарства, които значимо допринасят за бързото нарастване на разходите, едва ли са икономически ефективни в България и цената им следва да се предоговорират, да се наложат строги ограничения на използването им, а в някои случаи и изключване от списъка. Ако България можеше да насърчи и по-голяма конкуренция на пазара на незащитените с патент лекарства, това – заедно с мерки за решаване на проблема с търсенето и за насърчаване на рационалното предписване – би могло значимо да подобри ефикасността при фармацевтичните разходи.

### Актюерна оценка

Всяка година в съответствие със Закона за публичните финанси НЗОК изготвя проектозакон, който представя собствения ѝ бюджет, който след това се внася за одобрение в Министерския съвет, заедно с консолидираната фискална програма и проектозакона за бюджета на пенсионния фонд. Министерският съвет може да внася корекции, по-специално с цел да се гарантира, че консолидираната фискална програма е в съответствие с предварително определения бюджетен баланс, заложен в Закона за публичните финанси. След това пакетът се внася в Народното събрание, където също може да се правят поправки по него, докато той остава в рамките на макрофискалните параметри на Закона за публичните финанси. Ако пред годината се окаже, че бюджетът може да бъде надвишен, недостигът може да бъде компенсиран с предприети от НЗОК мерки чрез косвено въвеждане на ограничения, което влияе върху доставчиците (чрез дефицити) и/или върху потребителите (чрез въвеждане на квоти за услугите), или чрез допълнително разпределение на бюджетни средства. Последната мярка трябва да гарантира спазване на Закона за публичните финанси и да бъде одобрена от парламента (както се случи два пъти през 2014 г.).

Макар практически всички осигурителни фондова да предприемат проучвания за оценка на тяхната актюерна солидност<sup>12</sup>, нито НЗОК, нито която и да е друга правителствена агенция в България, не извършват такива анализи с цел да се проучат системно тенденциите при приходите и разходите или факторите, които ги причиняват, както и техните евентуални проявления в бъдеще. Липсва и оценка на дългосрочната платежоспособност и финансова устойчивост на НЗОК. По този начин НЗОК (и правителството в по-общ план) имат ограничения в способността си да управляват стратегически близо 40 процента от всички изразходвани средства за здравеопазване, 10 процента от бюджета на правителството и над 3 процента от БВП.

Тъй като разбирането на актюерната солидност на НЗОК е необходимо както за диагностиката на системата на здравеопазването, така и за разработването на реформите, изготвя се актюерен

---

<sup>12</sup> Актюерна солидност се установява, когато „прогнозираните премии, взети заедно, включително и очакваните парични потоци от повторно осигуряване, парични потоци от правителството с корекция за риска и доходи от инвестиции, са адекватни, за да осигурят всички очаквани разходи, включително здравните ползи, разходите за уреждане на здравните ползи, маркетингови и административни разходи и цената на капитала”. Вж. American Academy of Actuaries, *Actuarial Soundness*, American Academy of Actuaries, Washington, D.C., May 2012, p. 2.

модел за НЗОК като част от настоящето проучване. Актюерният модел ще анализира тенденции в основните променливи, които определят нарастването на разходите и приходите на осигурителната схема, както и техния потенциален принос за фискалния баланс на правителството.

Разходите и приходите на НЗОК се определят до голяма степен от размера и състава на осигуреното население, пакета ползи, структурите на разходите по възраст и пол в резултат от предоставянето на съществуващия пакет, използваните механизми за заплащане на доставчиците, работната заетост и тенденциите в работната сила, както и фискалната и социалната политика на правителството. Това усилие следователно предполага да се вземат предвид прогнозите за макроикономическите показатели (доход, работна заетост, цени, БВП и т.н.), прогнозите за работната сила, демографските развития и пр.

Разработването на актюерния модел се оказва с много предизвикателства по редица причини, свързани с достъпа до информация, за да се определят основополагащите тенденции и прогнозни предположения за критични параметри. В много случаи необходимата основна информация е разпръсната сред множество агенции, понякога множество източници на данни са непоследователни (напр. относно броя неосигурени лица), а в други случаи данните просто не са налични – или до тях няма достъп. На самата НЗОК се налага да разчита на външни източници, за да определи осигурителното покритие и тя разполага с малко информация относно основанията за правото на осигуряване на онези, които осигурява и за онези неосигурени, които следва по закон да се осигуряват.

Моделът все още се разработва, но анализи на минали данни на НЗОК за финансовите аспекти и използваемостта потвърждава редица констатации от описаните по-рано анализи. Държавата изглежда плаща съответния си дял според закона. Лицата на трудови договори са явно осигурени до голяма степен. Преобладаващата маса неосигурени лица са предимно самоосигуряващи се, повечето от които са бедни или почти бедни. Разходите за извънболнична помощ не нарастват бързо. Най-големите източници на разходи за НЗОК са лекарствата за домашно лечение и болничната помощ.

Продължава разработването на прогнози, основаващи се на този модел. Те разчитат изключително много на предположения и параметри, които трябва да бъдат валидирани. Ако просто се прогнозира напред във времето минали тенденции, предварителните резултати подсказват – както и при други предишни проучвания – евентуален натиск на бъдещите разходи за здравеопазване, които да застрашат целостта на средносрочната макроикономическа рамка на правителството.

От критично важно значение е да се подчертае, че в крайна сметка правителството е в състояние да контролира всякакъв дефицит на НЗОК, като стриктно налага таваните, като намалява или ограничава ползите – имплицитно или експлицитно. С други думи потенциалните дефицити може никога да не се материализират. Това най-вероятно ще доведе до по-нататъшно отместване по посока на частни плащания и плащания със собствени средства, по-нататъшно увеличения на бедността и намаляваща финансова защита.

Във всеки случай моделът ще даде много нужен аналитичен инструмент, който да помогне при фискалното управление на потенциални заплахи за публичното финансиране, тъй като той откроява действащите вътрешни движещи сили, които продължават да бъдат недостатъчно управлявани.



## Фискално пространство

България беше сериозно засегната от световната икономическа криза и продължава да се сблъсква с пълната с предизвикателства макроикономическа среда. Структурни видове натиск, характерни за сектора на здравеопазването, биха могли потенциално да се отразят неблагоприятно върху фискалния баланс. МВФ прогнозира, че прекомерен натиск върху здравеопазването би могъл да увеличи с 1,3 процентни пункта от БВП разходите за обществено здраве до 2030 г. и с 3,2 процентни пункта от БВП до 2050 г. (сума, равна на 45 процента от настоящия БВП на България).

Равнището на доходите в България, бъдещата фискална ситуация и настоящите цели на макроуправление в общи линии изключват значими увеличения на приходите, бъдещо сключване на заеми и безвъзмездни помощи. По-специално докато България получава високи оценки за макроикономическото си управление от гледна точка на контролиране на разходите и дълга си, ограничените перспективи за икономически растеж, съчетани с вече високите ѝ равнища на приходи и разходи, ограничават значимо увеличенията в приходите и в общите разходи в средносрочен план. Като държава-членка на ЕС България не е кандидат за помощ за развитие. Тя получава финансиране от ЕС, но здравеопазването не е сред основните приоритети. Предвид пълната ѝ с предизвикателства макроикономическа среда и политиките на предпазливо фискално управление, сключването на заеми не е вероятен вариант за фискалното пространство. Следователно създаването на фискално пространство за здравеопазване или наистина всякакви други програми на правителството ще зависят до голяма степен от способността на страната да постигне повишаването на ефикасността в здравеопазването и/или в други сектори, и/или по-голямо приоритизиране на здравеопазването в бюджета.

Повишаването на ефикасността в сектора на здравеопазването би могло да доведе до значимо по-добри резултати и би могло да компенсира необходимостта от съществено увеличение на разходите. Мерките за намаляването на разходите и за подобряване на ефикасността се въртят около прилагането на реформи в предоставянето на услуги и включват прилагането на технически мобилизиран план за рационализиране на болниците, засилване на алтернативите на болничната помощ и решаване на проблема с ограничените човешки ресурси чрез финансиране на финансовите фактори и други стимули, необходими за оставането на квалифицирани здравни работници в България.

Друг вариант за фискалното пространство и да се увеличи делът на публичните разходи, предназначени за здравеопазването. Делът от бюджета на България за здравеопазване е вече 12 процента, което е над средните стойности за равнището на доходите ѝ. Освен това настоящите ѝ общи разходи на правителството са високи предвид равнището на доходите ѝ. Отговорните за здравната политика лица ще трябва да убедят правителството, че нетните социални ползи от увеличения в изразходването на средства за здравеопазване са били по-големи от разходите им и по-големи от потенциалната нетна социална възвръщаемост в други държавни сектори, както и в частния сектор. Това може да е трудно за приемане предвид вече високите равнища на разходите за здравеопазване и значими неефикасности в системата на здравеопазването.

## Оценка на информационната система на здравното осигуряване (ИСЗО)

Добре функционираща, модерна, интегрирана и надеждна информационна системата за управление на здравеопазването е от жизнено важно значение за работата на всяка модерна

система за предоставяне на медицинска помощ и може би не по-малко необходима за процесите на гладко функциониращо финансиране на здравеопазването. Като част от диагностиката на финансирането на здравеопазването настоящият доклад оценява и готовността на съществуващите информационни системи, и по-специално информационната екосистема на здравното осигуряване, да поеме всякакви значими промени във функционалността или товара на транзакции, които може да се отключат от промени в схемата за финансирането на здравеопазването, методите на плащане на доставчиците или здравната политика в по-общ план.

Информационната екосистема на здравното осигуряване има четири главни компонента и всички те трябва да работят адекватно и надеждно: (i) Речник на здравните данни, който дефинира общ език за всички заинтересовани лица, (ii) Информационни системи на доставчиците, (iii) Информационни системи на платеца, и (iv) връзки чрез транзакции между доставчиците и платците.

### Сегашната ситуация на информационните екосистеми на здравното осигуряване

В България информационните системи на доставчиците функционират адекватно, като се има предвид търсенето, на което са подложени сега. Доставчиците изглеждат относително удовлетворени от съществуващите системи. По-специално не могат да изплащат искания за плащане по електронен път до НЗОК, което е най-важното изискване, свързано с функцията финансиране на здравеопазването. Доминирането на малък брой компетентни продавачи спомогна много за актуалността в модерните болници и в други здравни заведения.

Стандартите за здравната информационна системата (които се съхраняват в “Речника на здравните данни”) ще изисква значително внимание по-нататък, за да се увеличи оперативната съвместимост между различните системи. *De facto* стандартите са се появили полезно като последица от малкия брой продавачи на информационни системи на доставчиците. Един по-изразен подход от горе надолу обаче ще бъде необходим, за да продължи развитието им и за в бъдеще. Това ще трябва да се извършва под надзора на Министерството на здравеопазването и да ангажира колкото е възможно повече различни заинтересовани лица в здравната индустрия, включително от частния сектор.

Ще продължава да е необходимо да се обсъжда задълбочено сложният въпрос дали да се запази съществуващият метод на кодиране на болнични случаи за плащане на основата на КП или да се премине към кодиране на смесения принцип ДСГ. Ако се разгледа този въпрос директно от гледна точка на информационните системи, приемането на плащания на основата на диагностично свързани групи ще улесни преминаването към по-автоматизирано вземане на решения по искове, като би могло да увеличи производителността, точността и последователността при постановяването на решения, както и вероятно по-ниска административна тежест.

По отношение на състоянието на информационните системи на платеца информационната система на здравното осигуряване (ИСЗО) в НЗОК не функционира адекватно и се нуждае от спешно внимание. Тя бавно се влошава поради липса на адекватна поддръжка и дори не може да се справя с текущите бизнес потребности на НЗОК. На нея ѝ липсва всеобхватност и е в състояние да произвежда само рутинни мониторингови доклади за плащания и функции на административен контрол. Системата не може да изпълнява други основни функции, като напр. мониторинг на осигуреното население (извън това да знае осигурителния статус на дадено лице във всеки конкретен ден), категорията допустимост на осигуреното лице или използването на

медицинска помощ в различни здравни заведения и във времето за конкретни пациенти (и следователно групи от пациенти). Тя не изглежда в състояние да реагира на каквато и да е значима реорганизация в информационните процеси, да поеме допълнителни отговорности или натоварване с транзакции, или да предложи допълнителни услуги, като напр. подобрени доклади или аналитични функции, които са от съществено значение за устойчивостта и жизнеспособността на НЗОК.

### **Бъдещето на информационните системи на доставчиците**

Подобно на всички страни и България сега е на кръстопът и трябва да се справи със следните два проблема: електронното медицинско досие (ЕМД) и подобряване на направленията във възходяща и низходяща посока. В националното ЕМД ще се събира цялата здравна информация в страната, теоретично достъпна за всяко акредитирано заинтересовано лице – където и да е, по всяко време. Това е крайната цел на информационните системи на доставчиците. Необходимостта от обединяващо ЕМД произтича от факта, че препращането (с направление) на пациенти между по-ниски и по-висока равнища на медицинска помощ остава проблематично. Сегашните формуляри за направленията са твърде ограничени и не съдържат достатъчно информация, за да се осигури ефикасно предаване на пациента от едно здравно заведение на друго. Аналогично, направление надолу (напр. връщането на пациент в първичната помощ) е дори по-проблематично. Епикризата е често неадекватна, за да осигури желаната приемственост на грижите между различните равнища, след като пациентът „се върне“ на по-ниското равнище на медицинска помощ.

Има също възможност за подобрене в свързаността между доставчиците и НЗОК, и между тези две страни и самото МЗ. Здравната информационна мрежа, която съществува в момента в България, може би не е достатъчно здрава, за да издържи множеството транзакции между платец и доставчик, които са необходими за ефикасното и ефективно функциониране на НЗОК, за да постигне основните си цели в системата на здравеопазването. Изглежда препоръчително да се разработи по-централно управлявана мрежа (т. нар. „мрежа-звезда“) под надзора на Център за управление на мрежите.

### **Бъдещето на информационните системи на платците**

Извън непосредствената криза, свързана със сегашната система в НЗОК, по която трябва да се работи и тя да бъде овладяна в близкото бъдеще, остава предизвикателството да се правят планове за следващото поколение информационни системи за здравното осигуряване. Дългосрочни проблеми са свързани с всеобхватността, възможността да се изменя и разширява системата, както и способността да се интегрира по-лесно с други системи. ИСЗО трябва да обхване по-голяма вселена, ако иска да разполага с достатъчно информация, за да определи дали даден иск е пълен, дали е легитимен, дали медицинските услуги са били необходимите и подходящите, и пр. Това означава, че един ден ИСЗО ще трябва да се прикрепят към националното ЕМД, като и че данни от ИСЗО следва естествено да се подават към актюерните прогнози и други системи за финансово прогнозиране.

Следващата ИСЗО ще трябва да бъде значително по-здрава от сегашната система в НЗОК. Тя ще трябва да има много по-солидни възможности за прогнозиране и финансово моделиране. Ще трябва да има по-добро управление на работните потоци, за да може „фабричната“ обработка на исканията да доведе до точно и своевременно плащане, да бъде узаконено и далече по-малко

трудоемко, отколкото е днес. И накрая, следващата ИСЗО ще трябва да е в състояние да се справя с далече по-голямо разнообразие на методите за плащане на доставчиците, които могат да включват ДСГ, хибридна капитация, стимули и заплащане за резултати (pay-for-performance – P4P), и пр.

Тъй като усилията за разработване на системите могат да отнемат няколко години, сега е времето да се реши проблемът с бъдещето на ИСЗО в България.

## Обобщена оценка на управлението, ръководството и работата на НЗОК

Както във всички страни и в България финансирането на системата на здравеопазването включва големи трансформации в сравнение с предишния „модел Семашко“. Тя е изправена и пред сериозни предизвикателства, което е отчасти резултат от демографски и епидемиологични преходи в страната и от пълната с предизвикателства икономическа ситуация. България изразходва повече средства от други страни със сравними доходи. Общите и частните разходи са по-високи и изразходването на публични средства е подобно на световните средни стойности. Здравните резултати са на средно равнище, а финансовата защита и на макро-, и на микро-равнища е слаба, неравнопоставена и намаляваща. Предвид вече високото фискално усилие на България и пълните с предизвикателства перспективи за бъдещ растеж, устойчивостта ще бъде предизвикателство. Повишаването на ефикасността е ключова сфера за генериране на бъдещо фискално пространство и подобни положителни явления могат да се наблюдават в процедурите на НЗОК за закупуването за услуги и лекарства, по-добра рационализация на пакета ползи на основата на ефективност на разходите и критерии за финансова защита, холистичен контрол и прилагане на лостове във финансовата и клиничната политика, които влияят върху разходите и пр. Следователно оценяването на структурните и оперативните резултати на НЗОК е особено важно за установяването на базисните показатели на реформата на финансирането на здравеопазването. Наистина, като основна институция за финансирането на здравеопазването НЗОК ще трябва да помогне при проектирането и най-вероятно ще бъде движещата сила за прилагането на всяка голяма промяна в политиката на финансирането на здравеопазването.

Ефикасното управление на задължителните здравноосигурителни фондове, като напр. НЗОК, изисква спазването на редица стандарти на добро управление. По-специално правилата и нормативната уредба за системата трябва да са стабилни и последователни. По-нататък ръководенето (стопанисването) на задължителното здравно осигуряване, неговата стабилност и независимост трябва да бъдат повлияни от кохерентни управленски структури.

Събирането на констатациите от този доклад подсказва, че тези условия не са адекватно изпълнени в България. На хартия НЗОК в крайна сметка отговаря за изпълнението на задълженията си да предоставя услугите, включени в пакета ползи, на всички осигурени лица в рамките на отпускания бюджет. За да се осигури тяхната платежоспособност, фондовете за задължително здравно осигуряване обикновено са в състояние да използват редица лостове на политиката, които могат да бъдат организирани в три широки категории.

- ✓ От страната на приходите, корекция на вноски и управлението на резервите. Анализ на законите и на практиката показва, че НЗОК не упражнява изобщо или упражнява малко ефективен контрол върху приходите и резервите си.
- ✓ От страната на разходите един от първите критични лостове е управлението на „правата“ или „ползите“, гарантирани на осигурените лица. Отново в доклада се показва, че много от тези

елементи са определени от закона и чрез наредби, а не пряко от НЗОК. Всъщност други институции, включително Министерството на здравеопазването и Съветът по ценообразуването за лекарствени средства, задават повечето параметри. Същевременно никоя от тези институции не е подлежаща на отчет, отговорна или притежаваща необходимата експертна компетентност, за да гарантира, че бюджетът на НЗОК е устойчив. В допълнение няма доказателства, че тези решения са на основата на задълбочени икономически и финансови анализи на сегашните и бъдещите им въздействия върху бюджета на НЗОК или въздействието им върху потребителите. В много отношение няма съответствие между отговорността за определянето на очертанията на пакета ползи и отчетността за действителното му предоставяне в рамките на даден бюджет.

- ✓ Методите за договориране и плащане представляват втората категория лостове за управление на разходите. И все пак анализът в доклада показва, че сегашните методи за плащане и договориране спомагат за засилването на някои черти на предоставянето на услуги, които подкопават способността на НЗОК да се справя ефективно и устойчиво с бремето на незаразните болести и по-специално с растящия дисбаланс между стационарна и извънболнична помощ. По-нататък НЗОК се сблъсква с важни пречки по пътя да стане „активен“ купувач, включително с факта, че тя не може да сключва селективно договор с доставчиците.

В обобщение НЗОК има само ограничен набор инструменти за ефективно управление на отговорностите си за публичните финанси като единствения универсален задължителен здравен осигурител и среща пречки при използването на наличните инструменти.

Разпокъсаността и разминаването на ролите и отговорностите между НЗОК, МЗ и МФ трябва да намерят решение – ако не по друга причина, защото поддържат скъпоструваща и неефикасна система. Бъдещите прогнози на разходите за България и практически всички държави-членки на ЕС и много страни с новопоявяваща се пазарна икономика предполагат, че финансовият натиск, генериран от сегашната система за предоставянето на услуги и за плащане, в съчетание с демографски и епидемиологични промени, няма да отслабне и ще бъде важно да се насърчат реформи в предоставянето на услуги, което ще помогне да се ограничат разходите и да се използва НЗОК като лост при тяхното изпълнение. В крайна сметка трябва да се вземе решение коя организация (НЗОК, МЗ или МФ) има окончателната власт и отговорността, за да се гарантира, че системата е – и остава – ефикасно управлявана и финансово устойчива.

Оценката също подсказва, че дори да се изпълнят условията за основното осигуряване и дори да се организират свързано функциите за публично финансово управление, системата все пак ще трябва да разработи някои жизнено важни инструменти, за да ги изпълни: системата за здравна информация на НЗОК компрометираща тежко оперативната ѝ ефективност и е неадекватна за справяне с бъдещи потребности, икономическите и финансовите инструменти са недостатъчно използвани и има големи празноти в информацията.

В заключение, разпокъсаността и разминаването на ролите и отговорностите изключва ефективен холистичен подход към формирането на политиката за финансирането на здравеопазването и нейното изпълнение. От една страна някои от основните цели на здравната политика, залегнали в здравната стратегия на страната, включително необходимостта от повече първична помощ, профилактика и управление на НЗЗ, както и дългосрочните грижи, не се анализират пълно в техните измерения на финансирането на здравеопазването. От друга страна някои централни проблеми за финансирането на здравеопазването получават много ограничено

внимание, включително въздействието на ограничения в осигурителното покритие на населението.

## Увод

### Задача

1. През август 2014 г. правителството на Република България и Световната банка сключиха споразумение, наричано споразумение за консултантски услуги срещу заплащане (КУЗ) при финансиране на здравеопазването. Целта на тези КУЗ е да се окаже подкрепа на правителството да постави основата на прилагането на неговата Национална здравна стратегия (2014-2020 г.). По-конкретно Банката помага на Министерството на здравеопазването да разработи, оценява и прилага различни възможности в сферата на финансирането на здравеопазването, за да се подобри ефикасността, равнопоставеността, финансовата защита и дългосрочната устойчивост на здравната система.
2. За да се постигне заявената цел – разработване на варианти на политиката на финансиране на здравеопазването, първата стъпка е да се оцени как работи и се справя българската система на финансиране на здравеопазването. Настоящият доклад представя тази диагностика, а следващият раздел описва накратко възприетия подход за установяване на това.

### Подход към финансирането на здравеопазването и анализ на системите на здравеопазването

3. През годините изследването на системите на здравеопазването изостави обсъждането на реформите от гледна точка на това до каква степен те приближават дадена система на здравеопазването до някакъв вид „модел“ или поне „архетип“. Днес организацията на системите на здравеопазването се анализира, като се види как те задават набор основни „функции“, а тяхната работа се измерва в сравнение с общоприети цели, които всички системи на здравеопазването следва да постигнат. Освен това все повече внимание се отделя на „науката за доставката“, т.е. как се прилагат на практика в даден контекст правилата и принципите, насочващи системата. Следващият раздел описва накратко и по-конкретно рамката, която ще се използва, за да се опише как ще се организира функцията финансиране на здравеопазването в контекста на социо-икономическата, демографската, геополитическата, управленската и общата конфигурации на цялата система на здравеопазването и как ще се оценява нейната работа.

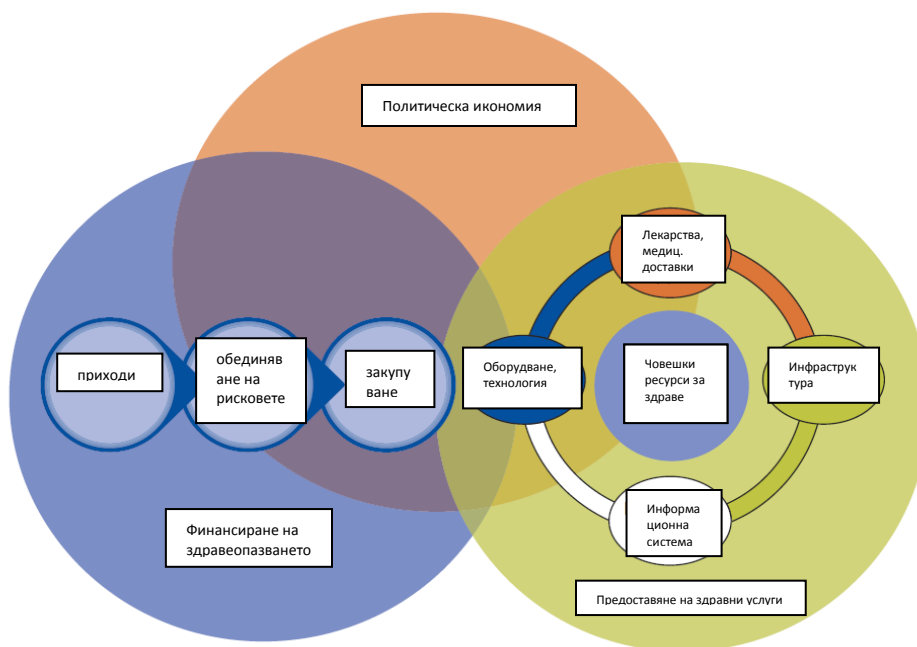
### Цели и задачи на системите на здравеопазването и на системите на финансиране на здравеопазването

4. За да се оцени работата на системата на финансиране на здравеопазването в България, тя трябва да се разбира в контекста на целите и задачите, които е предназначена да постигне, както и на взаимодействията ѝ с другите критични компоненти на системата на здравеопазването. По-конкретно този документ прилага глобално приетата таксономия на СЗО/Световната банка за системи на здравеопазването, както и свързаните **цели** и задачи на финансирането на

здравеопазването и системите на здравеопазването, които: (i) подобряват здравните резултати, (ii) осигуряват финансова защита, и (iii) откликват на потребностите на потребителите по равнопоставен, ефикасен и устойчив начин<sup>13</sup>.

5. **Фиг. 1** по-долу показва основните **функции** на системата на здравеопазването, а именно: финансиране на здравеопазването; предоставяне на здравни услуги – нейни компоненти са здравната инфраструктура, човешките ресурси в здравеопазването, информацията, лекарствата, медицинските доставки, оборудването и технологиите, както и политическата икономия (включваща лидерство, управление и стопанисване). Всички тези компоненти си взаимодействат и определят доколко добре една система на здравеопазването постига крайните си цели – подобряване на здравните резултати, осигуряване на финансова защита и отзивчивост към потребителите.

**Фиг. 1: Компоненти и взаимодействия в системата на здравеопазването**



*Източник: Maeda et al 2014*

6. Kutzin (2001) предлага рамка за анализ на финансовите договорености в здравеопазването, където се разграничават три подфункции:

- ✓ **Събиране на приходи**, които ще се използват за закупуване на здравни услуги,
- ✓ **Обединяване** на тези средства, т.е. начинът, по който се организират финансовите потоци, и

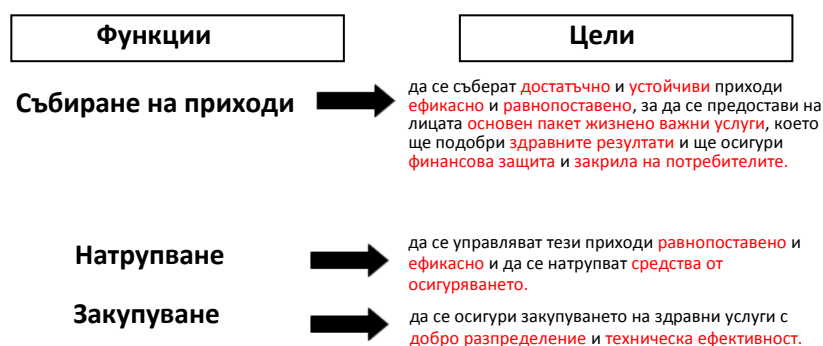
<sup>13</sup> СЗО 2000, 2007, 2010, WB 2006, Maeda et al. 2014.



- ✓ **Закупуване на здравни услуги**, което описва взаимодействието между посредниците, които управляват предплатените/натрупани средства и онези, които доставят услугите.

7. За да се постигнат изброените по-горе основни цели на системата на здравеопазването, тези ключови подфункции на системата на финансиране на здравеопазването следва да се прилагат по равнопоставен, ефикасен и устойчив начин, както е показано на **Фиг. 2**. По-конкретно в държавите трябва да се съберат достатъчно приходи по равнопоставен и ефикасен начин (т.е. който свежда до минимум икономическите изкривявания, предизвикани от инструментите за генериране на приходи), както и устойчиво, за да предоставят на населенията си основен пакет придобивки (ОПП), който води до максимални здравни резултати, осигурява финансова защита и откликва на нуждите на потребителите. Приходите следва да се обединяват равнопоставено и ефикасно (от гледна точка както на административните разходи, така и на разходите за гарантирането на осигуровката), за да се предостави на лицата здравноосигурително покритие срещу непосилно високи и непредсказуеми разходи за медицински грижи. Здравните услуги следва да бъдат закупувани и предоставяни равнопоставено и ефикасно. Следователно равнопоставеността, ефикасността (разпределителна и техническа) и устойчивостта са под-цели, които са вътрешно присъщи за постигането на общите цели: здравни резултати, финансова защита и отзивчивост към потребителите.

**Фигура 2 Функции и цели на финансирането на здравеопазването**



Source: Gottret and Schieber, Health Financing Revisited, World Bank 2006

### **От измерването на работата на системите на здравеопазването до предоставяне на препоръки относно политиката в здравеопазването**

8. В контекста на представената по-горе рамка за всяка функция и подфункции в здравеопазването и във финансирането на здравеопазването съществува доста стандартен набор показатели за оценка на работата по дадено измерение, например, един показател, който се използва, за да се определи степента, до която една система осигурява финансова защита, е „обедняването поради нерегламентирани плащания със собствени средства“. На основата на проучвания на бюджета на домакинствата този показател определя приблизително каква част от населението не биха били бедни, ако не трябваше да плащат за здравни услуги със собствени

средства. Първата стъпка за оценяване на дейността следователно е да се определи кои показатели за кои измерения могат да се изчисляват предвид наличната информация.

9. За повечето показатели за дейностите в системата на здравеопазването обаче не съществува такова постижение като „отлична оценка“, затова се прилага сравнителна техника (benchmarking) като основна техника за по-смислено оценяване на дейността. За България тази сравнителна техника за оценка ще включва: (1) оценяване на равнищата и тенденциите във времето съотносително със сходни съседни държави, както и със средните стойности за страните от ЕС-12 и ЕС-15, и (2) сравняване (benchmarking) на дейностите в България по лесно измерими параметри на финансирането на здравеопазването и резултатите/входните данни в системите на здравеопазването в сравнение с други страни със сравними приходи и разходи за здравеопазване. Това обикновено се прави чрез изчисляване на средните взаимоотношения за всички страни глобално и оценка на постиженията/отклоненията от глобалните средни стойности (т.е. точката върху глобалната средна регресионна линия за страни със сравними приходи), като се има предвид, че в глобалните средни стойности няма нищо правилно или неправилно. Въпреки това големи отклонения от „средните“ постижения при сравнявани страни със сходни приходи наистина дават някои индикации за сфери, за които може да е необходим по-задълбочен анализ и промени в здравните политики.

10. Разбира се, трябва да се имат предвид и ограниченията при такива анализи, тъй като няма един единствен измерител на дадена система на финансиране на здравеопазването или дори на система на здравеопазването и има множество характеристики, специфични за конкретна страна, които могат да повлияят на „изпълнението“ (напр. възрастовото разпределение на населението, географията). Извършвайки множество сравнения 2 по 2 на резултатите, входните данни и елементите на финансирането, както и добавянето на микроизследвания на конкретни аспекти на системата и на богатата литература относно здравната политика в България, може да се придобие обективна обща картина на работата на системата на здравеопазването в редица критични измерения на политиката и вероятните им въздействия върху постигането на целите за финансиране на здравеопазването/система на здравеопазването, както и сферите, в които следва да се съсредоточат реформите.

11. Макар и преди да са били правени някои ограничени сравнителни анализи за България, настоящият доклад ще представи комплексен анализ чрез използването на най-новите данни относно изразходването на средства в здравеопазването и информация за резултатите от базата данни на СЗО за националните здравни счетоводства, от базата данни на Световната банка за световните показатели на развитие и от последната регионална икономическа прогноза и макроикономическа статистика на МВФ, както и от най-новите проучвания върху бюджетите на домакинствата, за да се представи по-задълбочен микроанализ на спазването на равнопоставеността и финансовата защита.

12. След като бъде направена оценка на дейността по тези различни измерения, следващата стъпка е да се установят първопричините. Приписването на някакъв „резултат в дейността“ назад във времето на дадена функция и от там на „първопричина“ може да изглежда просто и логично. Например, финансовата закрила е общо взето в сферата на финансирането на здравеопазването и по-конкретно е резултат от събиране и обединяване на средства, както обаче се посочва много ясно в литературата за укрепването на системите на здравеопазването и за финансиране на здравеопазването, всички оценки на системите на здравеопазването и на финансирането на здравеопазването са трудни по редица различни причини, които включват: проблеми с дефинициите (напр. дефиниране на конкретни ключови компоненти на финансирането на

здравеопазването), проблеми с измерването (напр. измерването на здравните резултати или на покритието със здравно осигуряване), приписване на каузалност на сложни интерактивни системи, разделяне на факторите, свързани с търсенето от факторите, свързани с предлагането и контролиране на въздействията на външни фактори, несвързани със системата на здравеопазването, като образование, вода, санитарно-хигиенни условия, инфраструктура и пр. Следователно приписването на даден резултат от дейността на конкретна характеристика на системата на здравеопазването изисква (i) солидно и задълбочено разбиране на специфичния за дадена страна контекст, което включва как е организирана системата по принцип, както и как са операционализирани на практика тези принципи, и (ii) глобално знание кои черти на системата обикновено се свързват с по-добро или с по-лошо функциониране на системата.

13. Когато приключи диагностичната работа, описаната по-горе рамка може също да се използва за оценяване на политиките, предлагани от различни заинтересовани лица. Чрез преразглеждане как дадена политика ще модифицира изпълнението на всяка подфункция и събиране на доказателства от международния опит как това може да се очаква да допринесе за постигането на конкретна цел, може да се предложи техническо становище относно релевантността на политиката за попълването на специфични празноти в работата, установени в контекста на България, както и какво може да е нужно за успешното изпълнение на задачите. Следователно лицата, определящи политиката, следва да съсредоточат вниманието си върху основните цели, които се стремят да постигнат в уникалния демографски, епидемиологичен, политически, географски, институционален и икономически контекст на България, като същевременно следва да отчетат и институционалните договорености и икономическите стимули, присъщи на избраната от тях политика, от гледна точка на въздействието както на финансирането на здравеопазването, така и на общата система на здравеопазването.

## План на доклада

14. Представената в доклада диагностика включва:

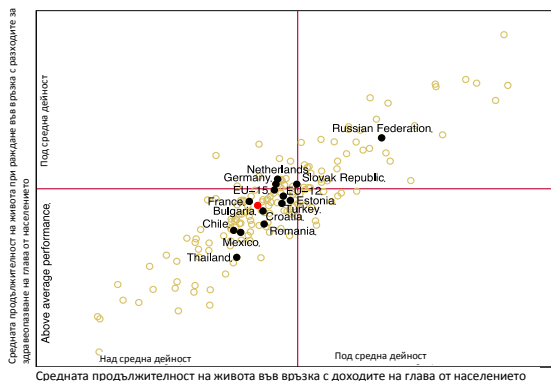
- ✓ Подбрани елементи от демографските и икономическите показатели, както и фактори на пазара на труда и на системата на здравеопазването, които са необходими като рамка на дискусия за финансирането на здравеопазването (Първа глава);
- ✓ Описание на системата на финансиране на здравеопазването, което очертава основните му характеристики, представя някои елементи на калибриране и хвърля светлина върху функционирането на системата на практика (Втора глава);
- ✓ Емпирична оценка на степента, до която системата на финансиране на здравеопазването в България функционира добре в сравнение с общоприетите цели и задачи, свързани с подобряването на резултатите в здравеопазването, финансовата защита на потребителите и тяхната отзивчивост, постигнато чрез равнопоставеност, ефикасност и финансова устойчивост (Трета глава);
- ✓ Разглеждане на някои от ограниченията пред реформите, включително фискално пространство, информационни системи и настоящата рамка на управление на НЗОК (Четвърта глава).
- ✓ Обобщение на констатациите в настоящия доклад, поставено в контекста на по-широк анализ на силните и слабите страни на системата на здравеопазването (Пета глава).

# Глава 1 Финансиране на здравеопазването при конкретни условия

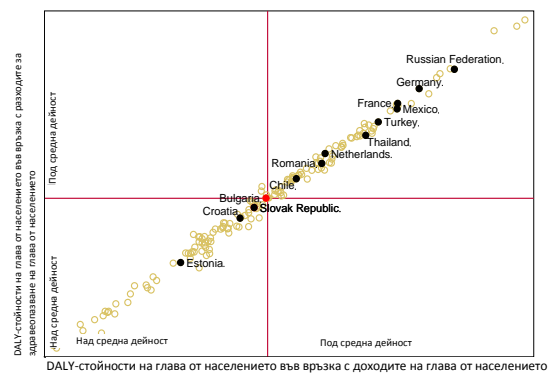
1. В тази глава се обсъждат редица епидемиологични, демографски и икономически тенденции и характеристики на българската система на здравеопазването, които открояват редица съществуващи в момента неефикасности и същевременно представляват предизвикателства пред успешното държавно финансиране на адекватни здравни услуги за населението на България. След присъединяването си към ЕС през 2007 г. България успя да се справи с несъответствията при резултатите от здравеопазването или в показателите за работата на системата на здравеопазването, независимо от приближаването на доходите с страната до доходите на останалите страни в ЕС. Населението ѝ застарява и остава относително бедно. Следователно може да се очаква, че разходите за здравеопазване ще се увеличават, докато перспективите да повишено генериране на приходи ще бъдат ограничени.

## 1.1 Резултати в здравеопазването

Фиг. 3: Средната продължителност на живота при раждане във връзка с приходите и разходите, 2012 г.



Фиг. 4: DALY-стойности на глава от населението във връзка с приходите и разходите, 2012 г.



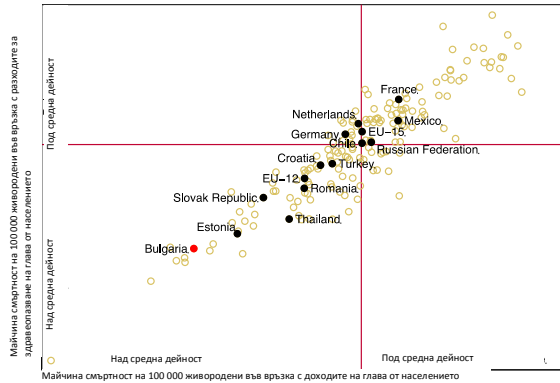
Източник: World Development Indicators и WHO NHA, 2014

2. В световен мащаб сегашните показатели за средната продължителност на живота и за продължителността на живота, коригирана с отчитане на инвалидността (DALY-стойности) на глава от населението в България показва средна до над средна дейност в сравнение с други страни със сходни равнища на приходи и разходи за здравеопазване на глава от населението (Фиг. 3 и Фиг. 4). И наистина по показатели като майчината смъртност България напредва стабилно и се доближава до равнищата на страните от ЕС-15 (Фиг. 5 и Фиг. 6). Както е показано в Приложението<sup>14</sup>, независимо от значимото намаление обаче детската смъртност в България е все още над три пъти по-висока от средните стойности за ЕС-15 от 3,2 мъртви деца на 1000

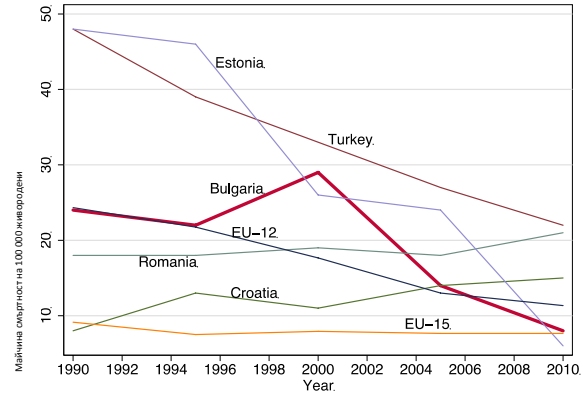
<sup>14</sup> Приложение към настоящия доклад представя допълнителни анализи на международни сравнения и тенденции.

живородени и почти два пъти по-висока от средните стойности за ЕС-12 от 5,5 мъртви деца на 1000 живородени.

**Фиг. 5: Майчината смъртност във връзка с приходите и разходите, 2010 г.**



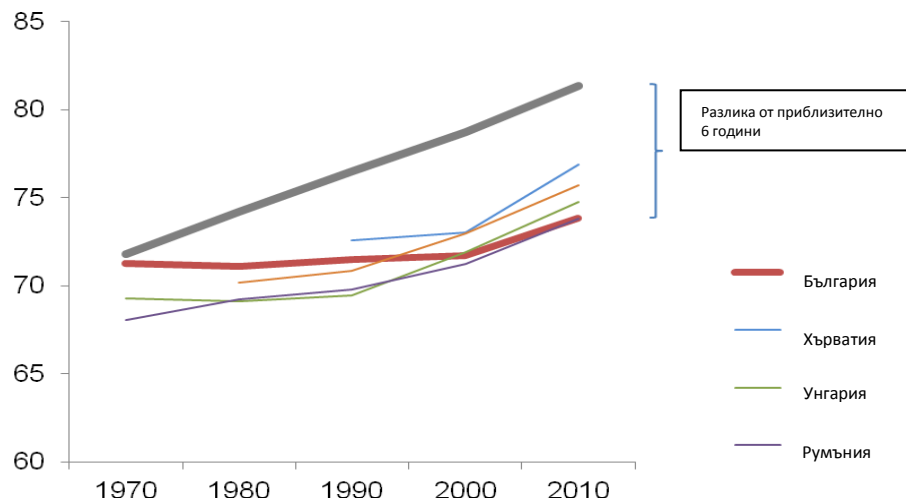
**Фиг. 6: Майчината смъртност от 1990 до 2010 г.**



Източник: World Development Indicators u WHO NHA, 2014

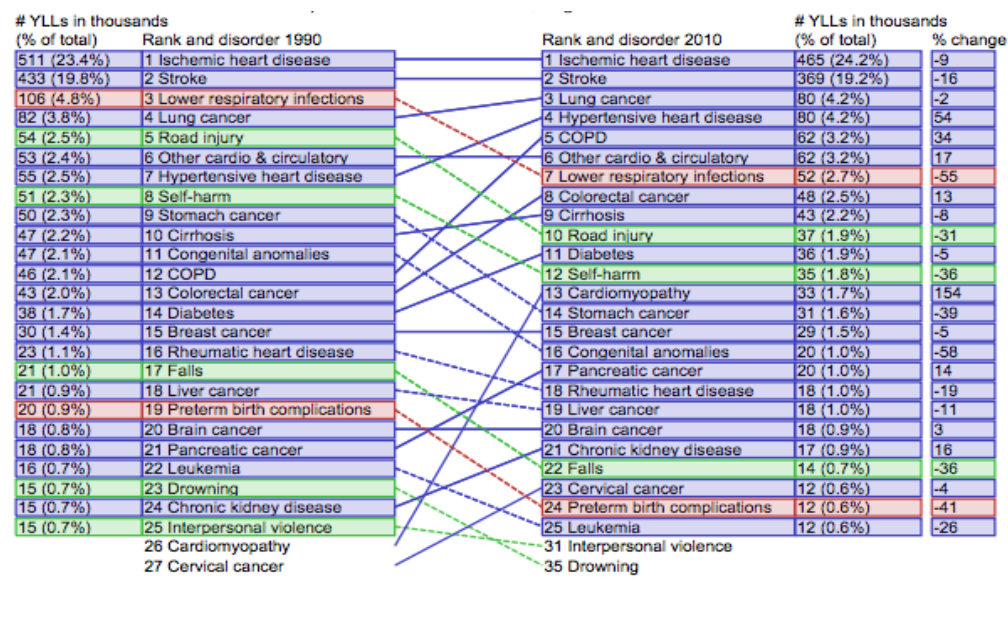
- Изследването на сборен показател като средната продължителност на живота в някакъв момент обаче прикрива слабата дейност при специфични условия, свързани със заболяванията, които най-много допринасят за преждевременната смъртност и за високата заболяемост. Всъщност след присъединяването си към ЕС България не успя да догони страните от ЕС-15 по общата продължителност на живота (Фиг. 7), независимо от сближаването на приходите, като дори изостава от страни, които в миналото са били с по-лоши показатели от нея.

**Фиг. 7: Средна продължителност на живота, 1970-2010 г.**



4. Например през 1970 г. средната продължителност на живота в България е била практически равна на преобладаващия брой страни от ЕС-15 и много по-висока, отколкото в Хърватия, Унгария и Румъния. Към 2010 г. обаче средната продължителност на живота в България изостана дори от тази на Румъния. През 2010 г. средната продължителност на живота при раждане в България е изоставала в сравнение със средните стойности Европейския съюз (ЕС) с приблизително 6 години – разлика, която остава доста постоянна от 2004 г. насам. Всъщност средната продължителност на живота се е подобрила съвсем малко след 60-те години на миналия век<sup>15</sup>.
5. Това сравнително добро справяне с фактори като майчината смъртност, които съществуват паралелно с бавното повишаване на продължителността на живота, може да бъде обяснено може би с **бавния напредък на България при контролирането на хронични заболявания по време на епидемиологичния преход**. Според последното глобално изследване на социално значими заболявания в България се наблюдава преход при социално значимите заболявания от инфекциозни към незаразни заболявания (НЗЗ). В действителност към 2010 г. почти 94 % от смъртността в България е била причинена от НЗЗ (Фиг. 9). Сърдечносъдовите заболявания в частност – инфаркти, сърдечна недостатъчност и инсулти – представляват повече от 66% от всички съобщавани смъртни случаи в България (Фиг. 8), като 24.2 и 19.2 % от загубените години живот (ЗГЖ) се дължат на исхемични сърдечни заболявания и инсулт<sup>16</sup>.

Фиг. 8: Причини за преждевременна смърт (загубени години живот), 1990 г. сравнена с 2010 г.

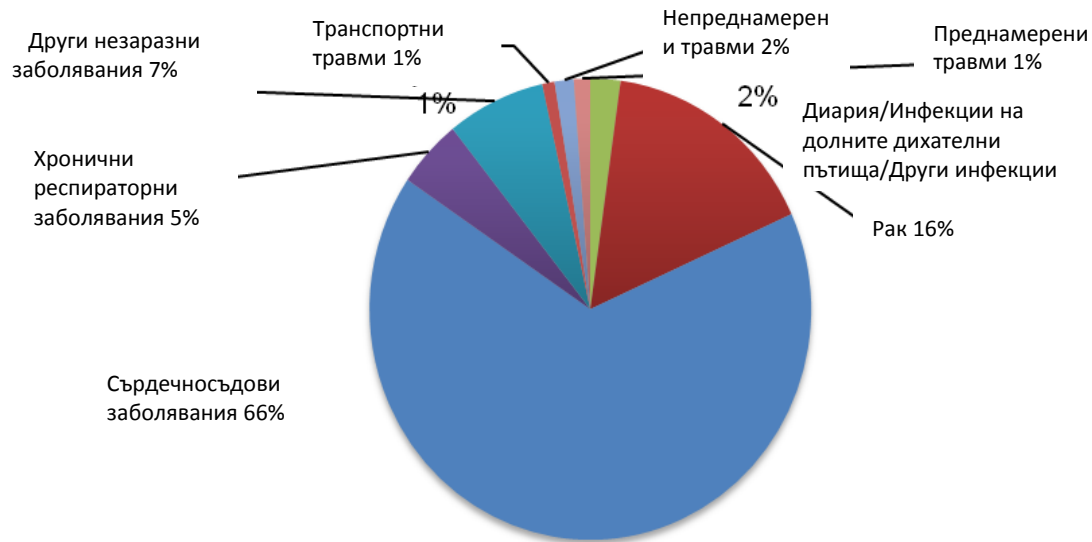


<sup>15</sup> World Bank (2013) *Mitigating the economic impact of an ageing population: options for Bulgaria*. Washington, DC : World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/09/18262916/mitigating-economic-impact-ageing-population-options-bulgaria>

<sup>16</sup> Числените данни за смъртността през 2010 г., разграничени според причината за смъртта в Фиг. 9, се различават съвсем леко от числата, публикувани от Националния статистически институт през 2012 г. в СТАТИСТИКА НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ, България 2013, Годишник.

ЗГЖ (хиляди) (% от общото)    Класификация и нарушение	ЗГЖ (хиляди) Класификация и нарушение (% от общото) % промяна
1 Ишемична болест на сърцето	1 Ишемична болест на сърцето
2 Инсулт	2 Инсулт
3 Инфекции на долните дихателни пътища	3 Рак на белия дроб
4 Рак на белия дроб	4 Хипертонично сърдечно заболяване
5 Пътнотранспортни травми	5 ХОББ
6 Други сърдечносъдови заболявания	6 Други сърдечносъдови заболявания
7 Хипертонично сърдечно заболяване	7 Инфекции на долните дихателни пътища
8 Самопричинени увреждания	8 Колоректален рак
9 Рак на стомаха	9 Цироза
10 Цироза	10 Пътнотранспортни травми
11 Вродени аномалии	11 Диабет
12 ХОББ	12 Самопричинени увреждания
13 Колоректален рак	13 Кардиомиопатия
14 Диабет	14 Рак на стомаха
15 Рак на гърдата	15 Рак на гърдата
16 Ревматични сърдечни заболявания	16 Вродени аномалии
17 Падания	17 Рак на панкреаса
18 Рак на черния дроб	18 Ревматични сърдечни заболявания
19 Усложнения при преждевременно раждане	19 Рак на черния дроб
20 Рак на мозъка	20 Рак на мозъка
21 Рак на панкреаса	21 Хронични бъбречни заболявания
22 Левкемия	22 Падания
23 Удавяне	23 Рак на маточната шийка
24 Хронични бъбречни заболявания	24 Усложнения при преждевременно раждане
25 Междуличностно насилие	25 Левкемия
26 Кардиомиопатия	31 Междуличностно насилие
27 Рак на маточната шийка	35 Удавяне

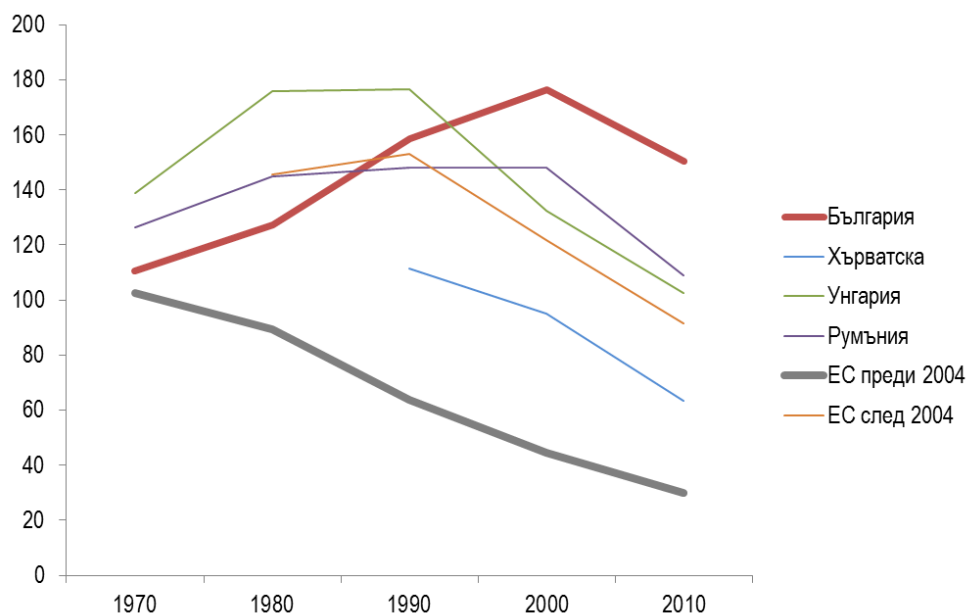
Фиг. 9: Причини за смърт в България (2010 г.)



Източник: IHME Global Социално значими заболявания (2014)

6. Подобно на данните за продължителността на живота България отстъпва в сферата на смъртността, причинена от заболявания на кръвоносната система (Фиг. 10). Стандартизираната смъртност поради сърдечносъдови заболявания най-общо далече надвишава средната смъртност в ЕС, дори когато сравнението се свежда до страни, които са се присъединили в ЕС след 2004 г.

Фиг. 10: Стандартизирана смъртност от заболявания на кръвоносната система (0-64 г.) на 100 000 души

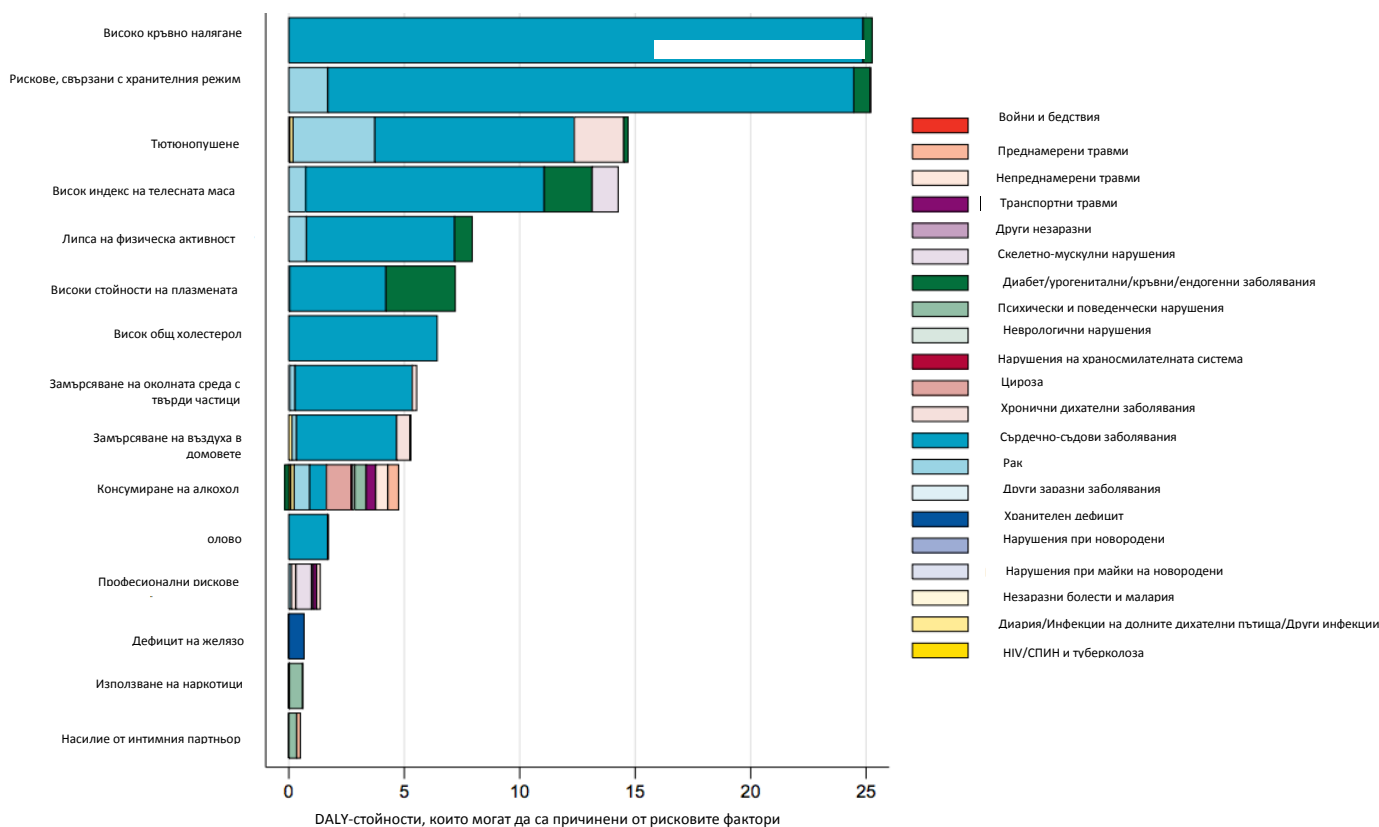


Източник WHO Health for All Database, 2014



7. Сърдечносъдовите заболявания също допринасят значимо за заболяемостта. В България почти 37% от продължителността на живота, коригирана с отчитане на инвалидността (DALY-стойности), може да се припише на сърдечносъдовите заболявания, което е най-високият дял сред страните от ЕС-28. Други основни причини за DALY-стойностите включват рака (13 процента), скелетно-мускулни нарушения (9.8 процента), травми (8.3 процента) и психически и поведенчески нарушения (IHME GBD, 2014).
8. Проучване на рисковите фактори, свързани с тези високо социално значими заболявания подсказва, че те биха могли да бъдат адекватно лекувани и управлявани чрез подходящи услуги в първичната помощ, включително чрез издигане на равнището на здравеопазването и на профилактичните дейности. Повечето DALY-стойности могат да се отчетат като дължащи се на високо кръвно налягане, рискове на хранителния режим, тютюнопушене и висок индекс на телесната маса (Фиг. 11). Последните налични данни показват, че през 2008 г. 41 процента от пълнолетното население (над 25 г. възраст) в България са страдали от повишено кръвно налягане (сistolно кръвно налягане  $\geq 140$  или диастолно кръвно налягане  $\geq 90$ ) (WHO Global Health Observatory, 2014).

**Фиг. 11: Социално значими заболявания в България, които могат да се считат за причинени от 15 водещи рискови фактори през 2010 г., изразени като процент от DALY-стойностите**



Източник: IHME Global Социално значими заболявания (2014)

## 1.2 Структура на системата на здравеопазването и ефикасност на предоставяне на услуги

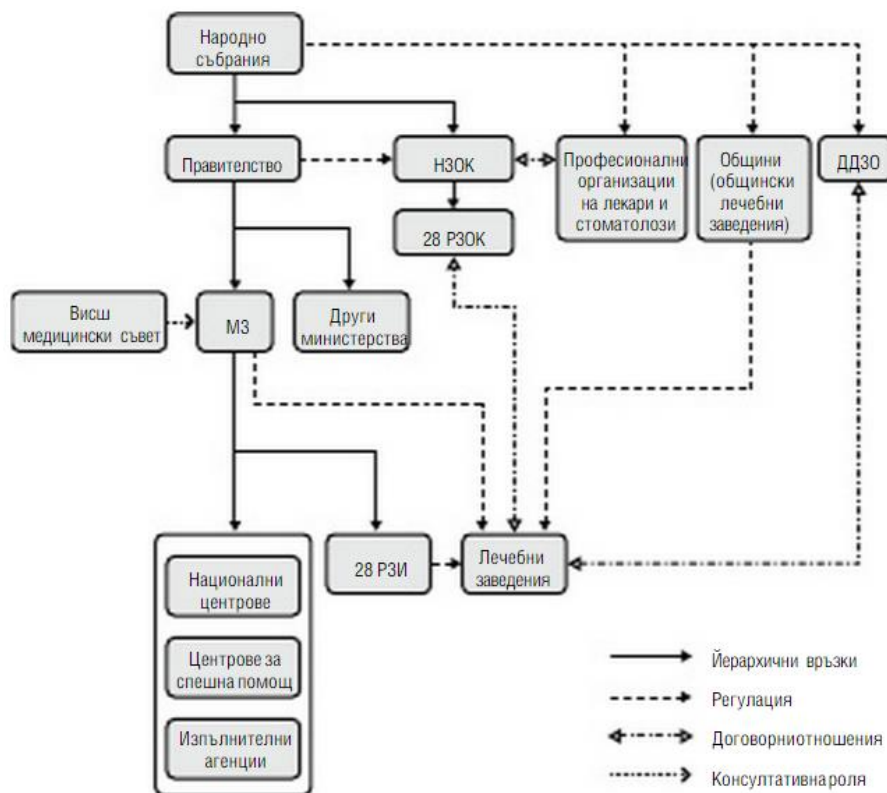
9. Сегашната системата на здравеопазването обаче не изглежда да е създадена с оглед на профила на заболяванията в България и не предлага правилното съчетание от услуги (основните характеристики на системата на здравеопазването са обобщени в каре 1, повече подробности са дадени в 2012 HiT).<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> В редица публикации се описва подробно организацията на системата на здравеопазването (HiT) и се обсъждат предизвикателствата, произтичащи от организацията на предоставянето на услуги (Sanigest 2008, HiT, World Bank, 2013).

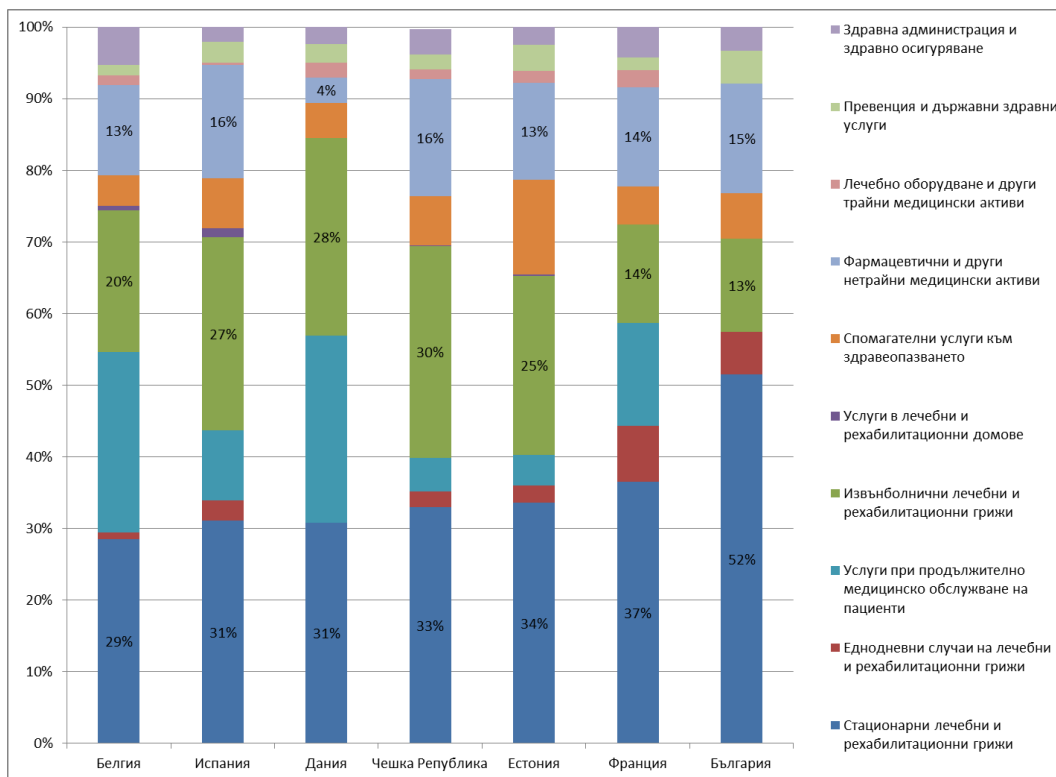
## Каре 1: Системата на здравеопазването в България

Системата на здравеопазването в България е силно разнообразна, със смесица от държавни и частни, централизирани и децентрализирани характеристики сред финансиращите институции и доставчиците на медицински грижи. В центъра на системата на държавно финансиране е Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), която е предназначена да обхване всички граждани и чрез която преобладаващата част от държавните ресурси (около 70%) се вливат в системата на здравеопазването. Здравни услуги се предоставят от мрежа доставчици, работещи в публичния или в частния сектор. Извънболничната помощ се предоставя в еднолични и групови практики, както и в медицински, диагностични и стоматологични центрове, повечето от които са частни. Болниците работят като търговски дружества и са предимно собственост на централните и местните органи на самоуправление. Около 10 процента от легловата база и около една трета от болниците са частни. Практически всички доставчици имат договор с НЗОК. На общопрактикуващите лекари си заплаща за всеки регистриран при тях пациент, а останалите извънболнични услуги – на основата на такса. На болниците се заплаща за услуги на основата на клиничните пътеки (КП), които представляват плащания за конкретни случаи. Частните разходи – покривани почти изцяло със собствени средства – представляват повече от 48% от средствата, изразходвани за здравеопазване в България. Организацията на системата на здравеопазването е представена на следната графика.



10. Лечението и контролът на незаразните заболявания изискват модел на предоставяне на услуги, съсредоточен върху първичните грижи, квалифицирани лекари в първичната помощ и механизми на запращане, които награждават профилактиката, ранното откриване и дългосрочното управление медицинските случаи, както и координирането на грижите. Системата на здравеопазването в България, процесите на заплащане на доставчиците и схемите на използване обаче са по-скоро ориентирани към стационарно лечение.
11. Проучването на изразходваните държавни средства в различните страни, например, подсказва, че България изразходва сравнително повече средства за болнични услуги и същевременно сравнително по-малко за извънболнични грижи (Фиг. 12), което представлява 52 процента от сегашните разходи, близо 20 процентни пункта над дела, предназначения за болници в другите страни (и има по-големи разходи от повечето страни, дори при контрол на приходите).

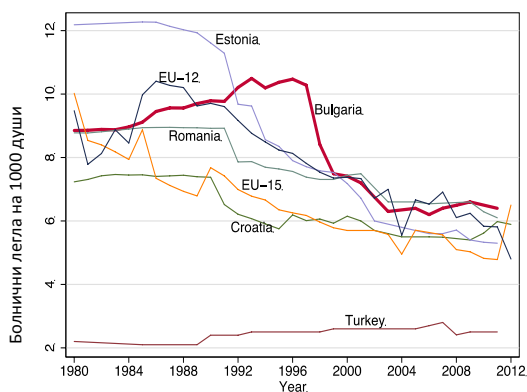
**Фиг. 12: Държавни разходи според категорията здравна услуга в България и избрани страни-членки на ОИСР**



Източник: OECD health и България NHA. Изборът на страни беше определен до голяма степен в зависимост от наличието на данни.

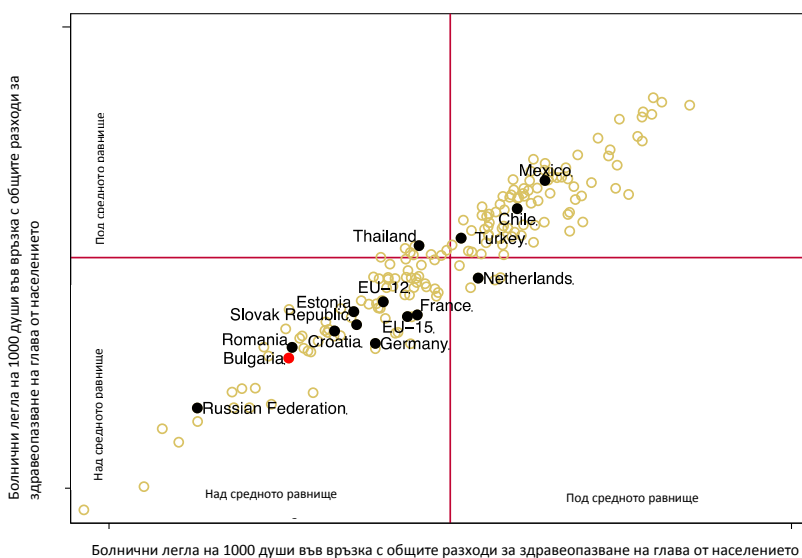
12. Болничният капацитет и делът на хоспитализациите са над средното равнище, дори когато се сравнява България със страни със сходни равнища на приходи и разходи за здравеопазване. Броят болнични легла на 1000 души е намалял значително в сравнение с пика през 90-те години на миналия век (Фиг. 13), но тази тенденция на намаляване започна да се обръща преди приблизително десет години. Днес броят болнични легла е значително по-висок от средния брой според приходите и разходите за здравеопазване в страната (Фиг. 14).

Фиг. 13: Болнични легла на 1000 жители от 1980 до 2012 г.



Източник: World Development Indicators и WHO NHA, 2014

Фиг. 14: Съотношение между болничните легла и населението във връзка с общите разходи за здравеопазване и приходите



Източник: World Development Indicators и WHO NHA, 2014. Данните за леглата БВП на глава от населението са за последната/най-ранната налична година.

- Освен това разпределението на хоспитализациите по болници подсказва и значителен свръхкапацитет и фрагментарност (Таблица 1, Фиг. 15, Фиг. 16). Средният болничен престой в България постоянно намалява след 2000 г. и е относително нисък в сравнение с останалите страни в Европа.<sup>18</sup> Макар такава намаляване да е в съзвучие с напредъка в медицината, през същия период тенденциите, свързани със заетостта на болничните легла, ясно сочи системна неефективност, произтичаща от големия брой легла и болници в България. Данните са за 65 процента през 2000 г. и има увеличение до 80 процента – норма

<sup>18</sup> Проблеми, свързани с дефинициите, изключват сравненията.

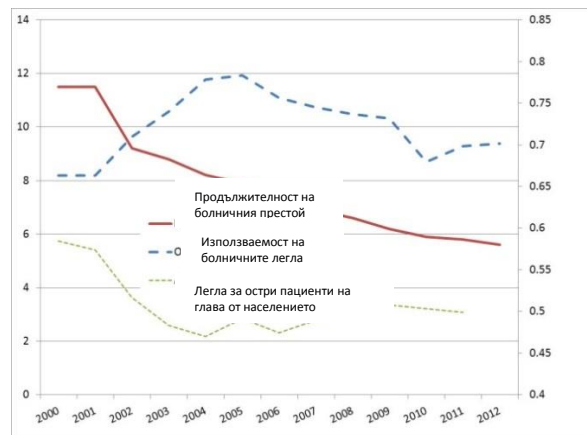
според международните стандарти. Сегашното равнище от 70 процента е много ниско, особено като се има предвид големия дял грижи, които могат да се предоставят в извънболнични условия.

Таблица 1: Брой хоспитализации на година по болници

Брой хоспитализации	Брой болници
По-малко от 500	51
500 – 1000	27
1000 – 5000	161
5000 – 10 000	61
Повече от 10 000	53
<b>Общо</b>	<b>353</b>

Източник: Данни на НЗОК, изчисления на автора

Фиг. 15: Използваемост на болничните легла и среден болничен престой, 2000-2012 г.



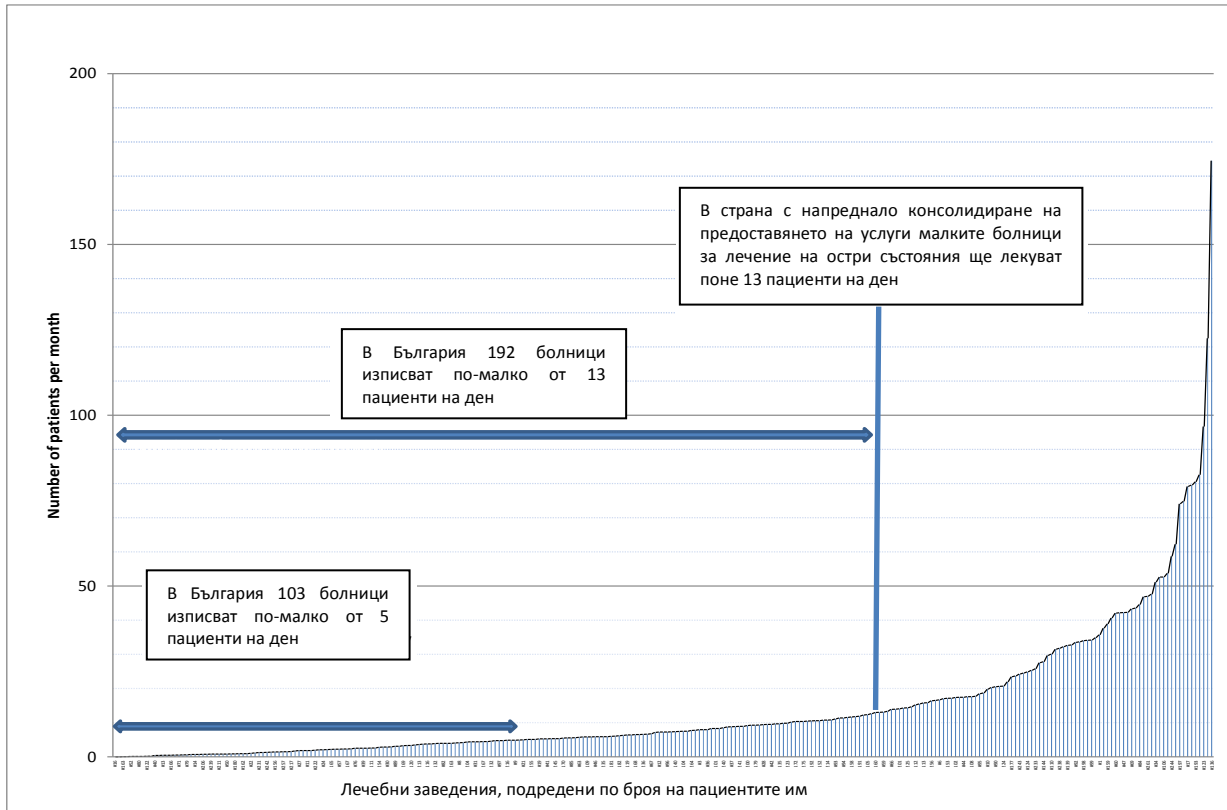
Източник: Изчисления на автора на основата на данни от Националния център за обществено здраве и анализи

14. Доказателства за фрагментарност могат да се илюстрират и чрез разпределенията на изписвания за различните болници (Фиг. 16). Трите най-натоварени болници в България изписват по повече от 95 пациенти на ден. На другия край на спектъра – първите 103 лечебни заведения отчитат 5 процента от болничните престои България. Освен това ако най-малката болница за интензивно лечение в България има 130 легла<sup>19</sup>, може да се очаква, че ще изписва

<sup>19</sup> World Bank (2013). Предположенията, на които се основава това моделиране, са правдоподобни. Например в Нидерландия през 2011 г. най-малката болница е имала 138 легла (използваният тук праг е 130). В исторически план обаче не е било така: през 50-те години на миналия век повече от половината холандски болници са имали по-малко от 130 легла, но междувременно моделът на системата е претърпял дълбоки промени. Други предположения са както следва: използваемостта на леглата е била 70 процента (което е доста ниско – през 2008 г. в България данните са за близо 76 процента) и всеки пациент е престоявал 7 дни в болницата (средният болничен престой в България през 2011 г. е бил 5.8 дни).

около 13 пациенти на ден. В България 192 (от общо 275) такива болници изписват по-малко пациенти<sup>20</sup>. По този начин болничният сектор се състои от изключително висок брой лечебни заведения, много от които са малки, което обяснява много малкия брой приети пациенти и се очертава значителен потенциал за консолидиране в сектора на основата на ефикасност и качество.

Фиг. 16: Брой пациенти на месец в различните болници



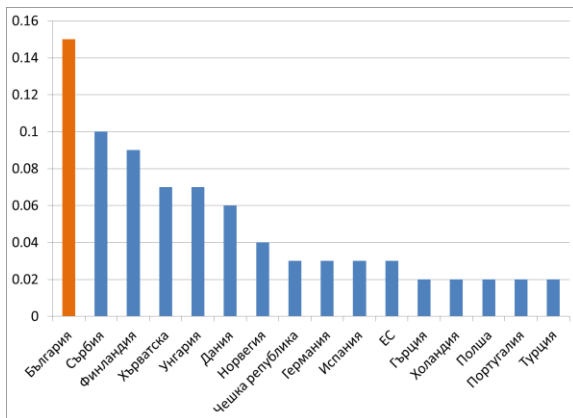
Източник: World Bank (2013). Данните са от 2011-2012 г.

- Тази степен на фрагментарност на болниците може да бъде вредна за икономическата ефикасност и същевременно да намали качеството на грижите. Известни данни, че това се случва, произтичат от стандартизираните данни за смъртността от апендицит, херния и запушване на червата. Смъртността при тези състояния е особено висока в България (Фиг. 17, Фиг. 18), което подсказва, че много болници може би не предоставят качествени услуги. Анализ на 21 095 смъртни случаи, регистрирани в базата данни на НЗОК през 2007 г., показва, че 6954 от тях (т.е. 33%) са могли да бъдат избегнати съгласно дефиницията на предотвратима смъртност<sup>21</sup>.

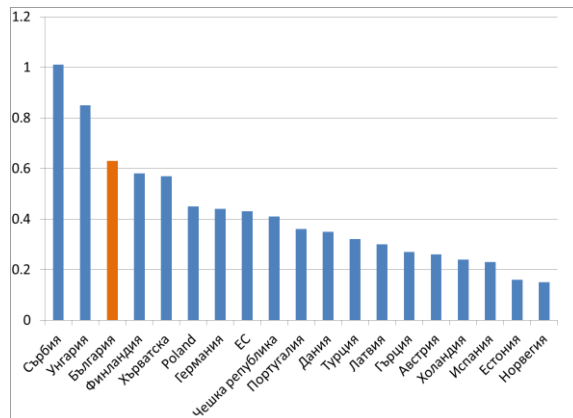
<sup>20</sup> Дори ако се вземат предвид и болниците, предоставящи продължителни грижи (по-малко от 35 от 275), където престойте биха били по-дълги, отколкото в болници за лечение на остри състояния.

<sup>21</sup> Sanigest (2008)

Фиг. 17: Стандартна смъртност, апендицит, 0–64 г., на 100 000 жители, 2011 г.



Фиг. 18: Стандартна смъртност, херния и запушване на червата, 0–64 г., на 100 000 жители, 2011 г.



Източник: WHO Health For All database

16. Тази излишна инфраструктура е придружена и от по-висока от средната използваемост на болнични услуги. Докато данните за хоспитализации в региона или са се стабилизирани, или са намалели с течение на времето, в България в момента изглежда се наблюдава алтернативна тенденция на увеличаващо се лечение в болница
17. Таблица 2). През 2011 г. хоспитализациите в България са били с близо 40 процента повече в сравнение с по-неотдавна присъединилите се държави-членки на ЕС. За разлика от тях извънболничните контакти са сравнително по-малко в България, средно 5,5 амбулаторни посещения на лице за година през 2011 г. (Atanasova et al, 2012), в сравнение със средно 7,23 посещения в други страни, които са се присъединили към ЕС след 2004 г. (WHO Health for All Database, 2014).
18. Анализ на хоспитализациите в България през 2013 г. също подсказва, че поне 20 процента от стационарно извършените процедури в болници в България е можело да бъдат извършени при основни извънболнични условия (World Bank, 2013). Тези приеми в болница за услуги, повечето от които не е необходимо да се извършват в болница, дори не отчитат състояния в късен стадия на заболявания като рак, застойна сърдечна недостатъчност или свързани с диабет ампутации, които би следвало да бъдат установени и лекувани в условия на първична помощ. В проучването на Sanigest за 2008 г. се съобщава, че 10% от всички приеми в болница са се дължали на състояния, податливи на амбулаторни грижи, което подсказва, че пациентите не получават необходимите грижи на равнище първична помощ, за да се избегне ненужна хоспитализация.

Таблица 2: Изписвания на стационарни пациенти на 100 изписвания

1980	1990	2000	2010	2011
------	------	------	------	------



<b>България</b>	<b>17,56</b>	<b>19,02</b>	<b>15,44</b>	<b>25,5</b>	<b>26,69</b>
Хърватия	13,89	15,35	15,73	16,88	17,03
Унгария		21,76	23,56	20,27	20,42
Румъния	22,99	20,13	21,22	23,56	21,61
ЕС преди 2004 г.		16,64	17,53	16,77	16,75
ЕС след 2004 г.	17,42	16,7	18,57	19,4	19,24

Източник: WHO Health For All Database, 2014.

19. И наистина от наличните данни може да се предположи, че секторът на първичната помощ в България не е в състояние да предоставя видовете услуги, изисквани за незаразни заболявания, които следва да бъдат предотвратявани, лекувани в ранна фаза и управлявани продължително време. Например включването на профилактични услуги е значително по-ниско в България, отколкото в други страни на ЕС, с изключение на Румъния (Таблица 3). Само 10 процента от жените на възраст между 50 и 69 години са се подложили на преглед на гърдите от лекар, а на по-малко от 20 процента от пълнолетните жени е вземана цитонамазка от маточната шийка. С изключение на Румъния тези числа представляват половината или по-малко от половината на постигнатото в другите държави-членки на ЕС.

Таблица 3: Данни за профилактика и скрининг, 2008 г.

	Преглед на гърдата (жени 50-69 г.) (%)	Скрининг за рак на дебелото черво, възраст 50-74 години (%)	Цитонамазка от шийката на матката (жени 20-69 г.) (%)	Смъртност от рак на шийката на матката (на 100 000 души)	Противогрипна имунизация (%)
Bulgaria	10.3	8.5	18	7.9	4.8
Czech Republic	39.8	14.1	46.3	4.9	19.4
Germany	44.7	36.6	58.3	2.5	56.2
France	50.3	13.6	48.7	1.9	66.7
Latvia	23.1	8.5	41.7	5.9	2.9
Hungary	37.4	2.9	35.4	5.7	30.3
Poland	29.4	1.7	35.8	7.1	12.9
Romania	3.5	0.7	4.4	13.4	18.1
Slovenia	25.6	3.3	38.5	3.7	22.3
Slovakia	31.9	9.6	33.1	6.3	24.4

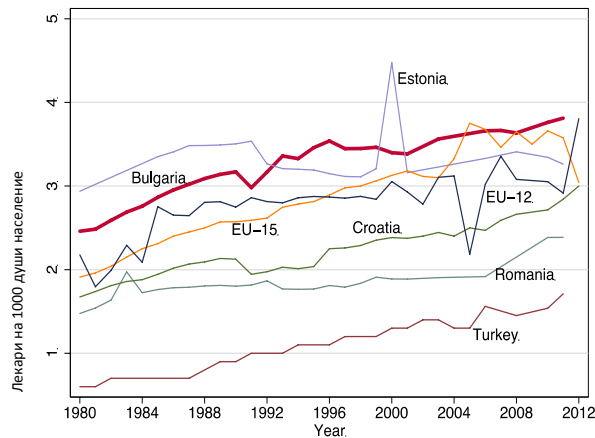
Източник: База данни на Eurostat. Заслужава си да се отбележи, че на страницата на Националния статистически институт са публикувани много по-високи стойности на базата на същото проучване<sup>22</sup>.

20. Използването на човешките ресурси не е в подкрепа на силен сектор на първичната помощ, макар че в България няма общ недостиг на лекари, а страната всъщност се класира над страните от ЕС-15 страни (Фиг. 19) и други страни със сходни профили на приходите и разходите за здравеопазване (Фиг. 20). Както общопрактикуващите лекари, така и медицинските сестри са недостатъчни (Таблица 4). Всъщност България е на едно от последните

<sup>22</sup> <http://www.nsi.bg/en/content/5636/use-health-care-услуга>

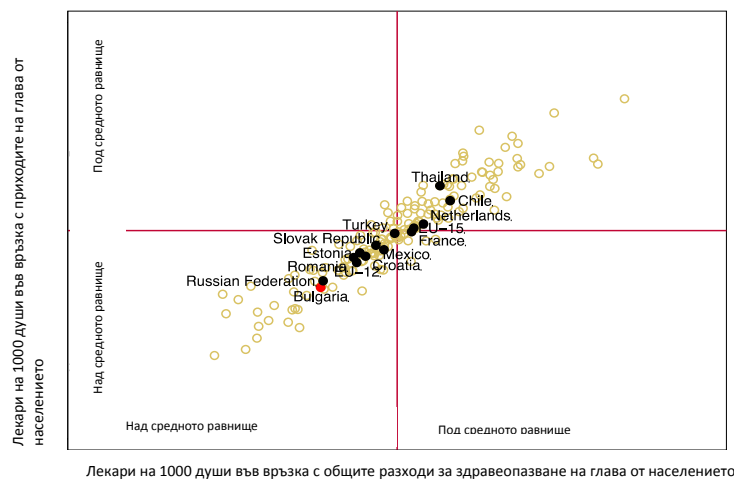
места сред европейските страни по брой на медицински сестри, като емигрирането им отбелязва бързо нарастване през последните години, особено сред младите професионалисти в здравеопазването (НІТ, 2012). Освен това само 5 процента от общопрактикуващите лекари са се квалифицирали в сферата на семейната медицина, а възрастта им е над 50 години. Общото застаряване сред лекарите също предизвиква огромна загриженост. В Трета глава ще бъде представен анализ как относителното преобладаване на услуги при стационарни условия и слабото включване на услуги в първичната помощ може да се обясни отчасти със стимули, създадени от механизмите за заплащане на доставчиците.

**Фиг. 19: Лекари на 1000 души население, 2012 г.**



Източник: World Development Indicators & WHO, 2014.

**Фиг. 20: Съотношение на лекарите във връзка с общите разходи за здравеопазване и приходите**



Източник: World Development Indicators & WHO, 2014. Данните за лекарите и за БВП на глава от населението са за последната/най-ранната налична година.

**Таблица 4: Общопрактикуващи лекари и медицински сестри, 2011 г.**

	ОПЛ на 100 000 души	Медицински сестри на 100 000 души
България	63,92	474,64
Хърватия	51,01	578,84
Унгария		638,41
Румъния	68,15	550,84
ЕС преди 2004 г.	87.4	868.35
ЕС след 2004 г.	46.13	619.51

Източник: WHO Health for All Database, 2014

### 1.3 Широка социално-икономическа прогноза

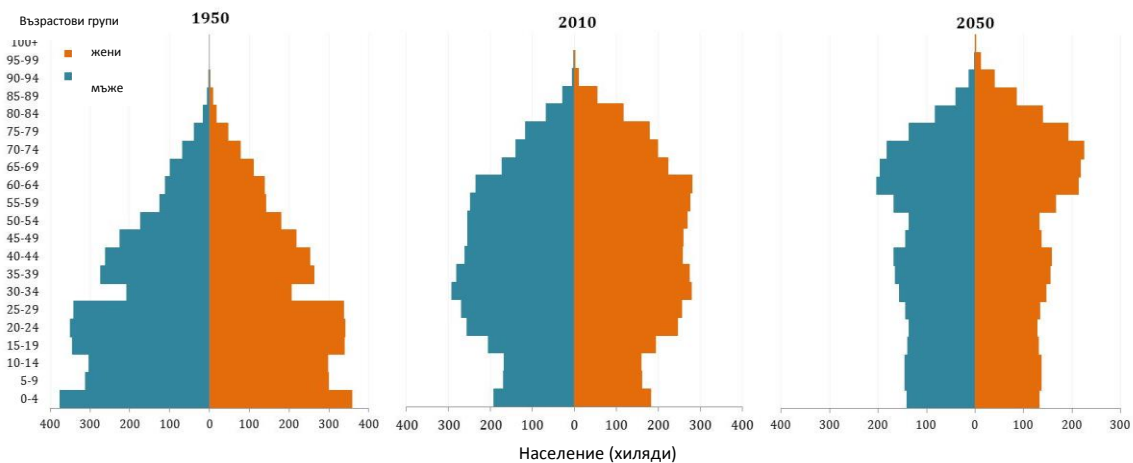
21. Както ще бъде изтъквано в целия настоящ доклад, решаването на проблема с неефикасностите в системата на здравеопазването ще бъде от ключово значение за подобряване на резултатите в здравеопазването в средносрочен до дългосрочен план, особено като се има предвид, че редица демографски и икономически тенденции ще засилят натиска върху публичните ресурси и ще ограничат перспективите за растеж, както е илюстрирано подробно в Доклада на Световната банка за застаряването от 2013г.<sup>23</sup>

#### Застаряване и миграция

22. Настоящите демографски тенденции най-вероятно ще изострят преобладаването на незаразните заболявания и ще заплашат икономическия растеж в дългосрочен план. В допълнение към описаната по-рано сравнително постоянна средна продължителност на живота, ниската раждаемост и нарасналата емиграция са довели до население, което е както застаряващо, така и бързо намаляващо. През 2011 г. общата раждаемост е била много под равнището за възпроизводство (1,51). Към 2050 г. се предвижда всеки трети българин да е по-възрастен от 65 години, а едва всеки втори ще бъде в работоспособна възраст (Фиг 21). ООН предвижда чиста емиграция от 10 000 души на година до 2050, а Евростат предвижда дори по-голяма кумулативна загуба на население в резултат от емиграция навън. В резултат от това към 2050 г. коефициентът на възрастовата зависимост се очаква да се удвои, а прогнозите за постъпване на работна сила на пазара са за намаляване с до 40 процента (Фиг. 22). Тъй като частта на работещото население е ключова детерминанта за равнището на приходите в дадена страна, нейното намаляване вероятно ще подтисне растежа. Освен това ще има все по-малко българи, които да издържат хора извън работната сила.

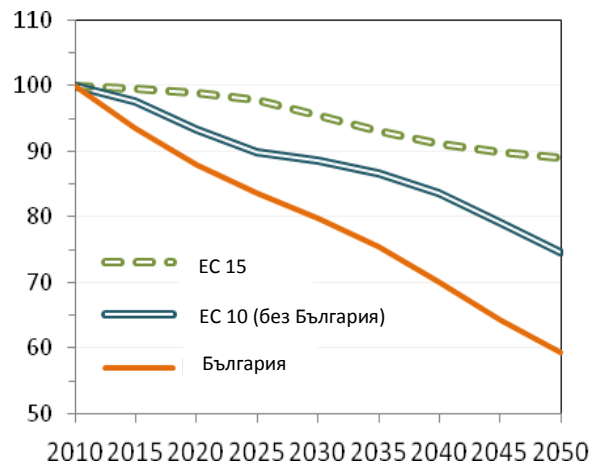
Фиг. 21: Възрастовата структура на българското население, 1950-2050 г.

<sup>23</sup> World Bank. 2013. *Mitigating the economic impact of an aging population : options for Bulgaria*. Washington, DC : World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/09/18262916/mitigating-economic-impact-aging-population-options-bulgaria>



Източник: Изчисления на Световната банка (2013 г.) на основата на данни от Отдела за населението на ООН (2011 г.).

Фиг. 22: Индекс на населението в трудоспособна възраст, 2010-2050 г.



Източник: Изчисления на Световната банка (2013 г.) на основата на данни от Отдела за населението на ООН (2011 г.). тази фигура представлява графика на индекса на населението в трудоспособна възраст, при което стойността на индекса е зададена като 100 за 2010 г., а като население в трудоспособна възраст се определя населението на възраст 15-65 години.

23. Това застаряване на населението и увеличаването на бремето на зависимостта само ще се усложнява от сегашните тенденции на миграция, при които лица на възраст под 40 години емигрират от страната, докато лица над 40 години се връщат България (Таблица 5). Лица в трудоспособна възраст, които могат да имат принос в общата икономическа дейност и да плащат данъци, напускат страната, а онези, които изискват големи разходи и е по-малко вероятно да имат принос, се връщат.

Таблица 5: Миграция по възрастова група, 2007-2013 г.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Мигранти на възраст под 40 години	- 1671	- 1010	- 11 719	- 15 621	- 3412	- 3903	- 3179
Мигранти на възраст 40 и повече години	+ 274	+ 134	- 4010	- 8569	- 1383	+ 1391	+ 2071
Общо	- 1397	- 876	- 15 729	- 24 190	- 4795	- 2512	- 1108

Източник: Национален статистически институт, България

### Уязвимост и неформалност

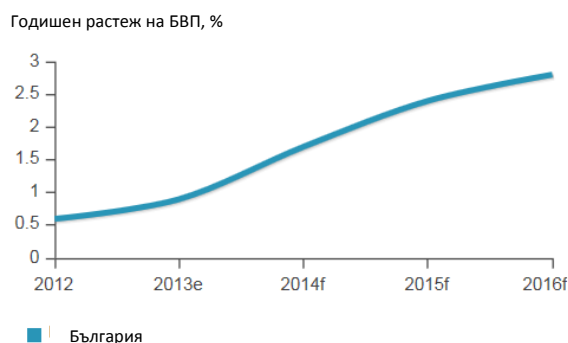
24. Този натиск се усложнява и от значителната и увеличаващата се част от населението, които е или бедно, или уязвимо с възможност да падне под прага на бедността, поради което трудно може само да си позволи да заплаща за услуги. Равнищата на бедността се повишават след 2008 г. През 2011 г. повече от 21 процента от населението е живяло под националния праг на бедността (World Development Indicators, 2014), а повече от 16 процента от населението е живяло с 5 долара (PPP) или по-малко на ден (EC-SILC). Близо до 4 процента са живели с 2 долара или по-малко на ден. Близо половината от населението обаче, или 3,6 милиона българи, са изложени на риск от бедността или социално изключване – най-високият процент в ЕС (Eurostat).<sup>24</sup>
25. Възрастното население е особено бедно. Над 60 процента от населението на възраст 65 или над 65 години е изложено на риск от бедност или социално изключване (Eurostat). По-нататък все по-голяма част от застаряващото население може да не е също в състояние да разчита на каквато и да е защита чрез пенсионната система. Понастоящем българската пенсионна система покрива едва 55 процента от населението в трудоспособна възраст, а и тя изпитва финансови затруднения. Очаква се осигурителното покритие да намалее в резултат от високата безработица в средносрочен план и поради спорадичния начин на правене на вноски, което се дължи на голямата неформална работна сила. В резултат от това се прогнозира намаляване на дела на възрастните хора с пенсионни права, които ще ползват правителствените субсидии за пенсионния фонд, което на свой ред ще повдигне въпроса как да се осигури приличен жизнен стандарт на възрастните хора (World Bank, 2013).
26. Тези тенденции в уязвимостта и намаляването на данъчната основа не се подпомагат от значителната (и относително статична) част на работната сила, която работи в неформалния сектор. През 2007 г. се изчислява, че „сенчестата икономика“ представлява повече от една трета от БВП (Schneider, Vuehn, Montenegro, 2010). През 2008 г. приблизително 16.5 процента от всички работещи са работили неформално (Packard, Koettl, Montenegro, 2012).

<sup>24</sup> Стратегията Europe 2020 дефинира понятието „риск от бедност или социално изключване“ с помощна на показател, състоящ се от три части, които включват риск от (относителна) парична бедност, тежки материални лишения и ниска работна интензивност.

## Фискални и макроикономически перспективи

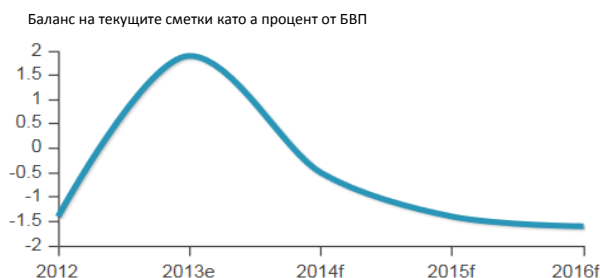
27. Макроикономическите перспективи на България са мрачни, ако няма реформа. В краткосрочен план възстановяването от кризата беше слабо в сферата на работната заетост<sup>25</sup>. Броят на безработните се е увеличил повече от два пъти между 2009 и 2013 година, достигайки 433 000 души, докато броят на обезсърчените работници се е увеличил с близо 60 000 до 207 000. прогнозите за растеж предвиждат той да е бавен, както и отрицателен баланс на текущите сметки през следващите няколко години (Фиг. 23 и Фиг. 24)<sup>26</sup>

Фиг. 23: Годишен растеж на БВП, 2012-2016 г.



Източник: World Bank Economic Prospects (2014)

Фиг. 24: Баланс на текущите сметки като а процент от БВП



Източник: World Bank Economic Prospects (2014)

28. В допълнение, описаните по-рано демографски тенденции вероятно ще имат огромна фискална цена, когато предлагането на работна сила се свие с 40 процента. В

---

<sup>25</sup> [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/eu/forecasts/2014\\_autumn/bg\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/eu/forecasts/2014_autumn/bg_en.pdf)

IMF (2014) България: Selected Issues Paper, Country Report No. 14/24

<sup>26</sup> Тези прогнози от икономическите прогнози на Световната банка се различават от прогнозите, направени от Европейската комисия (2014 г.), но са в съзвучие с последните прогнози на МВФ

макроикономическия модел, разработен за доклада за застаряването за 2013 г., се предполага, че дори при оптимистични презумпции демографските промени в България ще упражнят постоянен фискален натиск и ще подтиснат икономическия растеж. С намаляването на работната сила с близо 40 процента до 2050 г. реалното нарастване на БВП се прогнозира да се забави до 0,7 процента на година до края на хоризонта на прогнозата според сценария с базовите стойности. Очаква се държавните разходи като дял от БВП да се увеличат в дългосрочен план в резултат от разходи за обществено здравеопазване, дългосрочни грижи и прехвърляне на средства от правителството към пенсионната система, което ще доведе до повишаване на съотношението дълг/БВП България от 18 процента на 51 процента до края на прогнозния период.

29. Лошите здравни резултати и недостатъците в комбинацията от услуги, необходима за предотвратяване, лечение и управление на настоящето бреме на заболяванията, са показателни за редица неефективности в системата на здравеопазването, някои от които произтичат от сегашната система на финансиране на здравеопазването и се разглеждат по-подробно в следващите глави. В допълнение към това растящите здравни потребности на населението (както и нуждата от дългосрочни грижи) и ограничените перспективи за по-големи държавни ресурси за здравеопазването подсказват необходимостта от по-добро разбиране на начина, по който сега протичат парите през системата, така че съществуващите ресурси да могат да бъдат по-добре и целенасочено използвани за предоставяне на необходимите услуги, които отговарят на бъдещите потребности от здравеопазване на населението.

## Глава 2 Финансиране на здравеопазването в България: организация и функционален анализ

1. В тази глава се представя схематично системата за финансиране на здравеопазването в България. Целта не е да се описва подробно системата, както това е направено в редица изследвания, неотдавна прецизно, точно и подробно от Dimova et al (2012)<sup>27</sup>. Вместо това в тази глава ще бъде представено общо описание на основни характеристики на системата на финансиране на здравеопазването, съчетано с по-подробен анализ на преобладаващите оперативни и институционални условия. Това ще помогне да се покаже по-късно, че макар много от заложените черти на системата на (финансиране на) здравеопазването в България, включително законодателството, условията за финансиране и обединяване на риска, както и методите за закупуване, да съответстват на някои елементи на световните „добри практики“, политическата икономика, институционалната уредба и разделението на оперативните отговорности често не дават възможност за цялостно фокусиране върху политиката и/или за привеждане на правомощията в съответствие с отговорността на лицата, определящи финансирането на здравеопазването.

### 2.1 Система на финансиране на здравеопазването и потоци на финансиране

2. Архитектурата на системата на финансиране на здравеопазването и организацията на потоци на финансиране допринасят за работата на системата на здравеопазването на страната, а оттам и за нейната икономика. За да се разбере това, е необходимо (i) разграничаване на дела на разходите, финансирани чрез задължителни данъци и вноски – с други думи, разграничаване на държавния от частния дял (набиране на приходи), (ii) разбиране как точно са организирани и обединени (или не) държавните и частните потоци (обединяване на риска), и (iii) установяване как те впоследствие се инжектират в системата на здравеопазването под формата на заплащане за стоки и услуги (закупуване).
3. Всяко от гореизброените измерения на функционалното финансиране има въздействие върху работата на системата. Източниците на приходи определят степента на изкривявания в икономиката (напр. прекалено високото бреме на данъчно облагане), справедливостта на системата, финансовата достъпност на универсалното покритие и обхвата на основния пакет придобивки (ОПП), които на свой ред определят нивото на финансова защита и влияят на резултатите в здравеопазването, както и на дългосрочната финансова устойчивост на системата. Държавният и частният дял са от особено значение за общата равнопоставеност, за обединяването на риска, за ефикасността и за определянето на приоритетите в здравеопазването на страната. Методите на заплащане влияят върху ефикасността на предоставянето на услуги, което от своя страна влияе върху достъпа, качеството и равнището на разходите, тъй като повишената ефикасност всъщност представлява друг източник на финансиране.

---

<sup>27</sup> Вж. напр. Dimova A. Rohova et al., 'Bulgaria: Health System Review,' European Observatory, 2012. По-рано комплексно изследване е проведено и от Европейската обсерватория през 2007 г.



4. През 2012 г. около 6,3 милиарда лева са изразходвани за здравеопазване в България, 51% представляват държавни разходи, а останалите – частни, предимно със собствени средства<sup>28</sup>. На **Фиг. 25** са показани източниците и потоците приходи в системата на финансиране на здравеопазването в България, както и каналите, през които те накрая се превръщат в разходи. Като се започне с най-изявеното макроравнище, 51% влизащите в системата средства са публични, т.е. събрани и обединени чрез някаква форма на задължителни данъци или вноски и разпределени на основата на правила, залегнали в различни закони. Останалото представлява частни средства, най-често изразходвани от домакинствата при търсене на медицинска помощ от отделни лица („свободни средства“). От всички държавни средства, постъпващи в системата на здравеопазването, 48% са от общото данъчно облагане, останалите – от задължителните и целенасочени социални здравноосигурителни вноски, които постъпват пряко в НЗОК. Общо НЗОК събира и разпределя около 80% от цялото финансиране на общественото здравеопазване и следователно управлява най-големите публични средства в системата<sup>29</sup>. Освен вноските в НЗОК се прехвърлят и известни суми от общото данъчно облагане и някои други по-незначителни източници (вж. по-долу). В частен план над 98% от „приходите“ за здравеопазване идват от пряко закупуване на услуги и съвместни плащания и покриване на други разходи със собствени средства от потребителите, а частното доброволно здравно осигуряване (ЧДЗО) играе незначителна посредническа роля при частните разходи<sup>30</sup>. Общо взето, плащането със собствени средства – извършвано от всички пациенти на основата на индивидуални решения и на изискванията на НЗОК за поделянето на разходите – представлява единственият най-голям източник на приходи и разходи в системата на здравеопазването в България, възлизащи на 47% от общата сума (2012 ННА<sup>31</sup>). Втора по големина е НЗОК, която „командва“ официално и организирано 40% от общите разходи за здравеопазване. Всички публични и частни приходи се превръщат в разходи за здравеопазването – някои пряко от органите за управление на всички равнища, някои чрез НЗОК, а някои чрез преки плащания от потребителите със собствени средства на държавни и частни доставчици на медицински грижи, които включват ОПЛ, специалисти в извънболничната помощ, в болниците, спешната помощ, услуги в общественото здравеопазване и в някои паралелни правителствени системи на здравеопазването (напр. Министерството на отбраната).

---

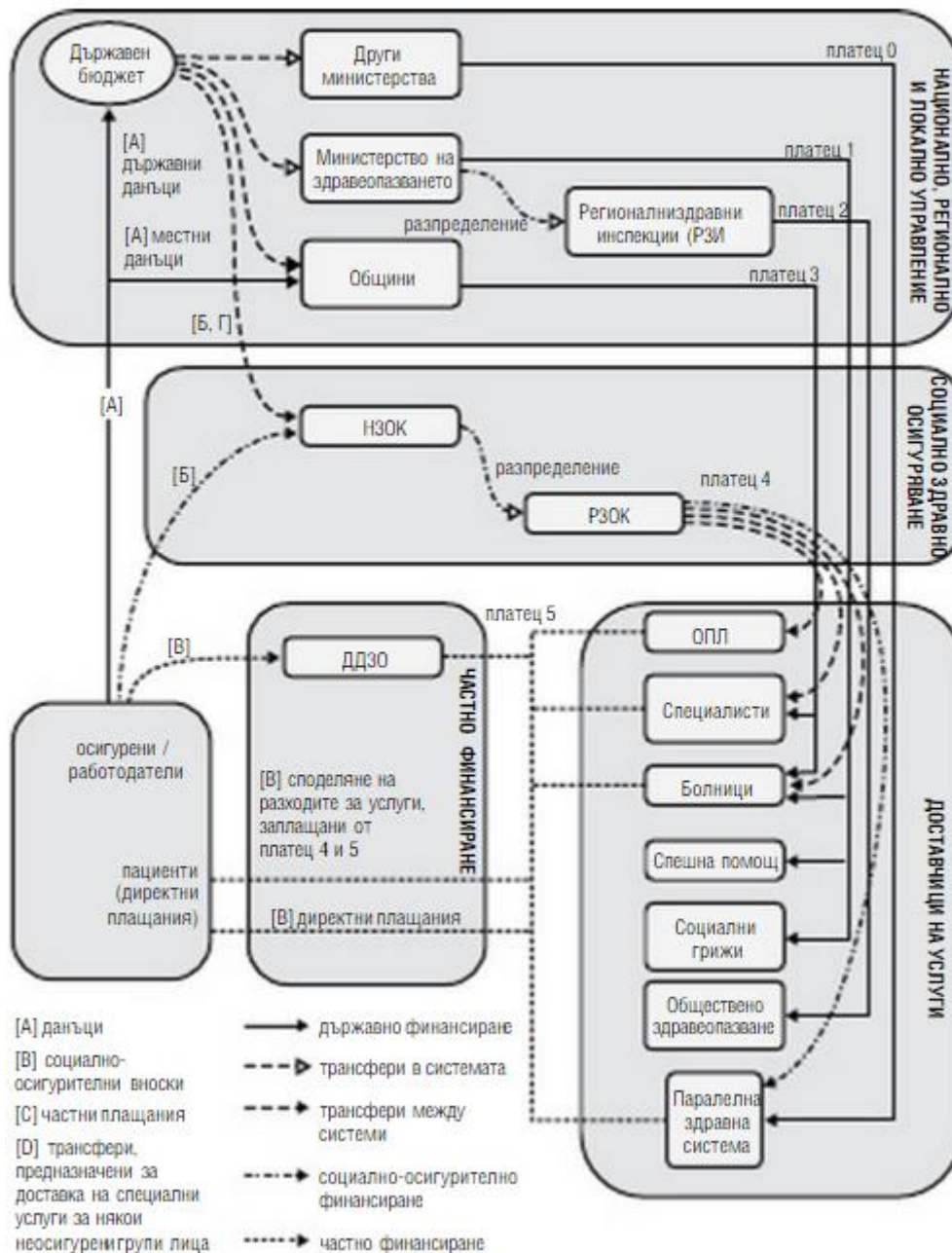
<sup>28</sup> ННА 2012 предварителни данни. Числото е за текущите разходи – не обща стойност. През предишни години разликата е около половин процент (публични). Данните за частните разходи се разработват по системата на здравните сметки и в изпълнение на Регламент на Европейския парламент и Съвета № 1338/2008 за статистиките на Общността относно общественото здраве и здравословни и безопасни условия на работното място-

<sup>29</sup> Изчислено от автора на базата на НЗОК и данните на BOOST.

<sup>30</sup> Според 2011 ННА това представлява 1% от частните разходи и още 1% от корпоративните. Останалото се заплаща със собствени средства.

<sup>31</sup> Предварителни данни за 2012 г. от NSA, които показват бързо увеличение на частните разходи. Данните за частните разходи през 2011 г. възлизат на 46% от общите разходи за здравеопазване, а със собствени средства – 45%.

Фиг. 25: Източници и потоци на финансиране



5. От стратегическа и финансова гледна точка решенията на много заинтересовани страни в държавния и частния сектор спомагат за определянето на общите равнища и за разпределението на ресурсите на системата на здравеопазването в България. Основните фактори включват:
- ✓ Народното събрание, което взема окончателното решение относно равнищата на общите публични разходи, разпределението между секторите и вътре в здравеопазването, както и относно бюджета на МЗ и НЗОК;
  - ✓ правителството, вкл. Министерския съвет (МС), Министерствата на здравеопазването и на финансите, както и редица други министерства и агенции (МТСП, НОИ, НАП);

- ✓ Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти (Съвета по ценообразуването);
  - ✓ НЗОК и нейните 28 регионални подразделения, общини, частни доброволни застрахователи
  - ✓ и, разбира се, лица, които закупуват стоки и услуги – пациентите и потребителите
6. Другите заинтересовани лица, които оказват влияние върху равнището на изразходване на средства и върху процеса на разпределение, са:
- ✓ доставчиците на здравни услуги, които са законно представлявани от Българския лекарски съюз,
  - ✓ компаниите, които продават лекарства, консумативи и медицинско оборудване, синдикатите и пациентските организации, представени в Управителния съвет на НЗОК.
7. Националните здравни отчети в България предоставят обобщена информация за равнищата, източниците и „дестинацията“ на държавни и частни потоци на финансиране. В **Таблица 6** се дава основна информация за равнището и основните компоненти на изразходването на средства в здравеопазването от 1995 до 2012 г., част от които ще бъдат анализирани по-подробно в следващата глава. Между 1995 и 2012 г. общите разходи за здравеопазване се увеличиха от 5,2 до 8% от БВП. През същия период правителството увеличи дела на бюджета си, изразходван за здравеопазване, от 8,5 до близо 12%. Въпреки това делът на правителството в общите разходи за здравеопазване *се намали* от 74 на 51%.

**Таблица 6: Равнище и основна структура на разходите за здравеопазване в България (1995-2012 г.)**

	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2012 г.
Общи разходи за здравеопазване като% от БВП	5,2%	6,2%	7,3%	8,0%
Държавен дял от общите разходи (%)	74,0	60,9	60,9	51,4
Разбивка на държавните разходи по източник				
от НЗОК	0	12	53	79
от държавния бюджет	-	-	40	17
от общините	-	-	7	4
Дял на частните от общите разходи	26,0	39,1	39,1	48,6
със собствени средства	100	100	96,9	97,7
Разходите за обществено здравеопазване като% държавните разходи	8,5%	9,1%	11,9%	11,8%

*Източници: WHO NHA 2012, BOOST<sup>32</sup>, сметки на НЗОК и изчисления на авторите*

8. Промените в разходите за здравеопазване във времето, съотнесени към БВП и общите държавни разходи, предлагат емпирична мярка за приоритизирането на разходите за здравеопазване,

<sup>32</sup> Базата данни BOOST за България е микрофискална база данни за държавните разходи, разработена от екип на Световната банка на основата на данни от Министерството на финансите. Тя е съобразена с правилата за консолидиране на националния бюджет и включва информация за одобрените, изпълнените и коригираните бюджети, разбити според равнището им на правителство, административни звена, второстепенни разпоредители със средства, икономическа и функционална класификация, и източник на финансиране, както е записан в системата на МФ в България.

съотнесени към общия икономически растеж (напр. всички дейности). Разходите за здравеопазване нарастват по-бързо в сравнение с ръста на икономиката и независимо от създаването на НЗОК значителна част от това относително нарастване се дължи на нарастване на частните, а не на публичните разходи за здравеопазване.

9. **Таблица 7** по-долу показва взаимоотношението между общото, държавното и частното здравеопазване, както и общото нарастване на средствата, изразходвани от правителството, по отношение на нарастването на БВП за периодите 1995-2012 г., 1999-2012 г. and 2005-2012 г., както и нарастването на разходите за здравеопазване в сравнение с общите държавни разходи. От това произтичат две основни наблюдения:
10. След създаването на НЗОК изразходването на средства в общественото здравеопазване се увеличава годишно по-бавно в сравнение с БВП, докато частните разходи за здравеопазване нарастват значително по-бързо. И наистина, от 1999 г. – годината на създаване на НЗОК – до 2012 г. общите разходи за здравеопазване се увеличаваха с 10% на година по-бързо, отколкото БВП. Общите публични разходи за здравеопазване нарастват с 3% *по-бавно*, отколкото БВП, докато общото частно изразходване на средства за здравеопазване нараства с 28,7% на година *по-бързо*. В по-близко време, 2005-2012 г., тези тенденции се потвърждават, но нарастването на публичните разходи е с още 7% *по-бавно*, отколкото БВП, докато частното изразходване на средства расте още по-бързо (еластичност 1,40). Все пак средно, от 1995 до 2012 г., държавните разходи нарастват с 4,6% по-бързо от БВП. В Трета глава е представено обсъждане на разходи в общественото здравеопазване в контекста на общата фискална ситуация в България.

**Таблица 7: Номинални еластичности на държавните разходи и разходите за здравеопазване (1995-2012)**

	1995-2012 г.	1999-2012 г.*	2005-2012 г.
Общи разходи за здравеопазване, съотнесени към БВП	1,112	1,100	1,135
Разходи за общественото здравеопазване, съотнесени към БВП	1,046	0,970	0,930
Частни Разходи за здравеопазване, съотнесени към БВП	1,232	1,287	1,402

*Източник: IMF World Economic Outlook и WHO, 2014*

11. Тези общи тенденции в изразходването на средства са оценени по-подробно по-късно, но представените тук числа показват, че НЗОК е основната институция, която оформя картината на финансирането на здравеопазването в България, поради което тя се разглежда подробно в следващия раздел.
12. Ако се извадят разходите на НЗОК, по-голямата част от останалите публични разходи се управляват от МЗ. Разходите на МЗ включват програми за обществено здраве, за диагностика и лечение, както и за лекарствени продукти и медицински изделия. Делът на общите разходи на МЗ за тези компоненти през 2013 г. е бил съответно 16,9 %, 75,1 % и 5,3 %, като останалите 2,8 % са административни разходи (МЗ 2013 г.)<sup>33</sup>. Макар съдържанието да се променя леко всяка година, програмите за обществено здраве обикновено включват здравен контрол, профилактика и

<sup>33</sup> Министерство на здравеопазването (2013 г.) Доклад за степента на изпълнение на одобрените политики и програми на Министерството на здравеопазването до 31 декември 2013 г. Доклад на д-р Таня Андреева, Министър на здравеопазването.

управление на заразните и незаразните заболявания, и намаляване на търсенето на наркотични вещества. Двете най-важни програми в сферата на диагностиката и лечението са спешната медицинска помощ и болничната помощ (последната беше прекратена като отделна програма и беше разпределена към различни други програми от 2014 г. насам).

13. Някои от отговорностите на МЗ са били прехвърлени във времето на НЗОК, а други са преминавали напред-назад между двете институции. Последното се илюстрира с дейностите по асистираната репродукция и задължителните ваксини, които са били прехвърлени на НЗОК през 2013 г., след което са били върнати пак в МЗ. От друга страна някои други големи разходи остават в НЗОК, като интензивните грижи, лекарствата за онкологичните заболявания и хемодиализата.
14. С прехвърлянето на някои отговорности на НЗОК разходите на МЗ са намалели чувствително – от близо 590,9 млн. лева през 2011 г. на 399,7 млн. лева през 2014 (според доклади на МЗ за съответните години). След като се отчете инфлацията, това представлява 36 % намаление. С изключение на администрацията намаление в сравнение с 2010 г. е имало и в трите основни сфери на политиката на разходите на МЗ, включително и за общественото здраве, което остава изцяло отговорност на МЗ.

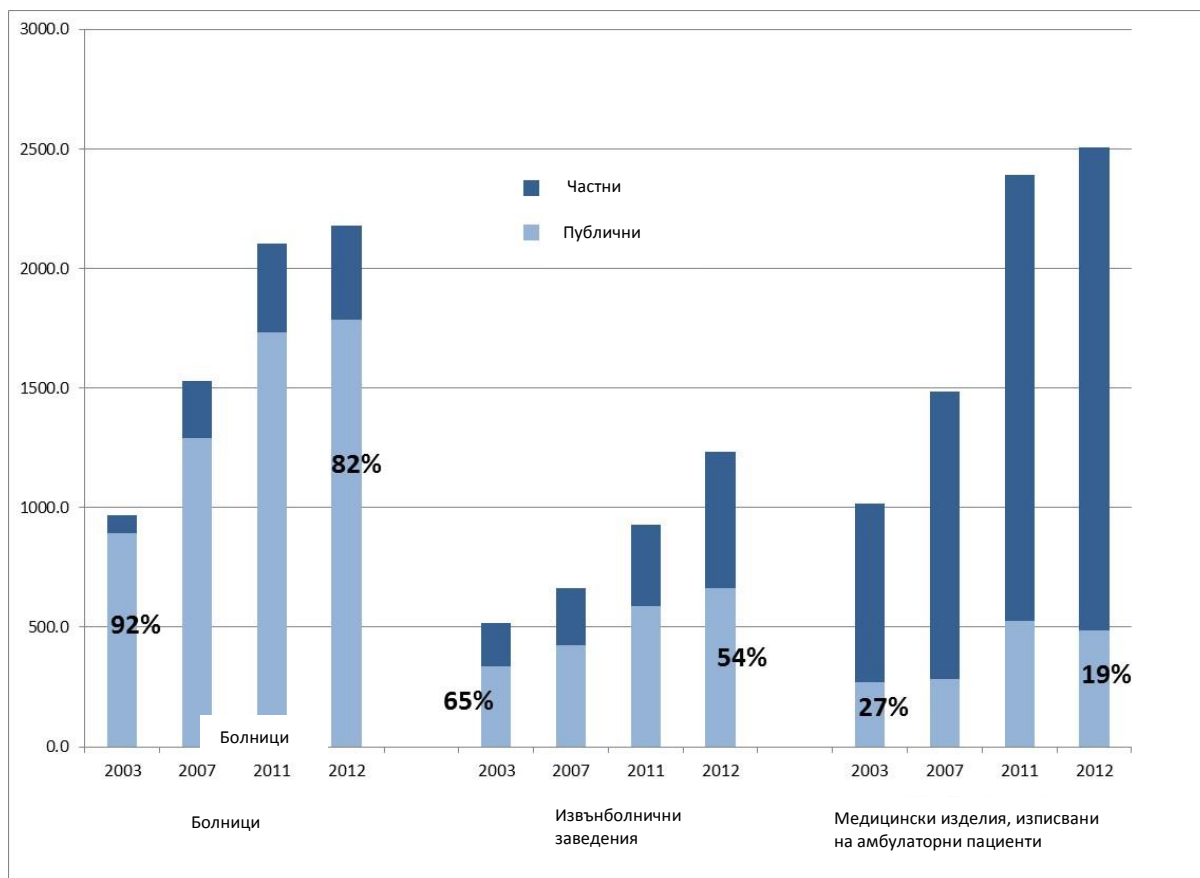
**Table 8: Процентни промени в реалните разходи на МЗ в сравнение с 2010 г. (%)**

Основни сфери на политиката	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2013 г. (Отчетени до 31 дек. )	2015 (Закон)
Обществено здраве, промоция и профилактика	15,85	11,32	(37,09)	(32,39)	(16,89)
Диагностика и лечение	36,11	(8,34)	(24,72)	(20,24)	(14,64)
Лекарствени продукти и медицински изделия	(35,97)	(91,64)	(86,93)	(87,04)	(83,66)
Администрация	51,01	12,21	22,86	125,44	21,88
Общи разходи на МЗ	15,88	(24,84)	(40,91)	(36,18)	(30,99)
Общи разходи на МЗ (постоянна стойност за 2010 г., хиляди лева)	684,737	444,096	349,180	377,109	407,776

Забележка: Промяната в проценти се изчислява, като се използват реални разходи (с константна стойност за 2010 г.). Реалните разходи бяха изчислени с помощта на дефлатор на БВП (източник: МВФ/МФ)

15. Различните категории доставчици на грижи получават различни дялове от държавните и частните фондове, които циркулират в сферата на здравеопазването. Според националните здравни сметки по-голямата част от болничната помощ се финансира от държавата, докато извънболничната помощ се финансира от държавата повече от 50 %. Медицинските стоки, включително лекарствените средства, са предимно частно финансирани: през 2012 г. само 19 % са били държавно финансирани. С течение на времето частният дял се е увеличил за всички видове услуги.

Фиг. 26: Дял на частните и на публичните разходи при различни видове грижи (2003-2012 г.)



Източник: Националните здравни сметки в България  
 Данните от Националните здравни сметки не са верифицирани от Евростат

## 2.2 История и проект на НЗОК

### 2.2.1 История и еволюция

- Оценявайки работата на НЗОК, следва да се разбира историческият ѝ контекст, институционалните ѝ характеристики и сегашните оперативни реалности. Тези оперативни реалности произтичат от вътрешни и външни институционални, правни и политически фактори, както и от собствения *modus operandi* на организацията. Настоящият раздел на анализа разглежда историческия контекст на НЗОК и обобщава основните ѝ организационни черти от гледна точка на управление, квалификация, финансиране, включени ползи, заплащане на доставчика и сключване на договори, лекарствени средства, нейната информационна система за управление на здравеопазването (ИСУЗ) и други важни структурни фактори в контекста на нейните основни функции и цели, свързани с финансиране на здравеопазването.
- От историческа гледна точка финансирането на здравеопазването и системата на здравни реформи в България са пример за отдалечаването от съветския модел (Семашко). В този модел универсалното покритие се е постигало чрез държавна, национална здравна служба (НЗС), финансирана от общите приходи, при която всички доставчици са били държавни предприятия, болниците получавали глобални бюджети, лекарите и другите здравни работници били държавни

служители на заплата, а частната практика и осигуряване били забранени. Системите Семашко били традиционно недофинансирани, тъй като здравеопазването не се е разглеждало като производствен сектор, а е било и съсредоточено около болничните заведения. Предвид ограничените ресурси те обикновено са се справяли доста добре със заразните заболявания, но много характеристики, особено на системата им на предоставяне на услуги, не са били добре приспособени за справяне с настоящето и бъдещото бреме на хроничните заболявания на едно застаряващо население.

18. С течение на времето България премина към по-плюралистична система на здравеопазването. Тя въведе фонд за социално здравно осигуряване. Реформите разделиха закупуването от предоставянето с намерението парите да следват пациентите, а не да финансират съществуващи медицински заведения – независимо от дейността и използваемостта им. Бяха приложени реформи в заплащането на доставчика, бяха разрешени частни доставки и частно здравно осигуряване, амбулаторното лечение беше приватизирано, а болниците станаха автономни. МЗ остава отговорно за общественото здравеопазване, спешната помощ, туберкулозата, HIV/СПИН, психичното здраве и някои други услуги, като ролята му се развива по посока на стопанин в системата.
19. НЗОК стана основното звено, отговорно за финансирането на здравеопазването. Характерно е, че един фонд за социално здравно осигуряване е отговорен за набирането на повечето (публични) приходи и разходи; тя обединява здравните рискове чрез единен национален общ фонд на риска и за закупуване на услуги от името на записаните в нея. Социална солидарност се постига по принцип чрез наличието на единен национален общ фонд на риска и задължително включване на цялото население. НЗОК бе създадена със закон през 1998 г. и от тогава законодателната и регулаторна структура на НЗОК е претърпяла множество промени (100 промени до този момент)<sup>34</sup>, много от които са отражение на нестабилната политическа среда в България. Основополагащият за НЗОК Закон за здравното осигуряване и основният Закон за здравето на страната уточняват нейната структура и оперативни изисквания от гледна точка на нейното управление, квалификация, включени ползи, финансиране, сключване на договори/закупуване и множество други оперативни и структурни черти. Както беше обсъдено по-горе, те са описвани подробно в редица други проучвания, а тук ще бъдат само обобщени накратко.
20. В широк план НЗОК изглежда доста сравнима с много „социални (или задължителни) фондове за здравно осигуряване“ на ЕС. Цялото население е по принцип включено чрез задължителен, универсален и автономен публичен фонд за здравно осигуряване. Работещите (и техните работодатели) плащат вноска за социално здравно осигуряване на основата на доходите си. Бедните, безработните, децата, пенсионерите, лицата с увреждания и други социално зависими групи или групи с предимство се финансират от правителството. Единният национален публичен фонд обединява здравните рискове за цялото население, като закупува услуги от държавни и частни доставчици за включените в програмата.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Според Todorova и Salchev ситуацията с цялото здравно и свързано със здравеопазването законодателство е дори по-бурна. Между 1999 и 2014 г. бяха приети много закони, засягащи здравето – 13 с пряко действие в системата на здравеопазването и 9 непряко свързани със здравеопазването, при което са направени 293 промени, засягащи първата група закони и 373 промени във втората. Rumanya Todorova and Petco Salchev, 'Challenges and Alternatives to the Health Insurance Model in Bulgaria', PPT, Sophia Bulgaria, 2014.

<sup>35</sup> Вж. Gottret и Schieber, 2006, с. 82-96 за по-подробно обсъждане.

21. По-долу се обобщават основните структурни черти на НЗОК, които включват управлението, изисквания за включване, включени ползи, договорености за финансиране, закупуване/сключване на договори, лекарствени средства, ИСУЗ и други ключови елементи. Този раздел на анализа полага основата за оценяването на работата на НЗОК чрез анализиране на оперативните й реалности. По-конкретно тук се описва системата от правила и разпоредби, които представляват оперативната среда на НЗОК.

## 2.2.2 Управление

22. НЗОК е публична нестопанска институция, ръководена от Управител под надзора на Управителен съвет. От 2010 г. Управителят се избира от Парламента. Надзорният Управителен съвет има девет членове: един представител на пациентски организации, двама представители на синдикатите на работещите, двама представители на синдикатите на работодателите и четирима представители на държавата, назначени с решение на Министерския съвет.

23. Макар Министерството на здравеопазването да е отговорно за общата политика в здравеопазването, НЗОК е самостоятелно ведомство, подчинено на Народното събрание, което функционира в контекста на рамката консолидирани държавни разходи. От основаването си НЗОК е имала 12 управители, чийто мандат е бил средно около една година. НЗОК се занимава предимно с административното управление на системата според правилата и се стреми да се справя с напрежението между очакванията на пациенти и доставчици, от една страна, и бюджетните ограничения, наложени от фискалната рамка в България – от друга. Вътрешната й организация не включва изрично стратегически или аналитични отдели, които биха могли (например) да оценяват работата й, да извършват математическо моделиране на възможното въздействие на промени в политиката, да следят систематично и статистически поведението на доставчици или пациенти, да оценяват финансовата й платежоспособност и фискална устойчивост, и пр. Макар повечето от правилата, при които действа, да са уредени в закони, НЗОК запазва важни отговорности за водене на преговори с НРД, включване в системата, изплащане на искове и други форми на взаимодействие с доставчиците. До този момент или поради ограничения, или по политически причини, не е поставила силен акцент върху провеждането на технически диалог в рамките на своите правомощия, за да се опита да се справи с някои от ограниченията, с които се сблъсква.

## 2.2.3 Пригодност

24. Законът за здравното осигуряване постановява задължително осигуряване за всички българи. Това е мандатен договор работодател/служител за формалния сектор работодатели/работещи и индивидуален мандатен договор за самонаетите лица, включително за работещите в неформалния сектор. Безработните лица, които нямат право на обезщетение за безработица или на социална помощ, са също задължени да се включат. Останалото население, включително децата и пенсионерите, се осигурява от държавата. В Таблица 9 са посочени различните категории за включване и изискванията за тяхната вноска.

Таблица 9 Източник на НЗОК и ставки на вноските според категориите за включване

Категория осигурени лица	Основа за изчислението	Медицинска социална осигуровка, платена от	Ставка	Елементи на калибриране** (2013)
Заети лица	Заплата с минимален и	60% от работодател	8%	Минимална вноска 34 лв. с дял на служителя: 13 лв.



	максимален приход, за който се плаща вноски	я и 40% от лицето*		(€7) Средна вноски 52 лв. с дял на служителя: 21 лв. (€11) Максимална вноски 176 лв. с дял на служителя: 70 лв. (€36)
Самонаети лица, регистрирани фермери и тютюнопроизводители, безработни без право на обезщетение или социално подпомагане	Деклариран приход (с минимум и максимум)	индивидуална	8%	Минимална вноски 34 лв. (€17)
Деца до 18 години, редовни студенти до 26 години	Половината от минималния осигурителен	Държавен бюджет	8%	Непроменяема вноски 17 лв. (€9)
Държавни служители	Заплата с минимален и максимален	Държавен бюджет (100%)	8%	Заплата с минимален и максимален приход, за който се плаща вноски
Пенсионери	Размер на пенсията	Държавен бюджет	8%	Средна вноски 24 лв. (€12)
Безработните лица с право на обезщетение за безработица, лица с увреждания с право на социална помощ, получаващите социална помощ, бежанци, задържани лица, ветерани, Съпруги/съпрузи на социални работници, участващи в международни мисии и операции, пълнолетни лица, които се грижат за лица с увреждания, които се нуждаят непрекъснато от грижи (и няколко други категории)	Половината от минималния осигурителен доход	Държавен бюджет	8%	Непроменяема вноски 17 лв. (€9)

- В някои случаи работодателят прави вноските от името на служителя (напр. по време на отпуск по майчинство, при временна нетрудоспособност и пр.)

\*\* На основата на статистически данни на НОИ. Минималната осигуровка е 420 лв. (€214).  
Сумите се изчисляват на месечна основа.

25. Ефективното включване в системата изисква лицето да е заплатило изискваните вноски или да е признато за освободено от плащане. Националната агенция по приходите, която към другите си функции събира вноски от работещите и работодателите, данни от НОИ за пенсионерите и за други категории, проверява спазването на изискванията и предоставя на НЗОК списък на осигурени лица, в който те са идентифицирани с техните ЕГН. Когато дадено лице се нуждае от медицинска помощ, доставчиците (и НЗОК) проверяват осигурителния му статус в момента в този

списък. Всъщност НЗОК не познава основанията, поради които дадено лице се осигурява (което ограничава възможността ѝ да анализира рисковия профил на различни групи от населението).

26. Неосигурени лица могат да активират осигуровка във всеки момент и могат да бъдат мотивирани да го направят във всеки момент, когато бъдат приети в болница или са изправени пред катастрофични разходи, от което произтича потенциално неблагоприятен подбор за НЗОК. Ако дадено лице не е осигурено, ще трябва да заплати 3 годишни вноски (и лихвата) в системата, за да станат ефективно осигурени, или неплатените суми за миналите 36 месеца, ако не е внасяна осигуровката редовно. На основата на гореспоменатите данни вноската със задна дата за 36 месеца на база минималната вноска възлиза на около 1200 лв. (най-много). През 2013 г. действителното средно заплащане за болничен престой от НЗОК е бил около 660 лв. В ценовия списък на НЗОК за болничен престой обаче около една четвърт от цените са над 1200 лв. Ясно е, че ако състоянието на пациента изисква скъп болничен престой, и пациентът, и доставчикът са силно мотивирани да „закупят“ със задна дата осигуровка от НЗОК и да получат заплащане от НЗОК.<sup>36</sup> Няма налични данни, които да позволят да се оцени дали това се случва често и/или относно характеристиките на лицата, които могат да се възползват от тази форма на катастрофична осигуровка. Предвид изложените по-горе правила за осигуровка обаче може да се предположи, че такива случаи могат да се открият сред иначе здрави пълнолетни лица в трудоспособна възраст, които не работят или работят в неформалния сектор.

#### 2.2.4 Включени ползи и споделяне на разходите

27. Според Закона за здравното осигуряване осигурените лица имат право да получават медицински грижи в рамките на основния пакет здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса. Основният пакет ползи (ОПП) обаче не е уточнен от НЗОК, а в наредби на Министерството на здравеопазването. Пакетът ползи се операционализира по-нататък в контекста на Националния рамков договор (НРД), който се договаря между НЗОК и организациите, представляващи доставчици на медицински грижи (вж. по-долу).
28. В най-широк смисъл пакетът ползи включва първични и специализирани амбулаторни медицински и стоматологични грижи, лекарства, лабораторни услуги, стационарни болнични грижи и някои високоспециализирани медицински услуги (напр. бъбречна диализа, онкологично лечение). ОПП не включва дългосрочни грижи от медицински сестри, дългосрочни грижи за възрастни хора, водолечение, алтернативна терапия, козметична хирургия по желание, прекратяване на бременност по желание и противозачатъчни средства. Спешната помощ, грижите за психичното здраве, бъбречната диализа, *in vitro* оплождането и трансплантациите са осигурени от Министерството на здравеопазването<sup>37</sup>. Планирано лечение в чужбина може да бъде заплатено от НЗОК, ако пациентът е получил предварително разрешение от НЗОК<sup>38</sup>. През годините МЗ прехвърли отговорността за финансирането на допълнителни стоки и услуги към НЗОК. Например НЗОК започна да изплаща болнични грижи едва през 2006 г. Съвсем неотдавна, през 2012 г., НЗОК пое отговорността да заплаща закупуването от болници на списък специални лекарства, включително лекарствата за онкоболни, за следтрансплантационна имunosупресия и за

---

<sup>36</sup> Болниците дори могат да имат стимул да плащат от името на пациентите.

<sup>37</sup> Член 82 от Закона за здравеопазването описва медицинските услуги, осигурени от Министерството на здравеопазването извън обхвата на задължителната здравна осигуровка. Член 45 от Закона за здравното осигуряване дава общо описание на обхвата услуги, осигурени от НЗОК.

<sup>38</sup> Dimova et al.

различни т.нар. заболявания-сираци (вж. Раздел 3 по-долу). Министерството прехвърля бюджетна линия на НЗОК за заплащането на тези лекарства.

29. Практически пакетът ползи е твърде непрозрачен и осигуровката за услуги е в крайна сметка ограничена от бюджетните параметри на бюджета на НЗОК, одобрен от Парламента за годината. ОПП е описан в три основни наредби. Най-важната от тях (№ 40, 350 страници) представя услугите, осигурени за всички пациенти. В много отношения тя е много подробна, например тя дава позитивен списък на всички специализирани извънболнични услуги, осигурени по специалност, всички осигурени изследвания и пр. За разлика от това наредбата предвижда само списък с клинични пътеки (КП) за стационарни болнични грижи. Наредбата урежда и реда, по който ОПЛ трябва да осигурят достъп до спешна помощ за своите пациенти извън работното време. Друга наредба (№ 39) представя специфичните дейности, извършвани като част от „профилактичен преглед“ и за „диспансеризирани пациенти“, които страдат от едно или повече заболявания, включени в списък на хронични заболявания, уточнени в Наредбата<sup>39,40</sup>. Общо взето очертаванията на ОПП са трудни за разбиране от пациенти, които трябва да разчитат на доставчици, като се започне с техните общопрактикуващи лекари, за да преценят кои услуги са осигурени или не са.
30. Включването на нови услуги в ОПП се определя от експерти, които работят във или консултират Министерството на здравеопазването, предимно практикуващи медици. Не се прилага системен метод или обективни критерии за насочването на тези решения (напр. ефикасност и ефективност). По-конкретно, с евентуалното изключение на лекарствата (вж. Раздел 3), не се оценяват икономическите аспекти на решенията за включване на нови услуги.
31. Законът за здравното осигуряване изисква споделяне на разходите за някои услуги и задава основните критерии за освобождаване.<sup>41</sup> Равнището на споделеното заплащане се урежда в Наредба на МС. В Националния рамков договор също се предвиждат съвместни плащания за изследвания.
32. Таблица 10 критериите за освобождаване са свързани с възрастта (всички деца) и здравния статус: пациенти със заболявания, изброени в Националния рамков договор, са освободени от заплащане за услуги – независимо от конкретната им причина за достъп до системата. Някои специфични групи (пациенти в психиатрични заведения) също са освободени от плащане, както и медицинският персонал. От 2014 г. насам съвместните плащания за посещения на ОПЛ от пенсионерите са намалени наполовина. Никои критерии за освобождаване не са конкретно свързани с приходите.
33. Съвместните плащания за здравни услуги се събират и задържат от доставчиците. Съвместните плащания следователно представляват формално допълнително заплащане за услуги, осигурени от НЗОК. Доставчиците следва да издават разписки за получените съвместни плащания. Освободените пациенти следва да покажат на доставчика документация, оправдаваща неплащането. С изключение на посещения на ОПЛ за пенсионери доставчикът не получава компенсация за освободени от заплащане пациенти.
34. Допълнително фактуриране се разрешава в болници, ако пациентите изберат VIP стая и/или да бъдат лекувани от конкретен лекар или екип (в този случай таванът за услугата е около 700 лв.

---

<sup>39</sup> Диспансеризиран пациент е лице, страдащо от някое от изброените хронични заболявания.

<sup>40</sup> Последната наредба, № 38, включва лекарства в списъка със заплащани от НЗОК лекарства, който се обсъжда в друг раздел на настоящия доклад.

<sup>41</sup> Соса с. 59.

(€357) за избор на лекар и 950 лв. (€486) за избор на екип. Ако пациентите изискват услуги, невключени в ОПП, следва да ги заплатят със собствени средства.

**Таблица 10: Изисквания за споделяне на разходите според вида услуга**

Вид услуга	Потребителска такса (2014 г.)	Освободени лица
Посещение на ОПЛ или специалист	2,90 лв. (€1,5)	Децата, ветераните, инвалидите или жертвите от войната, пациентите в психиатрични заведения. Пациентите, страдащи от някое от заболяванията, включени в списък заболявания, изброени в Националния рамков договор (независимо от причината за консултация) Пенсионерите заплащат 1 лв. от потребителската такса за посещения при ОПЛ (и държавата плаща 1,90 лв. като държавен превод).
Болница	5,40 лв. (€2,8) с максимум 54 лв. за година (10 дни).  Допълнително фактуриране се разрешава, ако пациентите изберат "VIP стая" или лекуващ лекар (с таван за последната услуга)	
Лабораторни изследвания	Определени в Националния рамков договор: 2 лв. (€1)	Не
Стоматологична помощ	В зависимост от услугата (много услуги не са осигурени)	Намаление за децата
Лекарствени средства	НЗОК покрива фиксиран процент (10, 25, 50 или 100%) от референтната цена, установена от Съвета по ценообразуването. Равнището на осигуровката се определя от Съвета по ценообразуването като част от решенията му относно състава на Позитивния лекарствен списък. Такса за отпускане на лекарства от 2 лв. се заплаща само за рецепта с максимум 3 лекарства, заплащани 100%.	Няма

35. Както се вижда от горната таблица, за предписани лекарствени средства за извънболнично лечение НЗОК възстановява различен процент от референтната цена за определен клас лекарства, в определено съотношение (10, 25, 50 или 100%), определено от Съвета по ценообразуването. Референтната цена се определя на основата на продукта с най-ниската себестойност на определената дневна доза (ОДД) и това се прилага пропорционално за всички размери опаковки. Това, което заплаща пациентът със собствени средства се състои от референтната цена минус вноската за НЗОК, плюс всяка разлика между референтната цена и цената на дребно на продукта. В **Таблица 11** е показано значението на този метод на възстановяване на суми за Ranitidine – лекарство, използвано за лечение на езофагеален рефлукс и пептична язва, за които равнището на

възстановяване на суми от НЗОК е 25%. Лекарството се продава в 3 различни форми на пазара. За един курс лечение, съответстващ на 30 дни с 300 мг/ден (300 мг е ОДД<sup>42</sup>) пациентът ще заплати със собствени средства 5,96, 15,17 или 13,61 лв., а вноската за НЗОК остава постоянна (1,99 лв.). Няма освобождавания при споделено заплащане за лекарства (вж. Раздел 2.3).

**Таблица 11 Пример на възстановяване на суми за Ranitidin (Приложение 1 от 12/12/2014)**

	Ranitidin Чайкафарма (най- ниска цена за ОДД = референтната цена)	Ranitidin Accord (форма 1)	Ranitidin Accord (форма 2)
Единица доза	150 мг	150 мг	300 мг
Количество в опаковката	20	30	30
Брой ОДД в опаковката	10	15	30
Цена на дребно за опаковка	2,65	8,58	15,6
Референтната цена, коригирана за количеството активна съставка в опаковката	2,65	3,98	7,95
Сума, заплатена от пациента за опаковката	1,99	7,59	13,61
Сума, заплатена от пациента за 30 ОДД	5,96	15,17	13,61
Сума, заплатена от НЗОК за 30 ОДД	1,99	1,99	1,99

### 2.2.5 Бюджет и финансиране на НЗОК

36. Всяка година съгласно Закона за публичните финанси НЗОК изготвя проектозакон, с който представя собствения си бюджет, който след това се внася за одобрение в Министерския съвет заедно с консолидираната фискална програма и с проектозакона за бюджета на пенсионния фонд. Министерският съвет може да внася корекции, по-конкретно за да се гарантира, че консолидираната фискална програма се придържа към предварително зададения баланс на бюджета, заложен в Закона за публичните финанси. Пакетът след това се внася в Народното събрание, където също може да претърпи изменения, но в рамките на макрофискалните параметри на Закона за публичните финанси. Ако в течение на годината се окаже, че бюджетът може да бъде надвишен, недостигът може да бъде компенсиран с предприети от НЗОК мерки чрез имплицитно въвеждане на квоти, което влияе на доставчиците (чрез дефицити) и/или на потребителите (чрез въвеждане на квоти за услугите) или чрез допълнително отпуснати бюджетни средства. Последните следва да осигурят да продължава да се спазва Законът за публичните финанси и да бъдат одобрени от Народното събрание (както се случи два пъти през 2014 г.).

37. Основният критерий, определящ предложеното финансиране на НЗОК е изискването да се изпълни заложената цел на МФ за бюджета на НЗОК, която включва макрофискалните правила на правителството за дефицита в съответствие с фискалните цели на ЕС и с фискалната рамка на правителството. Следвайки реда в Закона за публичните финанси, тези цели се определят от МФ и се прилагат стриктно. Ако НЗОК изразходва повече от предвидената сума (и не е в състояние за въведе спестяващи мерки), Законът за бюджета на НЗОК ще трябва да бъде променен с одобрение от Парламента (което може да доведе до намаляване на разходите и в други

<sup>42</sup> Определената дневна доза е статистическа, а не терапевтична мярка. В действителност, за да се постигне същият терапевтичен ефект, рецептата за всяко лекарство (предписаната терапевтична доза) може да е различна за трите продукта и да съответства на различни стойности на ОДД.

министерства). НЗОК може също да натрупа дефицит, но това не е обичайно. Може и да отложи или прекрати временно плащания на доставчици на медицински грижи.

38. Източниците на финансиране на НЗОК са указани в различни нормативни документи и постановления, които са външни по отношение на НЗОК. Както се вижда от Таблица 9, те включват социалните вноски от работещи и самонаети на основата на приходите им, както и вноски от държавата за децата, за лицата с увреждания, безработните и други социално зависими групи. Правителството плаща и вноските за своите служители. Има и някои малки преки вноски от МЗ, глоби и инвестиции.
39. На практика вноските се събират от Националната агенция по приходите и се изпращат в НЗОК. МФ прехвърля в НЗОК заложената в закона за бюджета сума, която съответства на очакваните й задължения според закона (Таблица 9). Не е лесно да се открият подробни изчисления за тази стойност. Ако през годината НЗОК е получавала повече вноски от очакваното, тя има право да ги изразходва. Ако има недостиг, следва да се приложи някой от описаните по-горе варианти.

## 2.2.6 Закупуване/Сключване на договори за медицински услуги

40. Този раздел описва сключването на договори и методите на заплащане, използвани от НЗОК, която е основният купувач на услуги в българската система на здравеопазването. За услуги за частни пациенти, независимо дали закупуват тези услуги пряко или са частно осигурени, на доставчиците обикновено се заплаща такса за всяка отделна услуга. Частните застрахователи договарят общо с доставчиците равнищата на заплащане. Поради твърде ограниченото проникване на частно доброволно здравно осигуряване (ЧДЗО) поради широкия обхват на ОПП на НЗОК, както и ниското равнище на приходите в страната, частните застрахователи не могат да влияят на пазара при договаряне на ефикасни ставки на заплащане и обикновено приемат цените.<sup>43</sup>

### 2.2.6.1 Националният рамков договор и преговори на макро-равнище

41. Националният рамков договор (НРД) се договаря всяка година между Българския лекарски съюз и НЗОК. Той включва услуги, предоставяни от всички категории медицински професионалисти и в медицинските заведения. Той е правно обвързващ документ, който следва да бъде подписан от всеки доставчик/предприятие за доказване на приемането на договорните условия. Той е и инструментът, с който се изпълняват целите в бюджета, заложен на макро-равнище. Преговорите по Договора обикновено започват през август/септември и приключват в края на календарната година. Ако преговорите се провалят, предприемат се необходимите действия за намеса на правителството, за да гарантира продължаването на работата на системата (което през последните години се случва доста често). По-долу са описани различните стъпки в общите преговори.
42. Самият НРД определя, между другите си правомощия, за всички доставчици на услуги и аптеки:
- ✓ Условието, на които следва да отговарят доставчиците, за да сключат договор с НЗОК;
  - ✓ процедурите при сключване на договори, документите, които следва да представят и движението на документацията;

---

<sup>43</sup> Вж. Раздел VII на Националното рамково споразумение от 330 и Dimova et al., *Ibid* за подробно обсъждане на осигуровка, ЧДЗО и процедури на заплащане.

- ✓ условията, при които се изплащат медицински услуги и правилата за включването им. По-конкретно се изброяват „Клиничните пътеки“, на основата на които се заплаща на болниците (вж. по-долу). Всеки КП алгоритъм съдържа: (i) изисквания за входните данни (човешки ресурси, оборудване), (ii) списък на услугите, които следва да се предоставят (процедури, изследвания) и (iii) начина, по който следва да бъдат предоставени (продължителност на престоя). Ако не бъдат изпълнени тези условия, болницата няма право да предоставя съответната КП (i) или да получава плащания за нея (ii и iii). НРД постановява и норми относно броя услуги, които ще бъдат заплатени на основата на различни обстоятелства (напр. за пациенти, изискващи хронични грижи).
  - ✓ Задълженията на страните за предоставяне на информация и за обмен на информация.
43. Следващата стъпка е определяне на „цена и обем“, което понастоящем е извън НРД чрез отделни преговори между НЗОК и БЛС. Задължителното ограничение при това действие е, че целите на бюджета на НЗОК трябва да бъдат постигнати. Ако не се постигне споразумение на този етап, цената и обемите се залагат в наредба, издадена от Министерския съвет. На етапа на споразумението цена-обем общият пакет се разделя между подкатегории доставчици. Всъщност цените и обемите се предоговарят главно на основата на маржа от реализациите през предишни години. При този процес, който е обикновено повече антагонистичен, отколкото основаващ се на сътрудничество, общият стимул на сдружението на доставчиците е да се опита да договори повишение на единичните цени, а не толкова на обемите. И наистина, ако се надвишат планираните обеми преди края на годината, заплахата от временно прекратяване или отлагане на предоставянето на услуги с по-голяма вероятност може да доведе до нови преговори и в крайна сметка до постъпването на повече средства в системата.
44. Когато приключи процесът, НЗОК разделя наличния бюджет между регионите и РЗОК са отговорни за проверяването на пригодността на доставчиците, за сключване на договори с тях, за създаване на отделни бюджети за болниците, за ОПЛ и за направления към специалисти и тавани за лабораторни изследвания, изплащането на искове и провеждането на медицински одити. Методологиите за разпределянето на бюджетите според категориите доставчици, между регионите и на всеки доставчик лично се определят от НЗОК.
45. НЗОК използва широка гама методи на заплащане, които са различни за различните видове доставчици. Общо взето, на болниците се възстановяват плащания от НЗОК на основата на сборна такса за услуга за заплащане на около 300 клинични пътеки (КП) и те имат и годишни бюджетни тавани. На ОПЛ се заплаща на принципа капитация и такса за услуга, а на специалисти в извънболничната помощ, лаборатории и стоматолози се заплаща на база такса за услуга. По-надолу се поясняват тези подходи.

### 2.2.6.2 ОПЛ

46. Общопрактикуващите лекари (ОПЛ) извършват основните прегледи, предоставят прости изследвания и лечения, провеждат консултации, предписват лекарства от позитивния лекарствен списък и предоставят някои профилактични услуги на пациентите.
47. ОПЛ получават два вида плащания от НЗОК: коригирано по възраст плащане за всички пациенти в списъка им и допълнителни такси за конкретни (главно профилактични) дейности, като напр. имунизации и прегледи. Те получават и допълнителни такси за услуги, предоставяни на

„диспансеризирани“ (хронични) пациенти, които те следят<sup>44</sup> (напр. хипертония, диабет, астма и пр.). Освен това работещите в слабо населени и отдалечени райони получават и допълнително възнаграждение за всеки свой пациент. През 2013 г. капитацията представляваше 49% от плащанията на ОПЛ, профилактични дейности – 31% и таксите за хроничните пациенти – 19%.

48. Тези плащания представляват главните източници за приходи на практиките на ОПЛ, които са частни индивидуални практики, като обикновено наемат медицинска сестра, която получава заплата от практиката. Има и някои групови практики, но пациентите (и квотите за направления и бюджетите – вж. по-долу) остават прикрепени към отделния ОПЛ.
49. ОПЛ управляват и виртуален бюджет за направления, който определя както ограничения, така и изисквания за изпращане на пациент при специалисти (числена квота), както и за диагностични и терапевтични изследвания (паричен бюджет). Методологията на разпределянето на бюджет за направления между ОПЛ и специалисти, както и между тях самите, се определя от НЗОК на основата на профила на пациентите. Голяма част от тях са всъщност предназначени за „диспансеризирани пациенти“, които имат право или трябва да получават редовно специфични услуги и изследвания<sup>45</sup>. Тези направления се изискват дори когато ОПЛ са способни да лекуват пациентите или когато рисковите им фактори са под контрол (т.е. напр. пациенти с хипертония или ХОББ). Ако ОПЛ надвишат бюджетите си за направления/изследвания, те биват глобявани, но не ги награждават за „спестяване“ на средства в бюджета за направления или изследвания. ОПЛ нямат ограничения в броя на пациенти с остри заболявания, на които могат да дават направления за болнични грижи.

### 2.2.6.3 Специалисти

50. Специалистите имат договори с НЗОК за консултации и изследвания на пациенти, изпратени от ОПЛ или от други лекари, като на тях им се плаща по модела такса за услуга за тези услуги. Пациентите имат пряк достъп до тях (но без направление от ОПЛ ще трябва да плащат за услугата със собствени средства). Специалистите могат да изпращат пациенти при други специалисти, да изпращат пациенти за изследвания/процедури и да приемат пациенти в болници.
51. На специалистите се разрешава да преглеждат пациент максимум два пъти в рамките на 30-дневен период за всяко направление от ОПЛ (което е валидно за 30-дневен период) и не им се плаща за допълнителни посещения. Ако се наложи, специалистът може да изпрати пациента обратно при неговия ОПЛ за друго направление, да прати пациента при различен специалист, да прегледа пациента без компенсация от НЗОК (и най-вероятно да потърси заплащане от пациента), или да приеме пациента за болнични грижи. Няма ограничения на броя направления, които специалисти могат да издават за болница.
52. Както и ОПЛ, специалистите също управляват годишни бюджети за направления и изследвания, определени от НЗОК. Специалисти следва да спазват правилата и изискванията за заплащане в НРД, когато дават направления на пациенти за диагностични услуги.

---

<sup>44</sup> Списъците по НРД за степента, до която всеки вид хронични пациенти могат да бъдат „управлявани“ от ОПЛ или специалисти, както и услугите, на които имат право.

<sup>45</sup> Това съотношение варира в зависимост от състава на пациентите, но ОПЛ обикновено твърдят, че около половината от бюджета, който те управляват, се поема от диспансеризираните пациенти за задължителните дейности.



53. Както и ОПЛ, специалистите също работят в еднолични или групови практики. Те могат да имат лабораторни и диагностични образни услуги на място, макар това да е по-вероятно в груповите практики. Интервюираните специалисти обаче твърдят, че в много случаи единичните цени на някои диагностични изследвания са твърде ниски, за да могат да закупят и поддържат необходимото оборудване и единствената възможност за тях е да изпращат пациенти в болници, където изследванията се извършват при стационарни условия.
54. Много специалисти в извънболничната помощ практикуват и в болници<sup>46</sup>. Специалистите тогава имат трудов договор с болница, в който е указана заплатата им и „допълнителни стимули“ под формата на плащания, които могат да получат (напр. за предоставяне на висококачествени грижи, за привличане на бизнес и пр.). Този втори договор може да създаде стимули за специалисти да приемат пациенти – дори когато пациентът би могъл да се лекува в извънболнична обстановка. Макар специалистите да не приемат пациенти в конкретни болници, пациентите всъщност много вероятно ще се явят в болницата, с която е свързан техният специалист.

#### 2.2.6.4 Болници

55. За стационарни болнични услуги в България се използва форма на заплащане на базата на всеки отделен случай, при който случаите се дефинират по системата на клиничните пътеки (КП). Системата на КП е съчетание от класификационна система, клинични насоки/протоколи и серия правила за сключване на договори. България се различава от повечето други страни, които използват класификационни системи с кодове за диагнози и процедури, по това, че включва клинични насоки и правила за заплащане/сключване на договори в това, което приема за система за групиране/класификация. Както беше споменато по-горе, КП алгоритъмът, зададен в Националния рамков договор, представя входните параметри/капацитет (т.е. брой на лекари и/или медицински сестри, вид оборудване и пр.), които трябва да спазва една болница, за да получи договор за дадена КП и действителните услуги, които трябва да предоставя, за да може даден болничен престой да има право на заплащане по дадена КП. Когато бяха въведени КП през 2001 г., те бяха 30 на брой, сега са 308.
56. Всички болници, които отговарят на установените в НРД стандарти за дадена КП, получават разрешение да сключат договор с НЗОК, която на свой ред няма правни основания да им откаже договор. С други думи, на НЗОК е практически забранено да сключва договори изборително. От 2010 г. Министерството на здравеопазването въведе стандарти, в които се разграничават три вида равнища на компетентност за болници, на основата на входните параметри/капацитет (т.е. брой лекари и/или медицински сестри, вид оборудване и пр.). Категоризацията на дадена болница непряко определя броя и вида КП, по които има право да работи. Болниците подписват договор с НЗОК, в който се уточнява кои КП имат право да изпълняват.
57. Болниците имат „договор за цена и обем“ с НЗОК и на тях им се плаща според КП, възложени на стационарните им звена. Договорите подлежат на преговори всяка година. Непроменена сума се изплаща на болниците за всяка докладвана КП. Болници, които надвишат (или рискуват да надвишат) договорения си брой КП, се обръщат към НЗОК за допълнително финансиране и обикновено успяват да получат допълнителни средства. При това положение, както всички системи на принципа такса за услуга, болниците са силно стимулирани да отчитат максимален брой приети пациенти и да ги насочат към най-скъпите КП. Оказва се, че макар всички болници да имат тавани за бюджета си, тези тавани не се прилагат, което означава, че лекарите и болниците

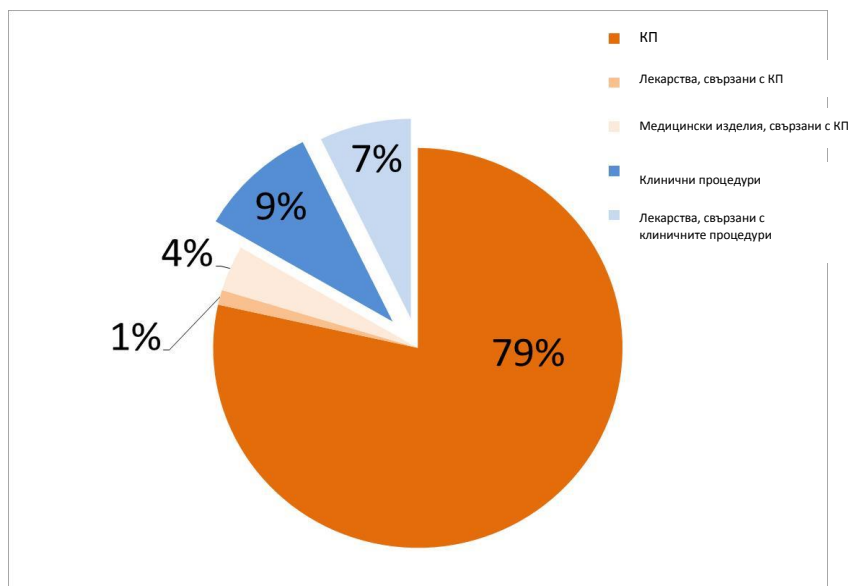
---

<sup>46</sup> Не се откриват лесно числени данни. Изчисленията са между 20 и 30%.

нямат да държат пациенти извън болниците, дори ако могат да бъдат лекувани в извънболнична обстановка. Очевидно са доста чести случаи с пациенти, приети в болници, за да избегнат чакане за известни изследвания/процедури или за да избегнат заплащане със собствени средства.

58. Системата на КП не разчита на логиката на групирането; вместо това лекарите в болниците избират и записват в сметката името и номера на КП, които най-добре представляват лекувания случай. След това подбират съответния код на диагнозата и кода на процедура, ако случаят отговаря на критериите за КП при сключване на договори. Освен отчитането на специфични кодове, които изпълняват изискванията за КП, болниците също се стремят да осигурят спазването на всички други правила и изисквания, установени за КП, за да получат възстановяване на сумите от НЗОК. Тези изисквания бяха разработени от НЗОК съвместно с Българския лекарски съюз (БЛС) и включват:
- ✓ Минималната продължителност на престоя за съответната КП;
  - ✓ Кодовете на диагнози и процедура;
  - ✓ Изискванията за сключване на договори, свързани с оборудването и броя на лекарите и друг необходим персонал;
  - ✓ Инструкции за приключване на процедурите; и
  - ✓ Насоки за периода след лечението.
59. Цената на КП е резултат от преговори между НЗОК и БЛС. Според Закона за здравното осигуряване цените на КП – както всъщност и всички услуги, заплащани от НЗОК – следва да се изчисляват според методология, която трябва да се разработи от НЗОК (и за която следва да дадат становище Министерството на здравеопазването и Министерството на финансите) и да бъде одобрена от Министерския съвет. В действителност цените са резултат от преговори между НЗОК и БЛС. Договарят се увеличения и корекции по тяхна инициатива, мотивирани или от данни за изкривяване и ценообразуване с повишение/понижение, или с цел да се отразят промени в алгоритъма на клиничните пътеки (или за въвеждане на нова технология или техника). Общо взето наблюдава се консенсус, че матрицата на ценообразуването на КП съдържа изкривявания както вътре в дадена специалност, така и между специалности.
60. Други плащания от НЗОК към болници. Освен плащания за КП, болниците получават от НЗОК:
- ✓ Заплащане за специфични лекарства, които не са включени в цените на КП, включително лекарства за онкологични заболявания. Болниците доставят лекарствата, избрани от Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти. В списъка е указан максимумът, който болниците имат право да доплатят за което и да е от тези лекарства.
  - ✓ Заплащане за някои медицински изделия.
  - ✓ Плащания за серия „клинични процедури“ и свързани с тях лекарства, които включват хемодиализа, някои химиотерапии и интензивно лечение (заплащане на ден).
61. Както се вижда от **Фигура 27**, КП и свързани с тях плащания представляват около 85% от плащанията за болници от НЗОК.

Фиг. 27: Разпределение на плащанията за болници от НЗОК – 2013 г.



Източник: данни, предоставени от НЗОК, авторови изчисления

62. Общо взето,  $\frac{1}{4}$  от публичното финансиране на болниците минава през НЗОК.<sup>47</sup> Около 25% от финансирането на болниците идва от различни други източници. Не е съвсем ясно как се организират тези потоци, но по-долу са дадени някои от основните канали:

- ✓ Психиатричните болници и малък брой специализирани лечебни заведения (домове за социални грижи за деца) получават плащания на основа per diem от Министерството на здравеопазването.
- ✓ „Основните“ болници могат също да получават плащания за специфични услуги (спешни случаи, трансплантации) и функции като научни изследвания и преподавателска дейност, както и инвестиции.
- ✓ Някои министерства и Министерският съвет имат свои собствени болници. Макар те да могат да сключат договор с НЗОК, те получават безвъзмездни средства и инвестиции от собствените си министерства. Общините също могат да финансират притежаваните от тях болници.

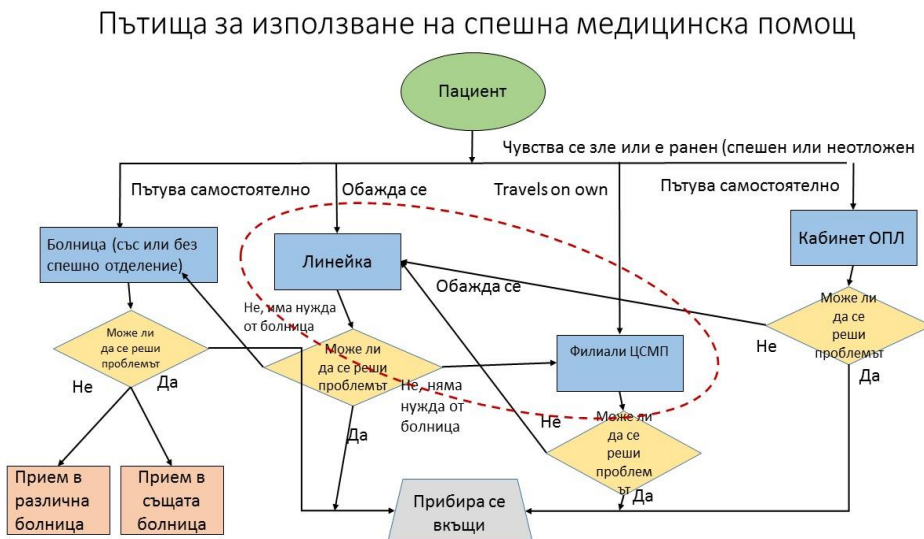
63. Няма лесно откриваеми данни относно финансовото състояние на болниците. Болниците са автономни организации, регистрирани като търговски дружества, повечето от които са собственост на общини. По закон техните сметки са публични и би трябвало да се намират в МЗ и НСИ, но не беше възможно да се осигури достъп и няма консолидирани данни. Медиите и служебни лица периодично съобщават числа за „дълговете на болниците“, но наличните данни са недостатъчни за оценяването на финансовата жизнеспособност на държавните болници.

### 2.3 Организация и финансиране на спешните медицински служби (СМС)

<sup>47</sup> Национални здравни отчети 2011 г.

64. Пакетът спешна медицинска помощ в България е под егидата на Министерството на здравеопазването. Основните доставчици на СМП са: (1) 28 регионални центрове за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и техните 198 филиали, управлявани от МЗ; и (2) спешни отделения в 37 многопрофилни болници. Освен това от ОПЛ се очаква да оказват 24-часова „спешна“ помощ,<sup>48</sup> а от болниците, в които няма спешни отделения, също се очаква да приемат спешни пациенти на 24-часов режим съгласно чл. 19, ал. 3 на Закона за лечебните заведения. Диаграмата по-долу представя системата на спешната медицинска помощ в целия ѝ вид и като съставна част на системата на здравеопазването.

Фиг. 28: Пътища за използване на спешните медицински служби



(Източник: авторите, на основата на данни от МЗ, 2015 г.)<sup>49</sup>

65. В момента няма подробно разбити данни относно дела на обема пациенти в различните сегменти на пътя към СМП, както е описан в диаграмата. Макар да няма налични статистически данни, съществува общо съгласие, че пациентите пътуват сами до спешните отделения, че ОПЛ рядко предоставят 24-часова спешна помощ, както се предполага според договора им с НЗОК и че спешните случаи са по-често срещани сред пациентите без здравно осигуряване. През 2013 г. системата на ЦСМП и техните филиали (овалната фигура в пунктир на графиката) е обработила близо 762 хиляди повиквания и е извършила повече от 572 хиляди амбулаторни прегледи (МЗ,

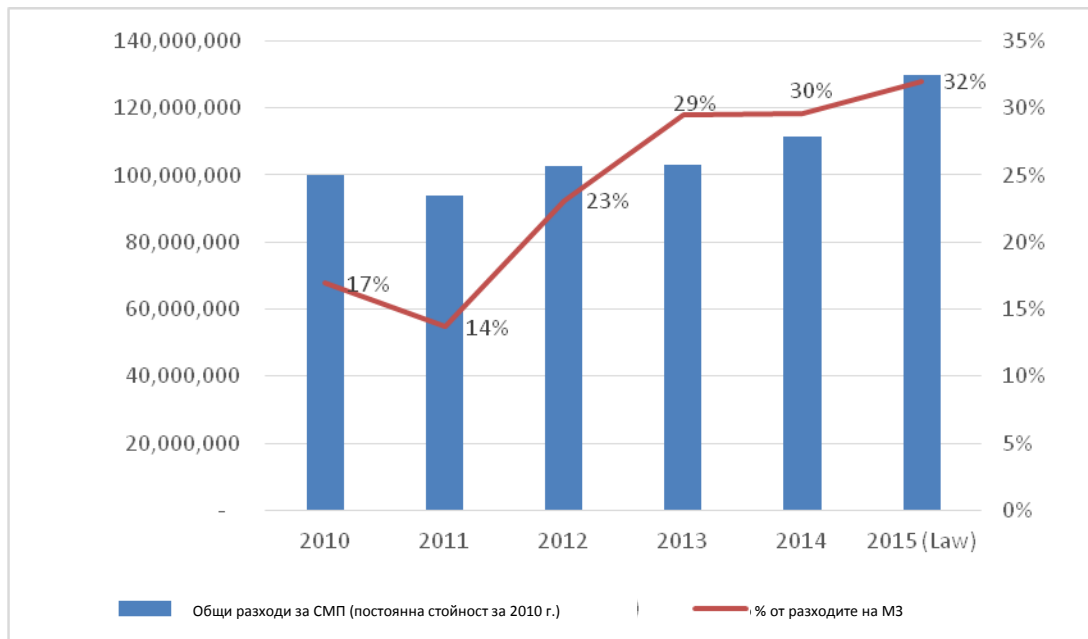
<sup>48</sup> Съгласно системата на плащане на НЗОК около 2,5-4,5 % от общите плащания към ОПЛ на капитационен принцип са били за „24-часово проследяване“ на пациентите.

<sup>49</sup> МЗ (2014) Концепция за развитието на спешната медицинска помощ в Република България 2014-2020.

2013 г.)<sup>50</sup>. През 2014 г. около 700 хиляди срещи със спешни пациенти са се провели в болниците, без да се включват пациентите, които по-късно са били приети в същата болница (МЗ, 2015 г.)<sup>51</sup>.

66. МЗ разполага с бюджетна програма за спешна медицинска помощ, чието финансиране се използва предимно за системата ЦСМП/филиали. От 2012 г. Програмата СМП съдържа финансиране за ЦСМП/филиали (т.нар. „ведомствени разходи“) и за болници, оказващи спешна помощ (т.нар. „администрирани разходи“). Преди 2012 г. в програмата е имало финансиране само за ЦСМП/филиали, а финансирането за оказвана спешна помощ в болниците е било включено в Програмата „Болнична помощ“. През 2013 г. общите разходи на Програмата „Спешна медицинска помощ“ са били 110,4 милиона лева, от които 94,1 милиона лева (86 %) са били изразходвани за системата ЦСМП/филиали („ведомствени разходи“).

**Фиг. 29: Общи разходи за СМП като абсолютна стойност и като дял от разходите на МЗ, 2010-2015 г.**



*Забележка: Разходите за всички години са конвертирани по отношение на стойностите за 2010 г. с помощта на дефлатори от МВФ/МЗ. Числата включват както „ведомствени разходи“, така и „администрирани разходи“.*

67. Както е показано на **Фиг. 29** по-горе, разходите за СМП са се увеличили доста осезаемо както в абсолютна стойност, така и като дял от разходите на МЗ. Предварителните числа за 2014 г. показват, че за спешната помощ са били изразходвани 30% от бюджета на НЗОК – повишение в сравнение със 17 % през 2010 г. Това потвърждава, че Програмата „СМП“ наистина е получавала все по-голям приоритет от бюджета на МЗ.

<sup>50</sup> Министерство на здравеопазването (2013 г.) Доклад за степента на изпълнение на одобрените политики и програми на Министерството на здравеопазването до 31 декември 2013 г. Доклад на д-р Таня Андреева, Министър на здравеопазването.

<sup>51</sup> Данни, предоставени от Дирекция „Бюджет и финанси“ на мисията на Световната банка през февруари 2015 г.; все още не са получени данните за приетите пациенти.

68. Финансирането на системата ЦСМП/филиали се разпределя на 28-те регионални центрове и техните филиали, за да покрие заплатите на служителите, поддръжката и закупуването на гориво, лекарства и други консумативи. Заплатите на служителите са фиксирани (на основата на щатните бройки, които се определят от Министерския съвет). Текущите разходи се основават на действителния обем, представян от показатели като броя на получили отговор повиквания и броя на лекуваните пациенти. През периода 2010-2013 г. делът на заплатите на служителите в общите „ведомствени разходи“ варира между 77 % и 83 % (доклади на МЗ за съответните години).
69. Програмата за СМП също предоставя финансиране за спешните отделения в многопрофилните болници за покриване главно на разходите за издръжка за предоставяне на СМП. Сумата за 2014 г. е била 13,7 млн. лева, което представлява около 12 % от разходите за Програмата СМП през същата година (МЗ, 2015 г.)<sup>52</sup>. Общото финансиране за всяко лечебно заведение се определя на основата на сумираната оценка на три параметра за относителния дял: обслуженото население, обем извършени дейности и платената сума през предишната година. За районите, в които има повече от едно лечебно заведение, финансирането се разпределя пропорционално на обема извършени дейности в съответното лечебно заведение. След това към определената сума на основата на трите параметра се прилага коефициент за равнището на компетентност, в зависимост от равнището на трижките в лечебното заведение, както следва: равнище III – 1,3; равнище II – 1,0; равнище I – 0,7. Равнището на финансирането не може да е по-малко от 90% и повече от 115% от заплатената през предишната година сума. През 2014 г. Общата заплатена сума се е равнявала на 20 лева на пациент.

## 2.4 Лекарствени средства

70. В този раздел се очертават онези елементи на системата на финансиране на здравеопазването в България, които се отнасят за лекарствата. Започваме с преглед на пазара и тенденциите в разходите, следвано от кратко описание на елементите на финансиране и достъп.

### 2.4.1 Основни положения: българският фармацевтичен пазар

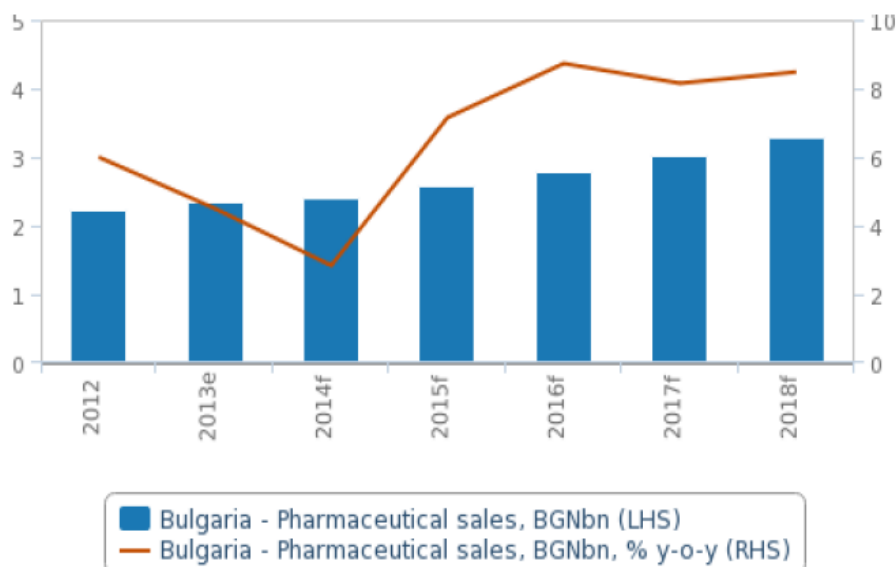
71. Българският фармацевтичен пазар е един от най-малките в ЕС, но се увеличи силно през последните няколко години, а фармацевтичната промишленост е един от най-бързо растящите отрасли в българската икономика.<sup>53</sup> Пазарът се оценяваше на 2,1 милиарда лева през 2011 г., което представлява 12% растеж в сравнение с 2010 г., като нарасна с още 10,5%, достигайки стойност от 2,32 милиарда лева (1,57 милиарда щ.дол.) през 2011-2013 г.<sup>53</sup> Това се обяснява предимно с два фактора: повишени разходи на НЗОК за онкологични и други скъпи лекарства и изразходване на средства от потребителите за закупуване на лекарства без рецепта. Растежът през последните години може да е бил стимулиран поне отчасти от хармонизирането на българските регулаторни процеси със законодателството на ЕС, което се случи при подготовката на България за присъединяване към ЕС през януари 2007 г.<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> Данни, предоставени от Дирекция „Бюджет и финанси“ на мисията на Световната банка през февруари 2015 г.

<sup>53</sup> Ministry of Foreign Affairs, Denmark. *Pharmaceutical and Healthcare Sector, Bulgaria, 2014*. At [http://bulgarien.um.dk/da/~media/Bulgarien/Documents/Pharmaceutics%20and%20Healthcare\\_2014.pdf](http://bulgarien.um.dk/da/~media/Bulgarien/Documents/Pharmaceutics%20and%20Healthcare_2014.pdf)

Фиг. 30 Фармацевтични продажби в България 2012-2018 г.



От: Ministry of Foreign Affairs, Denmark. Pharmaceutical and Healthcare Sector, Bulgaria, 2014. At [http://bulgarien.um.dk/en/~media/Bulgarien/Documents/Pharmaceutics%20and%20Healthcare\\_2014.pdf](http://bulgarien.um.dk/en/~media/Bulgarien/Documents/Pharmaceutics%20and%20Healthcare_2014.pdf)

72. В момента лекарствата представляват висок и дори свръхвисок процент от разходите за здравна помощ (37% от общите медицински разходи през 2009 г.<sup>54</sup> в сравнение със средна стойност за ЕС около 25%).<sup>55</sup> Разходите, покрити със собствени средства за лекарствени средства, са също изключително високи, като според предварителните национални здравни отчети за 2012 г. те могат да достигнат и 81% от общите разходи.
73. Потреблението в болниците е било 18% от пазара през 2009 г., а други 18% са били изразходвани за лекарства за амбулаторно лечение, заплащано от НЗОК, а лекарствата, отпускани без рецепта, са почти 17% от общия пазар.<sup>56</sup>

#### 2.4.2 Регулаторна рамка

74. Основното законодателство, уреждащо фармацевтичните разпоредби и политика в България е Законът за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ).<sup>57</sup> Законът беше изготвен през 2007 г., за да се приведе българската регулаторна рамка в съответствие с европейските стандарти, но междуременно е претърпял много изменения.<sup>56</sup>
75. Приложното поле на ЗЛПХМ е широко и включва ролята и отговорностите на Изпълнителната агенция по лекарствата (ИАЛ), както и разпоредби относно ценообразуването на предписани и

<sup>54</sup> Данните от 2012 ННА дават стойност 40%.

<sup>55</sup> Rohova M, Dimova A et al. Balancing regulation and free markets: the Bulgarian pharmaceutical sector. *Eurohealth* 2013; Vol. 19, No. 1.

<sup>56</sup> Andre G et al. *Pharmaceutical Health Information System (PHIS) Pharma Profile, Bulgaria 2010*.

<sup>57</sup> Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина 2007. At [http://en.ИАЛ.bg/images/stories/документи/legal\\_acts/ZLPHM\\_en.pdf](http://en.ИАЛ.bg/images/stories/документи/legal_acts/ZLPHM_en.pdf)

отпускани без рецепта лекарства<sup>58</sup> и създаването и поддържането на Позитивен лекарствен списък (ПЛС). За регистриране на лекарствени средства се предвиждат централизирани, децентрализирани и национални процедури.

76. Освен ЗЛПХМ и различните изменения към него секторът е подчинен и на значителен брой други закон и наредби. Особено важни са:

- ✓ Закон за здравето (1 януари 2005 г.);
- ✓ Закон за лечебните заведения (5 юли 1999 г.);
- ✓ Наредба за условията, правилата и процедура за регулирането и регистрирането на цените на лекарствените средства (30 април 2013 г.);
- ✓ Наредба № 4 за условията за предписване и отпускане на лекарства (4 март 2009 г.);
- ✓ Наредба № 10 за реда и условията за заплащане за лекарствени средства, диетични храни по чл. 262, ал. 6, т. 1 на ЗЛПХМ, както и лекарствени средства за дейности, свързани със здравето по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (24 март 2009);
- ✓ Наредба № 28 за структурата, реда и условията на работа на аптеките и номенклатура на лекарствените средства (9 декември 2008 г.);
- ✓ Наредба № 34 за реда и условията за заплащане от държавния бюджет за лечение на заболявания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване (25 ноември 2005 г.);
- ✓ Наредба № 38, определяща списъка от заболявания, за които лекарствата за извънболнично лечение се изплащат напълно или частично от НЗОК (16 ноември 2004 г.);
- ✓ Наредба № 39 за принципите и изискванията на Добрата практика на разпределение (13 септември 2007 г.);
- ✓ Наредба № 40 за определяне на основния пакет здравни услуги, гарантирани от НЗОК (24 ноември 2004 г.).

77. ИАЛ е регулаторна агенция, която се отчита пред МЗ и отговаря за качеството, ефикасността и безопасността на лекарствените продукти. Ролята ѝ включва:

- ✓ Разрешение за продажба на лекарства;
- ✓ Разрешение за производство и надзор на производството, внос и търговия на едро и на дребно с лекарства;
- ✓ Разрешение за и надзор над клинични изследвания;
- ✓ Реклама;
- ✓ Фармакологична бдителност и информация за лекарствата; и
- ✓ Класификация (график) на лекарствата.

78. ИАЛ се финансира отчасти от бюджета на Министерството на здравеопазването, както и от приходите, получени от дейностите ѝ, които включват такси за лабораторни анализи, такси за приложение и оценка, годишни такси за регистрация и проверки на добрите медицински практики. Тарифите се определят от Министерския съвет.

---

<sup>58</sup> Съвместно с Наредбата за условията, правилата и реда за регулирането и регистриране *на цените за лекарствени средства*, в сила от 30 април 2013 г.



### 2.4.3 Подбор на лекарства и ценообразуване

79. С изменение до 2011 г. на ЗЛПХМ бяха заместени две отделни комисии с отговорност за ценообразуването на лекарствени средства и управление на Позитивния лекарствен списък съответно с един единствен орган, Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти (Съвета по ценообразуването).<sup>59</sup> Съветът по ценообразуването регистрира максималните цени за продажба на дребно на отпускани без рецепта лекарства и взема решения за включването и ценообразуването на лекарства в Позитивния лекарствен списък (ПЛС) и задава максимума (тавана) на цените за всички други лекарства.<sup>60</sup> Ценоопределящите механизми и процеси са представени в ЗЛПХМ и са изложени по-подробно в *Наредба за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените за лекарствени средства* от 2013 г. (Наредба за ценообразуването).<sup>61</sup> Ролята на Съвета по ценообразуването включва и одобряване, отменяне или изменения на фармакотерапевтичните насоки, които включват критерии за оценка на ефективността на лечението, както и препоръки за алгоритми за лечение, предложени от националните консултанти, различни медицински дружества и други специалисти-клиницисти.
80. Съветът по ценообразуването е юридическо лице, издържано от държавния бюджет, със статут на държавна комисия със седалище в гр. София. Състои се от председател и 6 членове (3 от които следва да бъдат лекари или фармацевти, 2 икономисти и 2 юристи, всички със стаж в съответните си специалности не по-малко от 5 години) и се подкрепя от Секретариат.<sup>62</sup> Съветът по ценообразуването заседава *един път седмично* и пряко актуализира реимбурсния списък *един път на две седмици*, което по различен начин ангажира промени в цените, наличните търговски марки и равнищата на възстановяване на суми за всяко от съществуващите лекарства от реимбурсния списък. Цените също могат да бъдат коригирани, за да се отчете инфлацията. ЗЛПХМ залага и графици за вземане на решения от Съвета по ценообразуването, а именно:
- ✓ 60 дни за включване в списъка и ценообразуване на нови лекарства, отпускани по рецепта, които да се включват в ПЛС;
  - ✓ 30 дни за включване в списъка и ценообразуване на генерични лекарства, както и за определяне на максималните цени за лекарства, отпускани по рецепта, за които не се предвижда възстановяване на суми и лекарства, отпускани без рецепта; от датата на попълването на заявлението до Съвета по ценообразуването.
81. Първичният ценообразуващ механизъм е международното (външно) референтно ценообразуване. За нови лекарства, отпускани по рецепта, фабричните цени се определят чрез разглеждане на „официалните“ цени в 10 първични (Румъния, Франция, Латвия, Гърция, Словакия, Литва, Португалия, Италия, Словения, Испания и Дания) и 7 вторични (Белгия, Чешката република, Дания, Естония, Финландия, Полша, и Унгария) държави-членки на ЕС. Българската цена „от

---

<sup>59</sup> Вж. <http://www.ncpr.bg/en>

<sup>60</sup> По този начин Съветът по ценообразуването задава цената на всички лекарства на пазара в България. Позитивният лекарствен списък (ПЛС) е по-ограничаващият списък на лекарства, за които се заплаща (в различна степен) с публични средства. Реимбурсният списък е списъкът с лекарства за извънболнично лечение, заплащани от НЗОК (Приложение 1)

<sup>61</sup> *Наредба за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените за лекарствени средства*, в сила от 30 април 2013 г. Вж. <http://www.ncpr.bg/en/regulations/bulgarian-legislation/regulations/>. Тя е последвана от Наредба № 10 от 24 март 2009 за реда и условията за заплащане на лекарствени средства.

<sup>62</sup> Вж. <http://www.ncpr.bg/en/ncprmp/structure/organogram>

производител” след това се определя на равнището на *най-ниската* цена между тези юрисдикции. Връзки към източници на информация за ценообразуването са дадени на сайта на Съвета по ценообразуването.<sup>63</sup>

82. Фабричната цена на *първата* генерична версия на дадено лекарство, включено в ПЛС, не може да надвишават 80% от фабричната цена на референтния продукт, включен в ПЛС. След това ценообразуването на генерици е обект на външно рефериране. За лекарства, отпускани без рецепта, Съветът по ценообразуването просто записва максималните цени на дребно, предложени от производителя или вносителя.
83. Позитивният лекарствен списък включва четири приложения:
- ✓ Приложение I (реимбурсният списък): изброява онези лекарства за извънболнично лечение, които се заплащат от НЗОК и равнището на субсидия, която те получават, както постановява Законът за здравното осигуряване (ЗЗО)<sup>64</sup>;
  - ✓ Приложение II: изброява лекарствата, финансирани от бюджетите на „медицинските” лечебни заведения;
  - ✓ Приложение III: изброява лекарствата за лечение на HIV/СПИН, някои заразни заболявания, „лекарства-сираци”, лекарства за онкологични заболявания, които са извън приложното поле на ЗЗО, както и ваксини за задължителни имунизации; и
  - ✓ Приложение IV: представя тавана на цените за лекарства, които не се включват в ЗЗО или НЗОК, включително лекарства, отпускани без рецепта.
84. Глава 6 на Наредбата за ценообразуването задава критериите за включването на лекарства в ПЛС. За да бъде преценявано дадено лекарство за включване в списъка, то следва да притежава одобрение за пускане на пазара в България, както и доказателства, че фигурира в програмите за здравно осигуряване в най-малко пет от 10-те първични референтни страни. След това за нови лекарства се оценяват редица клинични параметри и „фармакоикономически показатели” от материал, представен в документацията за приложението, представена от производителя или доставчика на лекарството. „Фармакоикономическите показатели” включват себестойността на терапията; сравнение на разходите за терапия с налични алтернативи; съотношение разход-полза; икономическа оценка на допълнителните ползи, предлагани от терапията; и анализ на очакваното въздействие на бюджета. За всяка група критерии се дават определен брой „точки”, като клиничните фактори получават максимум 95 точки, а фармакоикономическите фактори – максимум 40 точки. Минимум 60 точки се изискват за одобрение, следователно един продукт, който отразява висока степен на клинична ефективност, може да бъде одобрен, дори ако няма много точки за икономически фактори.
85. Решение на Съвета по ценообразуването да отхвърли заявление за включване, промяна или изключване на лекарство от ПЛС, или за одобряване на предложена цена, може да бъде обжалвано пред Комисията по прозрачността. Тази комисия също се създава от ЗЛПХМ, с членове, назначени от Министерския съвет от предложени имена от Министъра на здравеопазването, Министерството на здравеопазването, Министерството на труда и социалната политика, Изпълнителната агенция по лекарствата, Националната здравноосигурителна каса, Българския

---

<sup>63</sup> [http://www.ncpr.bg/images/Referentni\\_darjavi/Tablica%20za%20saita\\_03.10.2014-ENGLISH.htm](http://www.ncpr.bg/images/Referentni_darjavi/Tablica%20za%20saita_03.10.2014-ENGLISH.htm)

<sup>64</sup> Реимбурсният списък в Приложение 1 включва и някои медицински изделия, като напр. тест-лентички за глюкоза и уреди за стома.

лекарски съюз, Българския зъболекарски съюз, Българския фармацевтичен съюз и от организации на пациенти и на фармацевтичната промишленост.

86. Наредбата за ценообразуването също задава процедурите за определяне на сумата за възстановяване за продукти в реимбурския списък. За продукти от много източници, които съдържат едно и също INN в една и съща фармацевтична форма, възстановяваната сума се определя на равнището на най-евтиния чрез задаване на себестойността чрез определената дневна доза (ОДД).<sup>65</sup> Терапевтично референтно ценообразуване се прилага и за различни молекули в рамките на една и съща подгрупа на Анатомо-терапевтично-химичната класификация, където се показва, че продуктите имат сходна ефикасност и безопасност за лечението на конкретно показание – често определяно като „кльъстърно референтно ценообразуване”. Референтната цена се изчислява според най-ниската себестойност/ОДД в клъстера. Терапевтичното референтно ценообразуване не се прилага за лекарства, за които се приема, че имат тесни терапевтични показатели (напр. антиконвулсанти, имunosупресанти).
87. Равнищата на възстановяване на суми са различни според възприеманото клинично значение. Всички продукти в Приложение III, както и тези в Приложение I (реимбурския списък) за хроничните заболявания, причиняващи „тежки нарушения в качеството или живота или увреждането и изискващи продължително лечение” подлежат на пълно (100%) възстановяване на сумите. Лекарства за широко разпространени хронични заболявания се заплащат 75%; за всички други възстановяването на пратените суми е до 50%, като действителното равнище се определя от комплексно оценяване на редица фактори, които включват дали използването на продукта се приема като жизнено важно, профилактично, палиативно, симптоматично или поддържащо лечение; социалната значимост на лекуваното състояние; продължителността на лечението; приети алгоритми за лечението; броя на пациентите с това състояние; разходи през предишната година; и бюджетния капацитет. За някои заплащани продукти НЗОК покрива едва 10% от референтната цена.
88. ПЛС се публикува от Съвета по ценообразуването и се актуализира на 2-ро и 16-то число на всеки месец. Нови продукти обаче се добавят само на 1 януари всяка година, а Съветът по ценообразуването може да променя равнището на възстановяване на суми за лекарство в ПЛС един път годишно, макар промени в цените да могат да се случат по-често. Таванът на цените може да се променя не по-рано от 12 месеца след последното одобрение на цената. Ако обаче заявителят желае да намали тавана на цените, това може да стане по всяко време.<sup>66</sup>

#### 2.4.4 Обществени поръчки и заплащане

89. За лекарства, използвани в стационарни лечебни заведения (Приложение II), процедурите за обществени поръчки са в рамките на Закона за обществените поръчки. Всяка държавна болница

---

<sup>65</sup> **Определената дневна доза (ОДД) е възприетата средна поддържаща дневна доза за лекарство, използвано по основните му показания при пълнолетни лица.** Важно е да се подчертае, че ОДД е единица за измерване и не отразява непременно препоръчаната или действителната предписана доза. Освен това наблюдението, че две лекарства за едно и също показание имат една и съща ОДД не означава, че те са с еквивалентна ефикасност.

<sup>66</sup> Център за превенция и противодействие на корупцията и организираната престъпност към Министерски съвет. *Анализ на лекарствената политика в Република България за целите на изготвянето на предложения за борба с корупционните практики.*

предприема обществени поръчки всяка година. Цените не могат да надвишават определените от Съвета по ценообразуването. Разходите за използваните в болници лекарства се включват в изчисленията на себестойността на КП, следователно лекарствата, използвани в стационарни заведения, би следвало теоретично да бъдат напълно осигурени от бюджетите на болниците. От пациентите с хронични заболявания, които приемат лекарства, субсидирани от НЗОК в извънболнична среда, се очаква да си носят със себе си своите лекарства, когато постъпят в болница.

90. За извънболничните лекарства НЗОК е отговорна за заплащане в съответствие с решенията на Съвета по ценообразуването и на уточнените равнища субсидия. Тя няма роля в изготвянето на ПЛС, макар че представители на НЗОК присъстват на заседанията на Съвета по ценообразуването и могат да правят представянния пред него.
91. През 2012 г. МЗ прехвърли отговорността за заплащането на списък специализирани лекарства на НЗОК. Те се изплащат 100% и включват някои онкологични лекарства, финансирани извън КП, както и лекарства за следтрансплантационна имunosупресия и различни заболявания-сираци. Макар някои фондове да проследяват прехвърлянето, те са все по-недостатъчни, за да отговорят на потребностите, а НЗОК има само ограничен капацитет да се занимава с предписването. Онкологично извънболнично лечение се предоставя при рак на гърдата, ендометриума, бъбреците, простатата и пр. Разходите за онкологични лекарства са сред най-бързо растящите сфери на разходи и изискват рутинно надвишаване на предвидените в бюджета суми. [Таблица 2](#) показва размера и нарастването на сумите за възстановяване на лекарства в НЗОК през 2011-2013 г.

Таблица 12: Размер и нарастване на сумите за възстановяване за лекарствата в НЗОК през 2011-2013 г.<sup>67</sup>

Група	Стойност на възстановените суми през 2011 г. (лв.)	Стойност на възстановените суми през 2012 г. (лв.)	Стойност на възстановените суми през 2013 г. (лв.)	Растеж през 2011-2013 г.
Храносмилане и метаболизъм	92 808 240	104 747 617	117 120 031	26%
Кръв и кръвотворни органи	32 824 625	31 318 475	43 739 413	33%
Сърдечносъдови заболявания	85 977 845	92 560 215	85 446 570	-1%
Пикочно-полова система	7 365 411	9 541 809	9 439 385	28%
Хормонални лекарства за системно приложение	4 275 308	6 078 292	6 802 846	59%
Противоинфекционни средства за системно приложение	9 585 803	13 759 580	14 694 574	53%
Антинеопластични & имуномодулаторни	57 207 328	72 330 816	88 998 443	56%
Мускулно-скелетна система	1 484 054	1 582 023	1 647 346	11%
Нервна система	76 839 656	70 244 941	61 120 038	-20%
Противопаразитни средства	143 278	164 268	157 412	10%
Дихателна система	70 171 764	79 307 232	82 691 317	18%
Сетивни органи	9 159 309	9 434 214	7 796 674	-15%
Разни	5 236 690	7 740 345	8 483 802	62%
Монитори и тест-лентички	8 757 904	8 814 316	9 093 592	4%
Диетични храни	1 141 747	1 336 403	1 520 639	33%
Медицински изделия	10 184 124	10 651 520	11 252 539	10%
Общо	473 163 086	519 612 066	550 004 621	16%

#### 2.4.5 Разпределение и верига на доставките

92. Българската фармацевтична промишленост се състои от около 30 български дружества и редица международни компании с местно производство/опаковане, най-голямото от които е Actavis. Най-големият местен производител е Sopharma – силно вертикално интегрирана с операция за продажба на едро и собственост на голям брой аптеки.
93. От декември 2014 г. има 273 регистрирани търговци на едро в България, с повече от 320 складове. Само пет от продавачите на едро обаче снабдяват над 80% от пазара.
94. През януари 2014 г. е имало 4217 регистрирани аптеки в България, от които приблизително половината имат разрешение да изпълняват субсидирани от НЗОК рецепти. Лекарства, отпускани по рецепта, могат да се изпълняват и продават само в аптеки, докато лекарства, отпускани без рецепта, могат да се продават и в аптеки, и в „дрогерии“. Според Министерството на здравеопазването рез 2010 г. е имало 965 дрогерии, регистрирани в България. Докато едно лице

<sup>67</sup> От документа Проект за концепция за българската национална лекарствена политика – „КОНЦЕПЦИЯ ЗА ЛЕКАРСТВЕНАТА ПОЛИТИКА“

може да притежава максимум четири аптеки, същото лице може да притежава множество търговски обекти, всеки от които на свой ред може да притежава до четири аптеки, като по този начин се контролира голяма мрежа и се създава възможност за антиконкурентно поведение. Една мрежа от около 300 аптеки е притежание на едно единствено лице, което притежава и фирма за търговия на едро.

95. Увеличенията на цените на едро и на дребно, определени от Министерството на здравеопазването, са пропорционални на себестойността на лекарството и са регресивни. Увеличенията на цените на едро са с 4-7%, с максимум от 10 лв. Увеличенията на цените на дребно варират с 16-20%, с максимум от 25 лв. Към тях се добавя 20% ДДС, за да се формира максималната цена на дребно чрез сложна формула (вж. Таблица 13).

**Таблица 13: Увеличения на цените на едро и на дребно за лекарства**

Фабрична цена			Цена на едро					Цена на дребно				
Цена (лв.)	ДДС (лв.)	Общ ос ДДС	Марж (%)	Марж (лв.)	Цена (лв.)	ДДС (лв.)	Общо с ДДС	Марж (%)	Марж (лв.)	Цена (лв.)	ДДС (лв.)	Общо с ДДС
5	1,00	6,00	7%	0,35	5,35	1,07	6,42	20%	1,00	6,35	1,27	7,62
10	2,00	12,00	7%	0,70	10,70	2,14	12,84	20%	2,00	12,70	2,54	15,24
30	6,00	36,00	6%	1,80	31,80	6,36	38,16	18%	5,40	37,20	7,44	44,64
50	10,00	60,00	4%	2,00	52,00	10,40	62,40	16%	8,00	60,00	12,00	72,00
100	20,00	120,00	4%	4,00	104,00	20,80	124,80	16%	16,00	120,00	24,00	144,00
200	40,00	240,00	4%	8,00	208,00	41,60	249,60	16%	25,00	233,00	46,60	279,60
500	100,00	600,00	4%	10,00	510,00	102,00	612,00	16%	25,00	535,00	107,00	642,00

96. В допълнение към законните увеличения на цените, приходите на аптеките включват и такса за отпускане на лекарствата от 1 евро на рецепта (не за медикамент), но тази такса се заплаща само за рецепти за лекарства, които се заплащат 100% от НЗОК. Тъй като таксите за отпускане на лекарствата са ниски и маржовете при продажба на дребно са пропорционални на себестойността на лекарствата, това създава стимули за фармацевтите да отпускат по-скъпи лекарства.

#### 2.4.6 Предписване и отпускане на лекарства

97. Не се изисква предписване на лекарства по международни непатентовани наименования и на фармацевтите не се разрешава по закон да отпускат каквото и да е друго освен търговското име на продукта, посочен в рецептата. На практика обаче има непотвърдени данни, че поради пропорционалното естество на маржовете при продажба на дребно, заместването се извършва в полза на продуктите с по-висока цена и те са предпочитани и когато отпускането на лекарството е без рецепта.
98. Докато не се разрешава рекламиране на лекарства, отпускани по рецепта, пряко до потребителя, на фармацевтичната промишленост се разрешава промоция за лицата, предписващи лекарства и

се смята, че това влияе за предписването на по-скъпи продукти. Изразени са критични становища относно ефективността на ИАЛ при упражняването на контрол и надзор над рекламния пазар.

99. Парадоксално е, че има висока степен на недоверие към генериците и липса на разбиране на процеса на оценяване или изискванията за получаване на разрешение за продажба. Когато лекарят предписва лекарство с по-висока цена от референтната или сравнителната (benchmark) цена, пациентът трябва да заплати разликата със собствени средства.

100. В допълнение към това много лекарства се получават без рецепта, отчасти поради ниските и непредвидими проценти на възстановяване на суми от НЗОК и поради това заплащани със собствени средства, но и защото това позволява на пациентите да избегнат разходи и загуба на време за консултиране с лекар. Заплащат се само лекарства, предписани от ОПЛ или специалист и закупвани в аптека, която има договор с НЗОК. Продажбата на лекарства, отпускани по рецепта от Интернет, не е разрешена в България.

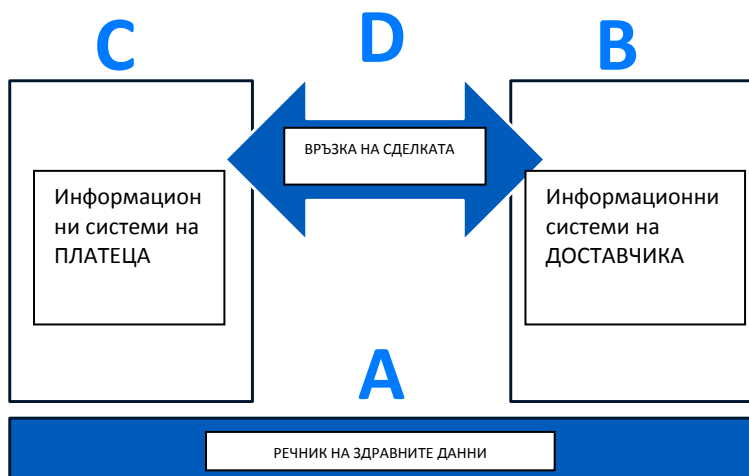
## 2.5 Информационна система за управление на здравеопазването

101. Добре функционираща, модерна, интегрирана и надеждна информационна система ИСУЗ е жизнено важна за работата на всяка модерна система за предоставяне на здравни грижи и може би не по-малко необходима за работата на гладко функциониращи процеси на финансиране на здравеопазването. Макар здравеопазването в общи линии да изостава от други промишлености с висока продуктивност може би с 30 години по отношение на пълната функция на информационните системи, тази тенденция сега започва да сменя посоката си предвид стимула от схемите на финансиране на здравеопазването, които стават все по-сложни за изпълнение. Без адекватни системи дейностите изискват все по-голям персонал, страдат от човешки грешки и създават все по-дълги забавяния на плащанията на доставчици.

### 2.5.1 Рамка за описване и достъп до работата на информационни системи, подкрепящи финансирането

102. В контекста на застаряващо население фискалният натиск върху системите за финансиране на здравеопазването едва ли ще намалее. Следователно сложността на схемите за здравно осигуряване и натискът за ефикасност при предоставянето на здравни услуги ще продължат да се увеличават. Управлението на модерна система за финансиране на здравеопазването – което за България означава здравноосигурителен фонд – изисква солидна и същевременно гъвкава способност да се предвиждат потребностите (актюерен анализ), да се анализират и следят използването на фондовете (фонд управление), да се вземат решения по искове (обработване на искове) и адекватен капацитет за отчетност (финансово счетоводство и докладване). В известен смисъл минималните стандарти за информационна система за здравно осигуряване може да се сравняват със стандартите за сравнително голяма финансова банка. По-конкретно обаче една информационна екосистема за здравно осигуряване има 4 основни компоненти, всеки от които следва да функционира добре, за да може цялата система да функционира добре. Тези четири компоненти са описани във Фиг. 31 **Error! Reference source not found.** и обсъдени по-долу.

Фиг. 31: Компоненти на околната среда на информационна система за здравно осигуряване



- (А) **Определянето на стандарти** е първата и може би най-важната стъпка за създаване на необходимата среда. Без последователни стандарти на кодиране, последователни формуляри (електронни формуляри и формуляри на хартия за искове, за обжалване, за разрешения за услуги) и последователни дефиниции на общите статистически данни <sup>68</sup>, не може да има оперативна съвместимост между информационните системи на доставчика (които внасят искове и получават плащания) и информационната система на платеца (която следва да взема решения по искове и да инициира плащания).
- (Б) Информационните системи в болниците (обикновено наричани болнични информационни системи), в клиниките (клинични информационни системи), в аптеките, в лабораториите и пр. са обединени в една категория, наричана **информационни системи на доставчика**<sup>69</sup>. Тези системи са от ключово значение, защото, ако се използва аналогия с модел на продажба на дребно, те се намират на мястото на услугата, където в действителност се появяват разходите (при предоставянето на медицински услуги). Следователно е важно събирането на информация да става максимално близо до източника на предоставената услуга и по този начин болничните информационни системи (и сродните им системи) да започнат да работят все повече в реално време, като им се подава информация преди, по време на и непосредствено след предоставянето на услугите. Изграждането на такива системи означава, че компютрите се преместват от „back office“-ите пряко на „огневата линия“, т.е. те се използват пряко от доставчиците на медицински грижи и данните се събират при предоставянето на услугите.

<sup>68</sup> Напр.: Какво разбираме под използваемост на леглата в болниците? Какво разбираме под заболяемост на нозокомиални инфекции?

<sup>69</sup> За нашите цели използваме синонимно термините „информационна система на доставчика“ и „болнична информационна система“. Стриктно погледнато обаче има някои леки разлики, тъй като първият термин може да включва и други здравни заведения освен болниците, като напр. поликлиники и здравни заведения за първична помощ.



- (В) Самата **информационна система за здравно осигуряване** (или информационна система на „Платеца“)<sup>70</sup> е също от изключително значение. Тази система често става най-голямата система в цялата здравна промишленост, понякога най-голямата и в цялата страна (в зависимост от сложността на използвания метод за финансиране на здравеопазването). За разлика от информационните системи на доставчика, които сега се разбират добре и са доста добре разпространени в здравните заведения по целия свят, освен в най-бедните държави, информационните системи на платеца са по-често с еднократно създадени по поръчка софтуерни системи, разработени конкретно за конкретна среда, схема или страна. Това ги прави сложни, скъпи за разработване и дори още по-скъпи за поддръжка. Все по-малко хора разбират проектирането на информационни системи за здравно осигуряване, все по-малко продавачи са имали опит с разработването и поддръжката им, а правителствата общо взето обръщат по-малко внимание на тези системи, тъй като те са по-малко видими – скрити в вътре във „фабриката“ за здравно осигуряване, която – ако работи добре – не се вежда и се приема като даденост.
- (Г) И накрая, **комуникационните връзки между доставчика и платеца** са важни, за да се накара всичко това да работи заедно. Мина времето на прехвърлянето на хартии между тези „партньори на една ръка разстояние“. Тези сделки следва да протичат по електронен път, с малко търкане, навреме и по сигурен начин. Споделените данни (със съответния контрол и сигурност, разбира се) стават достояние на заинтересовани лица, подобряват се качеството и актуалността на тези данни и се оптимизира крайната полезност на данните, които протичат по този канал. Може да се подпомогне дългото търсене на данни, които да могат да измерят по-точно качеството на резултатите и използването на ресурсите, ако се въведат тези солидни комуникационни връзки. В повечето страни се осъществява деликатен преход от ерата на създаване на връзки от точка до точка между доставчиците и платеца/платците към една ера, в която са създадени управлявани отблизо и оптимизирани мрежи връзки тип „звезда“<sup>71</sup>, включително и различни форми на разпределителни звена, предназначени да насочват надеждно трансакциите между финансовите партньори.

103. В подраздела по-долу се обсъжда накратко как се организира всеки компонент в България.

## 2.5.2 Речник на здравните данни и други информационни стандарти

104. Мястото, където се съхраняват стандартите за здравна информация, често се нарича Речник на здравните данни. В държавите се изграждат стандарти за изграждане на своите „речници“ по един от два начина:

---

<sup>70</sup> За нашите цели използваме синонимно термините „информационна система на доставчика“ и „болнична информационна система“. Стриктно погледнато обаче има някои леки разлики в зависимост от естеството на платеца/платците.

<sup>71</sup> Мрежа от типа „звезда“ представлява просто мрежа, чрез която всички заинтересовани лица общуват през една единствена точка. В центъра на „звездата“ може да има пасивен разпределител на съобщенията между заинтересованите лица, или това може да е интелигентна точка, през която да могат да се внасят някои редакторски поправки, да се събират контекстуални данни и да се генерират статистически данни. Най-ранната форма на тези интелигентни разпределители придобиха известност като разпределители от типа „clearing houses“, като днес се наблюдава тенденция към все по-интелигентни „smart clearing houses“, които могат да имат важна функция при организирането и проследяването на потока документи, който минава през тях.

105. *От горе надолу* – при този метод работна група (или групи) се събира в продължение може би на една година, за да предложи националните стандарти за кодиране, дефиниции на общи термини, стандартизация на формуляри и пр. В края на работата си искат от Министерството на здравеопазването и от други заинтересовани лица да коментират и след това да приемат техните стандарти и да се съгласят да ги прилагат. Предоставя се известно време на продавачите и на други проектантите на системите (обикновено 2 години), за да могат да пренастроят съществуващите си (наследени) системи, за да станат съвместими с новите стандарти. Продавачите може евентуално да бъдат изхвърлени от пазара, ако не го направят в разумни срокове. По този начин Министерството ще може да гарантира, че всички системи наистина могат да „говорят на един и същи език“.
106. *От долу нагоре* – при този метод стандартите се развиват като стандарти *ad hoc* и биват приети с течение на времето в резултат от широкото им използване от системите в сферата. Допълнителни промени се правят от време на време за подобряването им или за преминаване към най-новите стандарти за кодиране,<sup>72</sup> но иначе те се развиват естествено и органично в отговор на промените в медицинската практика, в законодателството и в нормативната уредба.
107. България понастоящем изгражда стандартите си от долу нагоре. Нейните стандарти са се развили в резултат от присъствието на малък брой активни продавачи на информационни системи на доставчиците. Това е довело до сравнително висока степен на стандартизация и съответно до силно придържане към съществуващите стандарти.
108. Една от уникалните черти на българската система е КП (клиничните пътеки) като „класификатор на случаите“ при исковете от болниците. Тази практика на оценяване на базата на отделния случай замесва редица клинични параметри и законодателни наредби в схемата за заплащане на болниците. Разпоредените клинични характеристики на даден случай се съчетават с подробности от конкретни наредби, за да се предпише дали конкретен случай отговаря на квалификациите на даден КП код. Така тази смесица от клинични параметри и наредби превръща вземането на решения по искове с помощта на компютър в голямо предизвикателство.

### 2.5.3 Информационни системи на доставчиците в здравните заведения в България

109. В България, за разлика от повечето други страни в ЕС, пазарът за информационни системи на доставчиците е доминиран от много ограничена група от 2-3 продавачи. Тези най-често срещани системи в България се използват както в държавния, така и в частния сектор специално за болници. От следна точка на системата това представлява предимство, тъй като в много страни тези два сектора на пазара се развиват обикновено по различни пътища и ангажират с предпочитане различни продавачи. В България доминирането на големи продавачи на пазара е внесло известна дисциплина в пазара и, както беше посочено по-горе, е довело до някои *de facto* полезни стандарти, които често липсват до голяма степен в много други страни. Има обаче и неблагоприятна страна – по-малкото на брой доминиращи продавачи може да са забавили темпото на нововъведенията през последните години предвид липсата на новопоявили се конкуренти, които могат да се опитат да изместят днешните водещи продавачи.

---

<sup>72</sup> Стандартите за кодиране, разбира се, могат да се променят и наистина се променят. Настоящият стандарт за диагностично кодиране е ICD-10. Следващият преработен вариант на Международната класификация на болестите, ICD-11, ще бъде публикувана от СЗО през 2017 г.

110. Бърз преглед обаче на наличните продукти в болниците и между всички доставчици (включително първичната помощ и специализираната помощ) подсказва, че продавачите в този пазар са се справили повече от адекватно с прилагането на съвременната функционалност в своите системи, както и с това да ги направят съвместими с трансмисии и към НЗОК, и към МЗ. Общо взето системите съответстват на тези от други страни с икономическото развитие на България и предлагат сходна финансова, клинична и административна функционалност.

#### 2.5.4 Информационна система в здравното осигуряване [ИСЗО] в НЗОК

111. НЗОК е работила с три различни системи след първата пред 1991 г. Всеки път работата по разработването е започвала „от нула“ и има малко данни, че поуките от по-ранните версии са били адекватно използвани в по-късните превъплъщения. Независимо от продължителния опит с по-ранните системи ИСЗО и макар системите от страната на доставчиците в България да демонстрират разумна функционалност, сегашната система в НЗОК е разочароваща и ограничена.

112. Най-последната система, изработена от BULL-Siveko – международна партньорска фирма (България-Румъния-Франция, в която главният технически компонент е румънски) – беше доставена през 2008 г. и актуализирана за последен път през 2010 г. Себестойността ѝ се изчислява различно на около 7 млн. лв., макар вероятно общите разходи от 2008 до 2014 г. да възлизат на много повече (по предварителни изчисления 3 пъти повече), когато се включат и непреките разходи.

113. Гаранцията на системата изтича 3 години след доставката и не изглежда да се върши нещо за поддръжка или актуализиране на системата след последния ъпгрейд през 2010 г. Първоначалният код за системата се пази все още от продавача, макар копие от една по-ранна версия (чиято полезност сега е под въпрос) е на отговорно пазене. При това положение персоналът на НЗОК е до голяма степен напрегнат от факта, че те самите не могат да се намесят при криза в системите, дори и да искат. Отношенията с продавача са напрегнати и дори са редки неформалните разговори между клиент и продавач.

114. Тази ситуация поставя сериозни предизвикателства пред работата на НЗОК, тъй като информационната система просто не може да се приспособи, за да отразява честите регулаторни промени в околната среда на НЗОК. Когато се въведе ново изискване, НЗОК няма друга алтернатива, освен да се откаже от онези функции на системата, които вече не съответстват на актуалните закони и разпоредби. Постепенно НЗОК няма друг избор освен да се върне към ръчен процес (четене и обработване на документи на хартиен носител), като тези модули продължават да отпаднат. Дори все още автоматизираните процеси често изискват и документи на хартиен носител (като по този начин създават „двойна работа“ и „планина от хартия“!), понеже някои елементи на електронните документи вече не отговарят на сегашните регулаторни изисквания.

#### **ОПАСНОСТ В НЗОК ВЪВ ВРЪЗКА С НЕЙНАТА СИСТЕМА ИСЗО**

По време на обсъжданията ни с НЗОК във връзка с работата по доклада открихме, че сегашната им система ИСЗО в момента е без поддръжане и помощ от страна на продавача. Персоналът на НЗОК също не могат да поддържат системата, защото нямат оригиналния код.

Това е сериозна и потенциално критична ситуация. Без текущо поддръжане НЗОК рискува да трябва да се откаже изобщо от автоматизация за НЗОК, ако системата откаже по каквато и да е причина. Това ще причини прекъсване, забавени плащания и сериозна криза във функционирането на НЗОК.

## 2.5.5 Връзки при сделките между платеща и доставчиците, и между доставчиците

115. Сделките по финансирането на здравеопазването изискват внимателно разпределяне на отговорностите между платеща и доставчика. Всеки от тях играе важна роля (като купувач и като продавач на услуги), за да се гарантира обработването на основната финансова сделка успешно, коректно и (да се надяваме) бързо. Следователно носителят на тази информация между двете страни – връзката при сделките – е важна.
116. Връзките при сделките съществуват с всички основни доставчици, те са с адекватен ширококолов обхват и изглежда работят адекватно. Другите връзки, които са връзките към Министерството и, което е дори още по-важно, връзките между самите доставчици (за обмен на направления, медицински протоколи и пр.), не се използват толкова добре. Тези връзки са предимно *ad hoc* и липсва централно управление.

## 2.5.6 Кратко обобщение на сегашните системи ИЗО в България

117. Предвид настоящите изисквания към информационните системи на доставчиците системите в България функционират адекватно. Доставчиците изглеждат относително удовлетворени от съществуващите системи и са в състояние да изпращат по електронен път до НЗОК исканията си за заплащане, което е най-важното изискване за подобни системи, тъй като е свързано с поддържането на функцията на финансиране на здравеопазването. Очевидно първото изискване към такива системи следва да бъде гладкото функциониране и работата на системата за оказване на медицински грижи, за лекуването на пациентите с предоставяне на информация когато и където е необходима на клиницисти и свързаните с тях здравни работници.
118. ИЗО е много по-проблематична. Тя бавно се влошава поради липса на адекватна поддръжка, заради което НЗОК преминава постепенно към ръчна система на обработка (на основата на четене, човешки труд и документи на хартиен носител). Според нас правителството няма друг избор освен да се заеме пряко с проблема и да възстанови адекватната поддръжка, в противен случай има вероятност системата да се срине, което може да доведе до по-нататъшно сериозно влошаване на равнищата на услугите в НЗОК.
119. И накрая, гледаме напред към бъдещето. Могат ли тези системи да понесат новия товар и да отговорят на някаква значима реорганизация на информационните процеси в сектора на здравеопазването в България? Разбира се, този въпрос е в центъра на вниманието на настоящата дискусия. Готови ли са системите да поемат нови отговорности? Могат ли съществуващите системи да се разширят, за да предоставят нови услуги или трябва да се създаде нова архитектура и да се възприеме различен подход? Това е темата на обсъжданията, свързани с ИСУЗ, в следващите глави.

## Глава 3 Оценка на работата на системата за финансиране на здравеопазването

1. Настоящата глава съдържа оценка на работата на системата за финансиране на здравеопазването в България чрез глобални сравнения, тенденции във времето, съотнесени със съседни страни и средни стойности за ЕС, и ефикасността на изразходването на средства. Използва се методологията, описана в Увода и по-специално международни съпоставки (benchmarking) на България в много измерения, конкретни анализи, основани на микро-данни и констатации както от световната литература, така и от конкретната за България здравна политика.
2. Анализирайки работата на системата за финансиране на здравеопазването в България, важно е да се помни, че тя е резултат на множество държавни и частни потоци средства, най-важните от които са НЗОК и плащания със собствени средства<sup>73</sup>, всяко от които потенциално има много различни въздействия и се подчинява на различни лостове в политиката.
3. Както беше обсъждано по-рано, НЗОК е най-големият *самостоятелен обединен* източник на финансиране в българската система на здравеопазването, с 40 процента от всички здравни разходи, която по принцип покрива цялото население и обединява здравните рискове. С начина, по който е проектирана, НЗОК внася някои основни принципи в системата и ключов въпрос е, разбира се, дали успява да ги спазва. Същевременно плащания със собствени средства от милиони български граждани представляват 47 процента от всички здравни разходи. Тези големи суми необединени плащания със собствени средства повдигат сериозни въпроси относно равнопоставеността, финансовата защита и покупателната ефикасност на системата. Следователно анализирайки различните аспекти на функционирането на финансирането, независимо от това дали става дума за покупателната и обединяващата риска ефикасност и/или за равнопоставеността, ефикасността и устойчивостта на генерирането на приходи, следва да се вземат предвид диференцираните въздействия на всеки от тези два важни източници на финансиране в допълнение към съчетаното им въздействие.
4. Оценката на дейността по финансиране на здравеопазването в тази глава се основава на анализи на равнището и тенденциите, глобални сравнения, анализи на данни за бюджета на домакинствата и данни на НЗОК. Представени са първите равнища, тенденции и глобални сравнения за различни мерки, свързани с разходите и приходите при финансиране на здравеопазването. Второ, равнопоставеността, финансовата защита и обединяващата риска ефективност са оценени подробно чрез анализ на данните за бюджета на домакинствата. Трето, покупателната ефикасност се оценява чрез анализ на сегашните договорености за закупуване и вътрешно присъщата им ефикасност, качество и стимули за достъп. Четвъртият раздел оценява постиженията на България при постигането на икономическа целесъобразност във фармацевтичния сектор. И накрая се представят някои предварителни констатации на базата на изходни данни от актюерски модел, който се разработва в момента за настоящото изследване, за

---

<sup>73</sup> С това не се прави опит да се подсказе, че съставът на публичните разходи в България не е проблематичен, тъй като относително по-ниските публични разходи, несвързани с НЗОК, за основни дейности в общественото здравеопазване, в сравнение с болниците, има важни въздействия върху резултатите в здравеопазване и равнопоставеността.

да се оцени настоящата и бъдещата платежоспособност и устойчивост на сегашната НЗОК и общата система за общественото здравеопазване.

5. В обобщение тази глава показва, че макар разходите за общественото здравеопазване в България да са средни за страна с нейното равнище на приходи, широко разпространените частни разходи и по-специално разходите, покривани със собствени средства, обясняват над средните общи разходи. Не е изненадващо, че това се изразява в слаби резултати, когато е необходимо да се предостави финансова защита на населението – както на осигурените понастоящем лица, така и на 7 до 10 процента неосигурени българи. Анализът на ефикасността на методите на НЗОК за договориране и практиките при закупуване на лекарствени средства подсказва, че и те допринасят за неоптималното използване на наличното държавно финансиране и за ограничената финансова защита.

### **3.1 Тенденции и глобални сравнения във финансирането на здравеопазването в България: разходи и приходи**

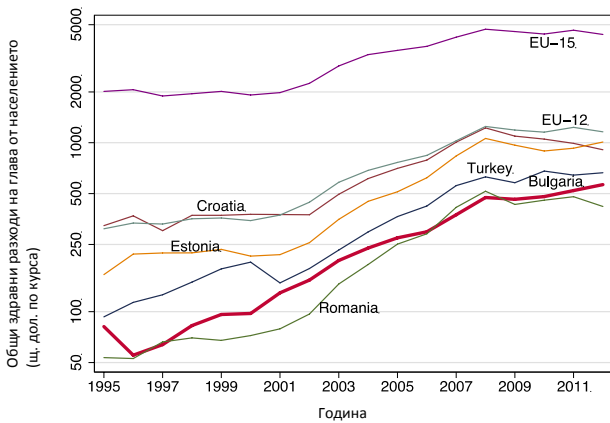
6. В този раздел се обобщават равнищата, тенденциите във времето и глобалните сравнения, поради които приходите остават непроменени през 2012 г. за редица мерки за финансиране на здравеопазването. Пълният анализ на всички тези мерки се съдържа в Приложение 1 на настоящия документ. По-специално се анализират следните мерки за финансиране: общи, държавни, частни и заплатени със собствени средства здравни разходи в щ. дол. (с обменните курсове и „международни долари“, което внася корекции за разликите в цените с помощта на паритети на покупателната способност – ППС), общи и на глава от населението, и като дял от общата икономика (БВП). Усилията, свързани с общите държавни приходи и разходи, се оценяват чрез глобални сравнения на приходите и разходите на правителството като дял от БВП и определянето на приоритетите се оценява чрез глобално сравнение на здравните разходи като дял от общия бюджет на правителството. Както беше обсъждано в Увода, тези различни мерки се използват, тъй като няма един общ „правилен“ начин за определяне на „подходящите“ равнища и тенденции на здравните разходи вътре в дадена страна. Всяка мярка предоставя допълваща информация за резултатите, свързани със здравните разходи.

#### **3.1.1 Тенденции в разходите: равнище и разпределение между държавни и частни**

7. Макар здравните разходи на глава от населението в България да са все още под средните стойности за ЕС, като се внесат корекции за приходите, България харчи повече от други страни със сравними приходи в останалата част на света. Както е описано във Втора глава, общите разходи в България са се увеличили от 5,2 на 8 процента от БВП между 1995 и 2012 г. През същия период здравните разходи на глава от населението по обменен курс са се увеличили от 82 на 566 \$, докато в ППС увеличението е от 295 на 1139 \$. В сравнение с съседните страни в региона общите здравни разходи на глава от населението в България са стартирали от много по-ниска база, но възходящата тенденция на нарастването им отразява параметрите в съседните страни в региона, като Румъния и Хърватия. Все пак те остават по-ниски от средните стойности в ЕС-12 и ЕС-15 от съответно 1160 и 4379 щ. долари на глава от населението през 2012 г. (Фиг. 32). Същевременно чрез глобални сравнения през 2012 г. общите здравни разходи на глава от населението (Фиг. 33) и

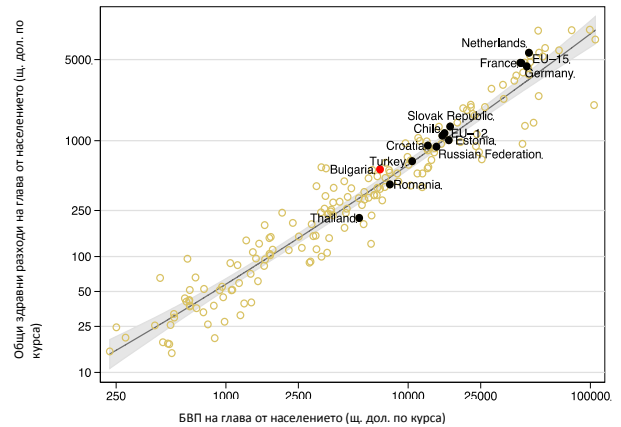
като дял от БВП <sup>74</sup> са над средно равнище, съотнесени със страни със сходни равнища на приходите.

Фиг. 32: Общи здравни разходи на глава от населението (щ. дол.): България и страни за сравнение; 1995-2012 г.



Източник: World Development Indicators and WHO NHA, 2014.

Фиг. 33: Общи разходи за здравеопазване на глава от населението, сравнени приходите на глава от населението в щ. дол. по курса, 2012 г.)

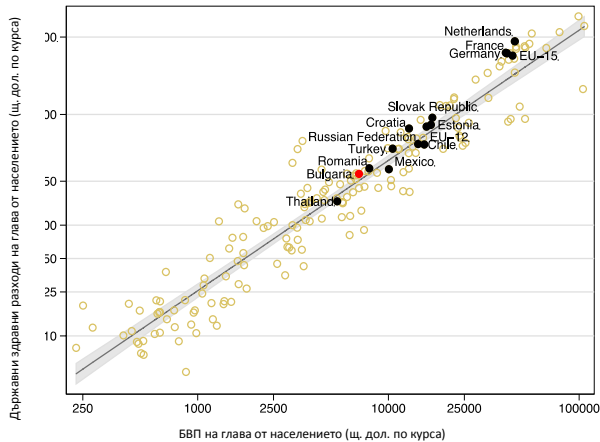


8. Изразходването на държавни средства за здравеопазване в България е доста сходно на страни със сравними приходи. Изразходването на държавни средства за здравеопазване може да се измерва по редица начини, включително: като дял от общите здравни разходи и БВП, като изразходване на държавни средства на глава от населението в базирани на обменния курс и международни долари, изразходване на държавни средства за здравеопазване като дял от всички изразходвани държавни средства, което измерва относителния приоритет, който се дава на здравеопазването в сравнение с други държавни разходи. През 2012 г. държавните здравни разходи са представлявали 51 процента от общите здравни разходи. Като дял от БВП това е 4,1 процента. На глава от населението държавните здравни разходи са били 291 щ. долари по обменния курс. **Фиг. 34** и **Фиг. 35** дават глобални сравнения за 2012 г. (допълнителни данни могат да се намерят в Приложението). Държавните здравни разходи са приблизително на средно равнище за всички мерки с изключение на държавния дял от общите здравни разходи, който е малко под средното равнище<sup>75</sup>. На стойност около 12 процента, държавните здравни разходи като дял от общия бюджет на правителството са малко над средното равнище, което показва, че България дава средно малко повече приоритет на здравеопазването в рамките на разпределението на бюджета си в сравнение с други страни със сходни приходи.

<sup>74</sup> Вж. Приложението. Няма изрична препратка в основния текст към някои илюстриращи графики, но те са представени в Приложението.

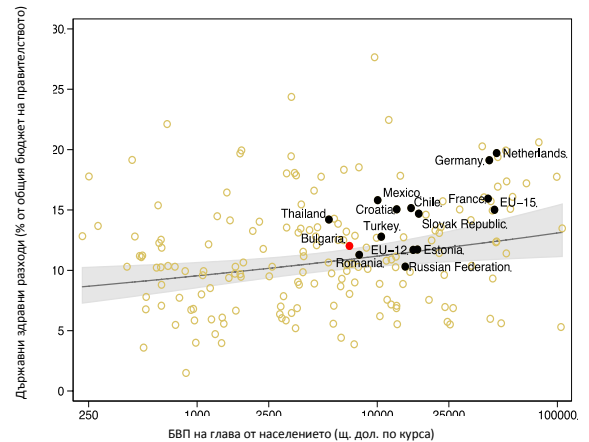
<sup>75</sup> Това е по-скоро резултат от над средните частни разходи, отколкото от под средните държавни разходи *per se*.

Фиг. 34: Разходи за обществено здравеопазване на глава от населението в сравнение с приходите на глава от населението в щ. дол. по курса, 2012 г.



Източник: World Development Indicators and WHO NHA, 2014

Фиг. 35: Разходи за обществено здравеопазване като дял от общите разходи на правителството в сравнение с приходите на глава от населението, 2012 г.



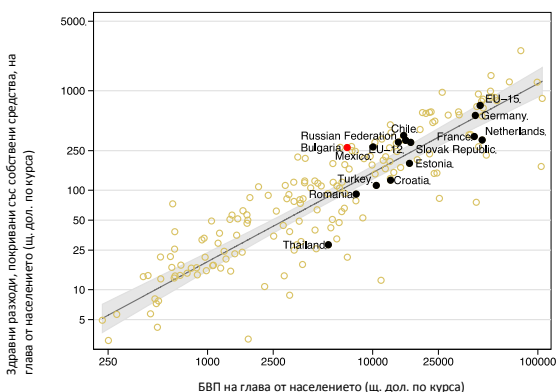
9. България обаче е явно различна по отношение на частните разходи и по-специално на разходите, покривани със собствени средства. Втора глава откри бързото нарастване на частните разходи за здравеопазване след 1995 г. Равнището на частното изразходване на средства в една система на здравеопазването има много важни последици за финансовата защита и равнопоставеността в системата. Частно изразходваните средства идват от бюджетите на домакинствата и следователно е по-вероятно да бъдат ограничени от материалното благосъстояние, макар да са подтиквани от нужда. Частното осигуряване може да предостави известна финансова защита чрез обединяване на рискове и преразпределението им между здрави и болни лица и домакинствата, но предвид отсъствието на държавни субсидии – не между бедните и по-заможните. Плащанията със собствени средства следователно по-вероятно ще имат пряко въздействие върху финансовото състояние на домакинството и може да тласне домакинствата към бедност. Всъщност според Световната здравна организация система, в която плащанията със собствени средства представляват повече от 20 процента от общите разходи, не може да се очаква да защити хората от изпадане в бедност поради неочаквано високите разходи за здравеопазване. Като се има предвид, че плащанията със собствени средства са почти 98 процента от всички частни здравни разходи, следното обсъждане съсредоточава вниманието върху предишния показател<sup>76</sup>.
10. Плащанията със собствени средства, които ограничават защитата срещу финансов риск, предоставяна от системата, са забележително високи в България. Като дял от общите здравни разходи (47 процента), като дял от БВП (3,8 процента) и на глава от населението (\$268 по обменния курс и \$540 в ППС), плащанията със собствени средства са значително над световните средни стойности (вж. например Фиг. 36). Така България е далече от изпълнението на критерия на СЗО за финансова защита, тъй като плащанията със собствени средства са значимо по-високи от прага от 15-20 процента като дял от общите здравни разходи. Освен това сравненията със съседни страни изтъкват, че ситуацията се е влошила отчетливо във времето: плащанията със собствени

<sup>76</sup> Всички анализи и глобални сравнения на частни разходи са представени в Приложението.

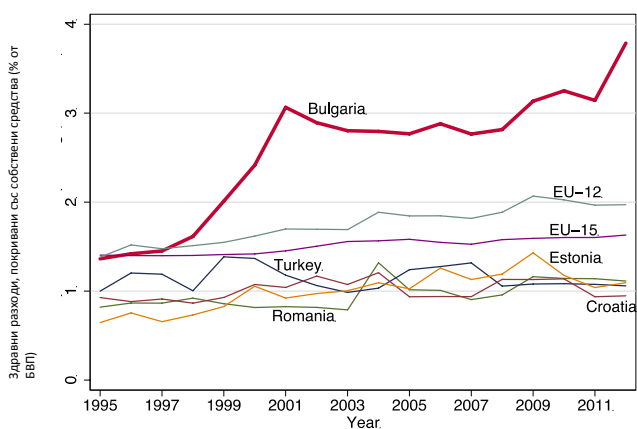


средства са се увеличили с повече от 20 процентни пункта от 1995 до 2012 г. (Фиг. 37). Фигура 38 също подчертава, че страни като Тайланд, Чили, Мексико и Турция, които са стартирали от подобна или по-висока база, са успели да постигнат огромен напредък в намаляването на разходите, покривани със собствени средства.

Фиг. 36: Разходите, покривани със собствени средства на глава от населението в сравнение с приходите на глава от населението в щ. дол. по курса, 2012 г.



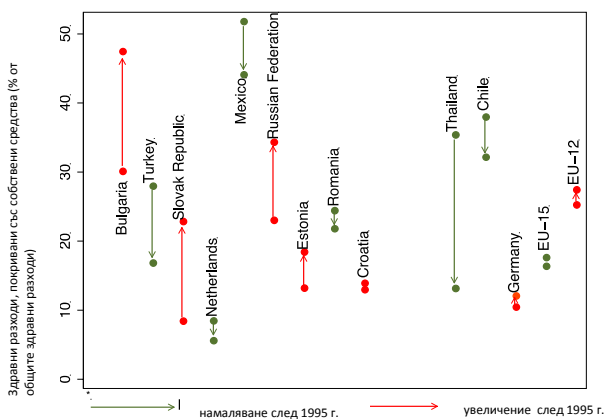
Фиг. 37: Здравни разходи, покривани със собствени средства, като дял от БВП: България и страни за сравнение; 1995-2012 г.



Източник: World Development Indicators and WHO NHA, 2014

Забележка: оста х е в лог мащаб.

Фиг. 38: Промени в дела на плащанията със собствени средства (1998-2012 г.)



Източник: World Development Indicators & WHO (2014)

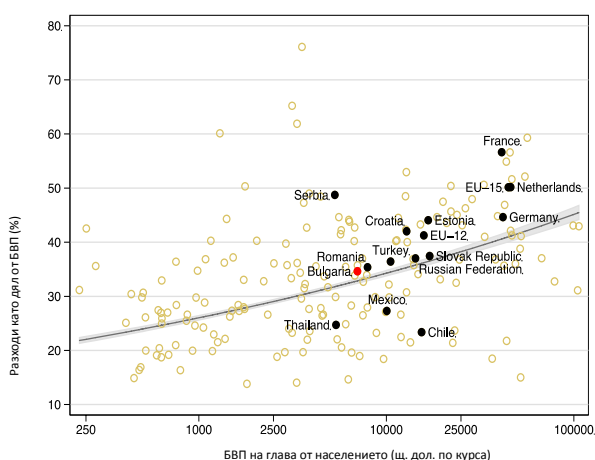
11. В обобщение, съотнесени със средните стойности за ЕС и за съседни страни, макар увеличението на общите и държавните здравни разходи да отразява промените в страните за сравнение в региона, делът на частните плащания и особено на плащанията със собствени средства е далеч по-висок и се е увеличил значително. Това доста противоречи на добре установените взаимоотношения на намаляващия дял на частните плащания (и плащанията със собствени средства), което се свързва с нарастването на БВП и плащания потенциално проблематични от гледна точка на финансовата

защита на домакинствата и равнопоставеността – предположения, които ще бъдат разглеждани по-подробно по-долу.

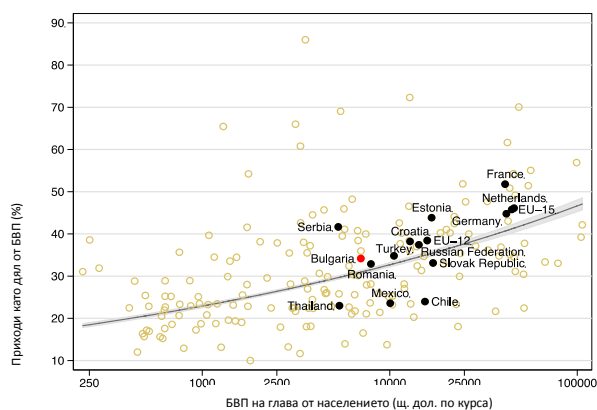
### 3.1.2 Тенденции в държавното финансиране и определяне на приоритетите в здравеопазването

12. Сравненията сочат, че в контекста на общо взето предпазлива фискална политика България дава относителен приоритет на здравеопазването. **Фиг. 39** и **Фиг. 40** показват съответно общото изразходване на средства от правителството в България, съотнесено с БВП (т.е. усилие разходи) и общи приходи, съотнесени с БВП (усилие приходи). И двете са малко над средното равнище в сравнение с други страни с подобни приходи. **Фиг. 41** представя графика на здравеопазването като дял от общите разходи на правителството, като по този начин показва определянето на приоритетите на здравеопазването в бюджета, което също е малко над глобалните тенденции. Както е показано в Приложение 1, тенденцията за определянето на приоритетите в здравеопазването в България отразява тенденцията в съседни страни и средните стойности за ЕС.

Фиг. 39: Общи разходи на правителството като дял от БВП в сравнение с БВП на глава от населението, 2012 г.

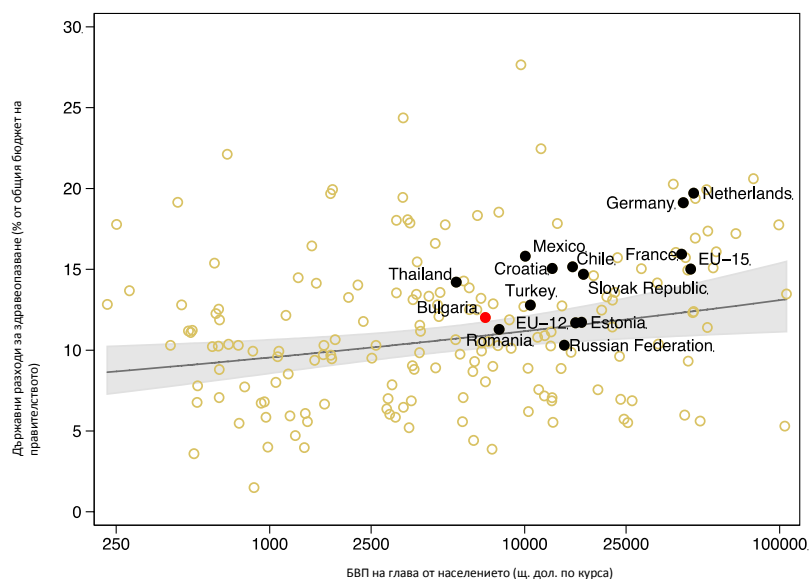


Фиг. 40: Общи приходи на правителството като дял от БВП в сравнение с БВП на глава от населението, 2012 г.



Източник: World Development Indicators, WHO NHA, NSI NHA 2014

Фиг. 41: Разходи за обществено здравеопазване като дял от общите разходи на правителството в сравнение с приходите на глава от населението, 2012 г.



Източник: World Development Indicators, WHO NHA, NSI NHA 2014. И двете оси са в log мащаб.

Таблица 14: Номинални еластичности при здравните и правителствените разходи, 1995-2012 г.

	1999-2012	2005-2012
Държавни здравни разходи, съотнесени с БВП	0,970	0,930
Приходи на правителството, съотнесени с БВП	0,928	0,770
Разходи на правителството, съотнесени с БВП	0,929	1,031
Държавни здравни разходи, съотнесени с разходи на правителството	1,036	0,898

Източник: IMF World Economic Outlook and WHO, 2014

13. По-задълбочено запознаване с фискалното поведение на България може да се получи от промените във времето в приходите и разходите, съотнесени с БВП, както и от променящите се държавни здравни разходи, съотнесени с промени в общото изразходване на средства от държавата (Таблица 14). Макар в България настоящите дейности, свързани с държавните приходи и разходи да са малко по-високи в сравнение с други със сравними приходи, през 1999-2012 г. както приходите, така и разходите са се увеличили със 7 процента годишно *по-бавно* от БВП. Неотдавна, през периода 2005-2012 г., приходите са се увеличили с 23 процента *по-бавно* от БВП, докато разходите са нараснали с 3,1 процента *по-бързо*, което е показателно за правителствени дефицити в периода след световната финансова криза. От гледна точка на определянето на приоритетите за здравеопазването в бюджета през последните години (2005-2012 г.) разходите за здравеопазване растат с около 10 процента годишно *по-бавно* от общите държавни разходи. И все

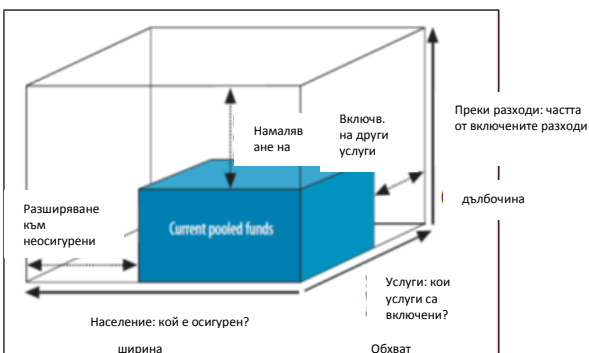
пак в общ план между 1999 и 2012 г. изразходването на държавни средства за здравеопазване се е увеличило с 3,6 процента годишно *по-бързо* в сравнение с общите разходи на правителството.

14. В обобщение, независимо от известно ограничение на нарастването на разходите за здравеопазване, съотнесени с други разходи на правителството, изглежда, че се дава приоритет на здравеопазване, съотнесено с други сектори през последните 15 години, което спомага за обясняването на малко над средното му равнище (11,8%) като дял от общите държавни разходи. Тези тенденции, съчетани с общите, държавните и частните здравни разходи към еластичностите на БВП, обсъждани по-рано, спомагат за обясняването на (i) абсолютните нараствания в общите, държавните и частните здравни разходи; (ii) растящите общи и частни дялове като процент от общите здравни разходи, съчетано с намаляващ държавен дял; (iii) големи увеличения в дела на общите и частните разходи от БВП и относително постоянен държавен дял; и (iv) нарастващ дял на разходите на правителството за здравеопазване от общия бюджет на правителството.

### 3.2 Финансова защита и равнопоставеност

15. Основната цел на всяка здравноосигурителна система е да защити лицата от неочаквано големи разходи за здравеопазване, които те не могат да си позволят. Предвид хетерогенността както на здравните нужди и платежоспособността, предоставянето на адекватна финансова защита на равнопоставена основа обикновено води до кръстосани субсидии от здрави към болни и от богати към бедни.
16. В по-общ план целта на универсалното здравноосигурително покритие, както е възприето от Световната здравна организация, е да се осигури на лицата достъп до здравните услуги, от които имат нужда, без да търпят финансови трудности, когато плащат за тях. За да се прецени дали една система на здравеопазването постига тези цели, обикновено се разглеждат три измерения на здравноосигурителното покритие: (i) неговата ширина (или кой е осигурен), (ii) неговият обхват (кои услуги са включени), и (iii) неговата дълбочина (частта разходи за здравеопазването, които са покрити) (Фиг. 42).

Фиг. 42: Измеренията на здравноосигурителното покритие



Източник: СЗО (2010 г.)

Намаляване на поделянето на разходите и таксите      Включване на други услуги

17. В този раздел първо се обсъжда осигурителното покритие на населението на основата на налична информация. По-специално се обобщават доказателствата за осигуряване на осигурителното покритие. И наистина, макар по закон всички граждани да трябва да бъдат осигурени, установено

е със сигурност, че това не е така, но съществуват много въпроси относно броя на неосигурените лица и кои са те. На второ място, данни за плащания със собствени средства – съществуващи и нови – се анализират, за да се определи степента, до която българската система за финансиране на здравеопазването помага за оказването на финансова защита на населението и дали го прави по равнопоставен начин<sup>77</sup>. И накрая данните на НЗОК за разходите по възраст, пол и област се анализират, за да се обсъди разпределението в системата.

### 3.2.1 Предоставяне на осигурителното покритие

#### 3.2.1.1 Колко са неосигурените?

18. Установяването кой точно е осигурен и кой има достъп до пакета ползи на НЗОК не е прост и лесен въпрос в България. През 2013 г. приблизителни оценки на лицата без осигурително покритие варираха от високата стойност от 24,4 процента от населението до ниската стойност от 7,3 процента (**Таблицы 15 и 16**). Истинският процент е вероятно някъде между тези стойности, а значителни проблеми, свързани с измерването, със сезонната миграция и с адекватната представителност на малцинствените групи, изискват триангулация на множеството източници на данни.
19. Според серията „Системи на здравеопазването в преход“ на Европейската обсерватория на системи на здравеопазването и политики (Dimova et al, 2012), 23 процента от българското население са нямали осигурително покритие през 2011 г. Един анализ на Националната агенция по приходите (НАП) дава обяснение на това число. По Закона за здравното осигуряване всички български граждани следва да бъдат осигурени<sup>78</sup>. НАП сравнява данните за броя български граждани със здравно осигуряване в някакъв момент във времето (от *Регистъра на здравноосигурени лица* на НЗОК) с приблизителни оценки на общия брой български граждани (от *Единната система за гражданска регистрация и административно обслужване на населението*). С помощта на този метод установява, че 24,4 процента от българските граждани нямат осигурителното покритие.
20. Повечето експерти обаче са съгласни, че тази висока стойност не е отражение на реалността, понеже много българи живеят в чужбина до по-голяма или по-малка степен постоянно. Макар да липсва точна информация за броя български граждани, които живеят в чужбина (които по закон могат да бъдат осигурени с пакета ползи на НЗОК, но вероятно получават осигурително покритие и от страните, в които живеят), този брой се смята за висок (над 1,1 милиона души). Като се отчете това и НАП съсредоточи вниманието си единствено върху българските граждани, които понастоящем живеят в България, те изчисляват, че 11,8 процента от населението няма осигурителното покритие.

---

<sup>77</sup> Според ОИСР плащанията на домакинствата със собствени средства включват: „поделение на разходите, самолечение и други разходи, заплащани пряко от частните домакинства, независимо от това дали контактът със системата на здравеопазването е бил осъществен чрез преpraщане по направление или по собствена инициатива на пациента”.

<sup>78</sup> **Чл. 33.** Следните категории се осигуряват със задължително осигуряване, предоставено от НЗОК: 1. всички български граждани, които не са граждани и на друга държава; (и пр.)

Таблица 15: Минали приблизителни оценки на неосигуреното население

Източник	Оценка	Година	Изчисление
Медиите/HiT (Dimova et al, 2012)	23%	2011	Не е известно
Националната агенция по приходите (1)	24.4%	2013	Включват се всички граждани на България
Националната агенция по приходите (2)	11.8%	2013	Корекция за приблизителни оценки на граждани, живеещи постоянно в чужбина
Национално представително проучване в Atanasova et al (2012)	12.1% 9.3%	2011 2012	Не се използват претеглени данни за населението

Източници: Dimova et al, 2012; Националната агенция по приходите (2013), „Анализ на лица, които нямат здравно осигуряване“; Atanasova et al (2012).

21. По-ниската стойност, дадена от НАП, е по-близо до приблизителните оценки, получени от социологически проучвания на домакинствата. С помощта на две национално представителни напречни социологически проучвания Atanasova et al (2012) смятат, че 12,1 процента и 9,3 процента са нямали осигурително покритие съответно през 2011 и 2012 г. Макар в това изследване да са получени приблизителни оценки в диапазона на данните на НАП, който отчита дългосрочната миграция, и двата анализа оставят някои въпроси без отговор. Както данните от преброяването на населението, така и стандартното проучване на домакинствата биха могли да пропуснат малцинствено население, като напр. ромите или най-бедните домакинства, особено ако те живеят в неформални селища или в сегрегирани общности, които може да са труднодостъпни за анкетиращите.<sup>79</sup> Такива пропуски не само влияят върху изчислената част на живеещите в България без осигурително покритие, но и затрудняват точното (т.е. представително) изчисляване на процентите осигурително покритие за тези потенциално уязвими населения.<sup>80</sup>
22. Друга серия национално представителни социологически проучвания на домакинствата обаче беше предназначена да избегне този проблем с изпуснатите малцинствени населения и дава отделни приблизителни оценки за различни групи от населението. Социологическите проучвания за проследяване на кризи (CMS) през 2010 и 2011 г., както и българското всеобхватно проучване на обществото с повторяеми във времето данни (BLISS) през 2013 г., включиха повторна извадка от близо 900 общности, определени от експерти на ромското население като имащи преобладаващо ромско население. Освен това тези социологически проучвания бяха проектирани като панели на домакинствата, за да може да се проследяват едни и същи домакинства във времето и да се отчитат преходите на включване и изключване в осигуряването, за да се получат приблизителни оценки на стабилността на осигурителното покритие в България.

<sup>79</sup> Приблизителни оценки от Европейската комисия (2011 г.) показват, че 10,3 процента от българското население принадлежи на ромската общност, докато според последното преброяване на населението ромите са 4,9 процента от населението.

<sup>80</sup> Представителността на приблизителните оценки на основното осигурително покритие в Atanasova et al (2012) също може би представлява проблем. Приблизителните оценки на частта от населението без осигурително покритие изглеждат като необработени средни данни, а не претеглени спрямо населението средни стойности и няма нищо в описанието на проучването, което да подсказва, че е бил използван самопретеглящ се метод на събиране на извадки.

Таблица 16: Нови приблизителни оценки на неосигурено население на основата на претеглени според населението социологически проучвания

Източник	Прогноза	Година	Изчисление
Българско всеобхватно проучване на обществото с повтаряеми във времето данни (BLISS)	7,3%	2013 г.	Използва теглови съотношения и активираща извадка от сегрегирани общности. Извадката не включва мигранти.
Социологически проучвания за проследяване на кризи (CMS) – Кръг 1 (CMS 1)	6%	февруари 2010 г.	Използва теглови съотношения и активираща извадка от сегрегирани общности. Извадката не включва мигранти.
Социологическо проучвания за проследяване на кризи (CMS) – Кръг 1 (CMS 2)	7,5%	октомври 2010 г.	Използва теглови съотношения и активираща извадка от сегрегирани общности. Извадката не включва мигранти.
Социологическо проучвания за проследяване на кризи (CMS) – Кръг 1 (CMS 3)	7,4%	февруари 2011 г.	Използва теглови съотношения и активираща извадка от сегрегирани общности. Извадката не включва мигранти.

23. Приблизителните оценки от неотдавна проведеното проучване BLISS показват, че само 7,3 процента от живеещите в България не са имали осигурително покритие през 2013 г., като подобни данни са получени от трите кръга на CMS през 2010 и 2011 г. (Таблица 16). Подобно на повечето социологически проучвания на домакинствата извадките при BLISS и CMS включваха само домакинствата, които са живели в България по времето на проучването. Така сезонните мигранти – в допълнение към онези, които не живеят постоянно в друга страна, – няма да бъдат уловени от социологическите проучвания. Доколкото тази група може да се улови в данните от преброяването на населението и доколкото вероятността хората в нея да са неосигурени е по-висока, би било разумно да се очаква представителната оценка на осигурителното покритие от социологическите проучвания BLISS и CMS да бъде малко по-ниска от данните на НАП.
24. В обобщение, триангулацията на тези различни източници подсказва, че между 7 и 8 процента от населението, което живее в България във всеки момент не е покрито от задължителното здравно осигуряване в България. Освен това е вероятно някои хора, които работят сезонно в чужбина, да не са осигурени, когато се върнат. Това поставя процента на неосигурените някъде между 7 и 12 процента от българите, които не живеят в чужбина постоянно. Макар приблизителните оценки да са по-ниски от съобщените в медиите, неосигуреното население продължава да е потенциален проблем, особено ако невключените не са извън системата по свой избор и не могат да си позволят да плащат задължителните вноски.

### 3.2.1.2 Кои са неосигурените?

25. Тези представителни социологически проучвания на домакинствата позволяват и анализ на хетерогенността, за да се установи дали при конкретни групи от населението е повече или по-малко вероятно да липсва осигурително покритие и да се прецени дали липсата на осигурително покритие е свързана с нисък социално-икономически статус (а от там и с ниска платежоспособност за осигурителното покритие). Данните наистина сочат силно изразено неизгодно положение за малцинствата и за населения с по-ниско социално-икономическо положение, както и за

възрастови групи, чиито вноски не са поети от държавата. Децата и възрастните – чиято вноски се плаща от държавата и които са осигурени по закон – почти всички имат осигурително покритие (само 1 процент от лицата на възраст под 18 години и само половин процент от лицата на възраст над 70 години съобщават за липса на осигурително покритие). От друга страна, 13 процента от лицата на възраст между 18 и 34 години и 12,5 процента от тези между 35 и 59 години съобщават, че са неосигурени. Около 16,5 процента от лицата в най-ниския квантил по разпределението на материалното благосъстояние, дефинирано по наличие на удобства в домакинството и притежаване на активи, не са имали осигурително покритие, докато при лицата в най-високия – само 2,7 процента.<sup>81</sup> Близко 35 процента от ромското население са неосигурени, в сравнение с 4,7 процента от етнически българското население (макар българите все още да представляват повече от половината от неосигурените). Повече от 11 процента от лицата, които съобщават, че не работили през предшестващите 4 седмици, нямат осигурително покритие, в сравнение с 4,5 процента от онези, които съобщават, че са работили.

26. Тези модели персистират в множествена регресионна рамка, което обяснява факта, че много от тези фактори може да са свързани – например ромското население също е обикновено бедно на ресурси и показва ниска образованост (Фиг. 43).<sup>82</sup> Резултатите показват, че в сравнение с жените българските мъже са със средно 2,6 процентни пункта по-малко вероятно да бъдат осигурени, при равни други условия (т.е. когато всички други характеристики са едни и същи). Живеещите в селските райони са статистически неразличими от живеещите при градски условия, точно както лицата на възраст между 35 и 59 години от тези между 18 и 34 години. Възрастовите групи, чиито вноски се поемат от държавата – лицата под 18 години и населението на пенсионна възраст – са с 11 до 17 процентни пункта по-голяма вероятност да са осигурени – при равни други условия. В сравнение с третия квантил при разпределението на материалното благосъстояние най-долните два квантила са с 10 и 5 процентни пункта по-малко вероятно да имат здравно осигуряване, докато онези, които не са завършили начално образование, са в подобно неизгодно положение, тъй като те са с 12 процентни пункта по-малко вероятно да съобщат осигурително покритие в сравнение със завършилите средно образование. Ромското население, дори след контролиране за бедност на ресурси и ниска степен на завършено образование, са все още с 25 процентни пункта по-малко вероятно да са осигурени, докато за турското население вероятността е със 7 процентни пункта по-малка. Завършеното висше образование дава малко предимство по отношение на осигурителното покритие. Всички резултати остават практически непроменени, дори когато се правят сравнения вътре във всяка област и се премахват ефектите на специфичните за съответната област атрибути.

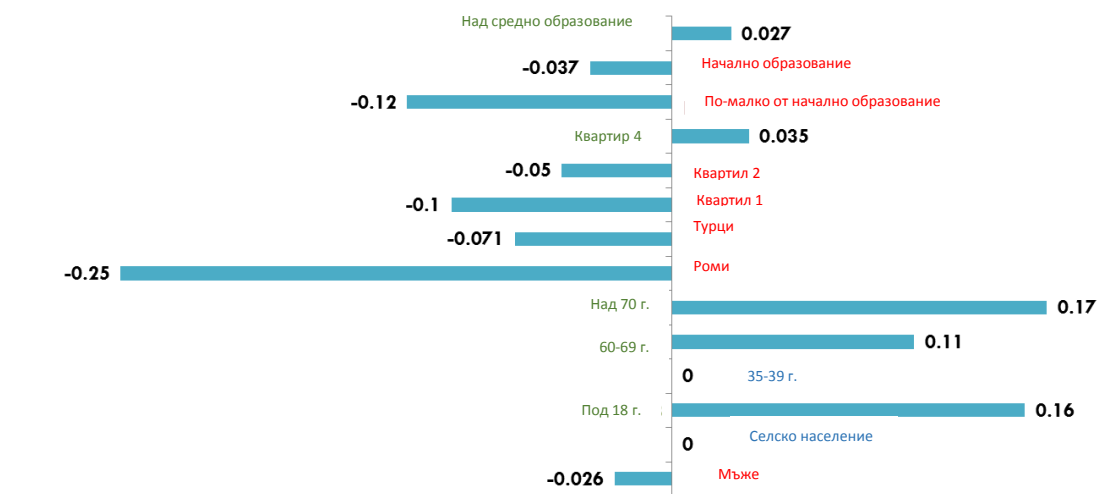
---

<sup>81</sup> Показатели в Индекса на материалното благосъстояние включват обща площ на жилището; наличието на водоснабдяване в жилището, топла вода, електричество, газоснабдяване, тоалетна с казанче, баня, централно отопление, връзка с каберна телевизия, интернет и канализация; и брой телевизори, видео или DVD плейър, сателитни антени, аудио системи, микровълнови печки, хладилници, фризери и перални машини.

<sup>82</sup> Бяха изчислени регресионни коефициенти с модел на линейна вероятност, за да може да се тълкуват като промени във вероятностите. В някои случаи обаче това води до прогнозираните вероятности, по-големи от 1. Резултатите са солидни по отношение на изчисляването на максималната вероятност, като напр. логистична регресия, която ограничава прогнозираните коефициенти до диапазон между 0 и 1.



**Фиг. 43: Изчислени коефициенти на множествена регресия на осигурителното покритие по демографски и социално-икономически характеристики**



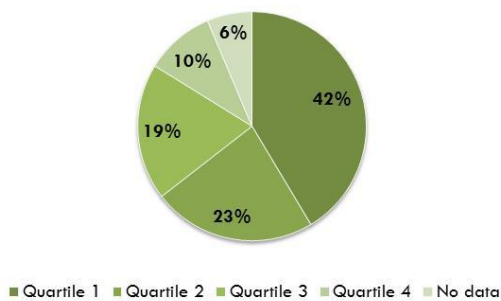
**Източник:** данни на BLISS 2013 г. Изпуснатата категория е българки 18-34 г. със средно образование от третия квартал на разпределението на материалното благосъстояние, изчислени според притежаването на активи и наличието на известни удобства в домакинството. Вероятността те да са осигурени е 91 процента. За всяка променлива коефициентът показва промяната в нейната вероятност да бъде осигурена, ако се промени една характеристика, всички други останат същите. И така, ако тази жена е била в най-бедните 25 процента от домакинствата, вероятността ѝ ще намалее от 91 процента на 81 процента.

27. Макар тези числа да са показателни за сравняване на склонността на различни групи от населението да съобщават осигурително покритие, те не дават пълна картина на състава на неосигурените, тъй като не отчитат разлики в размера на всяка група. Въпреки силно неизгодното положение в процентите осигурително покритие, ромското население все още представлява малцинство сред осигурените (Фиг. 45). Мнозинството неосигурени лица (54 процента) са етнически български. Тъй като всеки квартал от разпределението на материалното благосъстояние съдържа по дефиниция един и същ брой домакинства, ако материалното благосъстояние не играе роля в осигурителното покритие, една четвърт от неосигуреното население би следвало да попадне във всеки квартал на приходите. Най-ниският квартал обаче показва 42 процента от неосигурените (Фиг. 44). . Както се посочва в доклада на НАП, значителна част от неосигурените са лица, които осъзнават, че трябва да плащат вноските си, но не могат да си ги позволят.
28. Тази непропорционална представителност на бедните сред неосигурените вероятно не отразява само финансови ограничения. Други обясняващи фактори включват твърдите критерии за получаване на право на социална помощ, липсата на разбиране от страна на неосигурените за предоставяните им възможности да получат съдействие при плащането на вноски, нежелание да се възползват от тях, както и възприятия за необходимостта от осигурително покритие. Например проучването 2009 OSI, извършено сред неосигурени лица, показва, че около половината от тях не са знаели, че могат да потърсят подкрепа от правителствени институции и 20 процента не са вярвали,

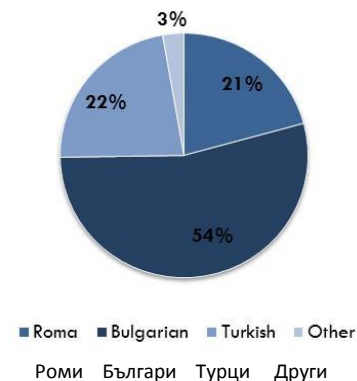
че могат да получат помощ. С други думи, финансовите ограничения не са единствената пречка, която трябва да се преодолее, за да се повиши осигурителното покритие<sup>83</sup>.

29. Най-високият квартал на приходите е с 10 процента (Фиг. 44) от неосигурените, следователно макар явно мнозинството от неосигурените да са бедни, една непренебрежима част от неосигурените са доста добре материално. Всъщност двата най-високи квартали – с други думи най-богатата половината от населението – са с близо 30 процента от неосигурените, живеещи в България. Тази част е в съответствие с (i) приблизителните оценки на НАП за населението, което „осъзнава факта, че дължи вноски за здравно осигуряване, може да си позволи да ги плати, но не желае да го направи” и (ii) качествени констатации, според които по отношение на здравното осигуряване менталитетът е „да се плаща за получени услуги” (OSI, 2009).

Фиг. 44: Квартил на неосигуреното население според материалното благосъстояние



Фиг. 45: Неосигуреното население според етническата група

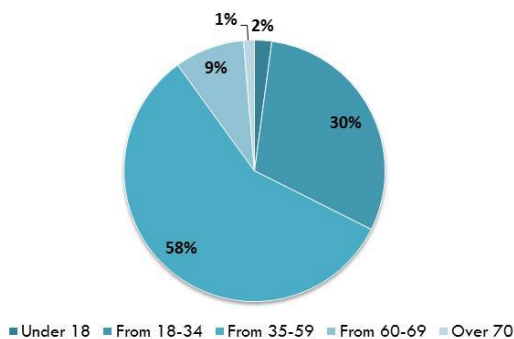


Източник: BLISS 2013 данни

30. В съответствие с регресионните резултати – и както се очаква след като се покриват от държавата - децата и възрастните представляват много малка част от неосигурените (Фиг. 46). И накрая, както може да се очаква, като се има предвид, че осигурителното покритие е до голяма степен свързано с работната заетост, преобладаващото мнозинство от неосигурени лица не работят (Фиг. 47). През 2013 г. НАП цитира данни от НСИ, според които повече от 240 000 души са били без работа в продължение на 12 месеца или по-дълго време. Като се има предвид, че след 12 месеца без работа лицата следва сами да си плащат вноските, за да получат осигурително покритие, не трябва да е изненадващо, че безработните се отказват от осигурителното покритие.

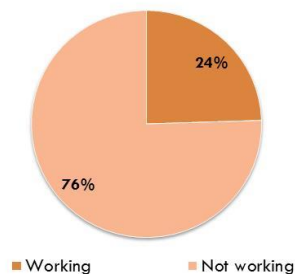
<sup>83</sup> Open Society institute (2009) Health Uninsured individuals and Health Insurance in Bulgaria

Фиг. 46: Неосигуреното население по възрастова група



Източник: BLISS 2013 данни

Фиг. 47: Неосигуреното население според работната си заетост



Работещи

Неработещи

### 3.2.1.3 Стабилността на предоставянето на осигурително покритие

31. След 2010 г. Лицата губят придобитото по закон здравноосигурително покритие, когато не заплатят три месечни вноски през един 36-месечен период, като според някои сведения има известна непоследователност при осигурителното покритие – лица могат да печелят и да губят осигурителното си покритие през известни интервали (доклад на OSI). Обсъжданите по-горе приблизителни оценки на осигурителното покритие могат да бъдат подвеждащо ниски, ако лицата непрекъснато преминават от категория осигурени в неосигурени и обратно – по-специално, ако множеството на неосигурените се променя постоянно или ако всички лица са с висока вероятност да се присъединят към неосигурените за известно време, независимо колко кратко е то. Данни от социологическите проучвания CMS и BLISS сочат, че макар 6 процента от постоянно живеещото в България население да е имало променящо се осигурително покритие между 2010 и 2013 г., близо половината от неосигурените лица през 2013 г. са били осигурени през 2010 г. Допълнителни анализи<sup>84</sup> сочат по-голям риск при хората на възраст от 18 до 59 г., малцинственото население, бедните и лицата с ниско образование.
32. В обобщение може да се каже, че горният анализ на представителни социологически проучвания на домакинствата показва, че България не успява да изпълни намерението си да предостави осигурително покритие на всички граждани. Децата и възрастните са добре защитени, но между 7,4 и 11,8 процента от населението в (предимно) трудоспособна възраст не са имали никога здравноосигурително покритие. Данните сочат освен това, че макар 6 процента от населението да са променяли осигурителния си статус между 2010 и 2013 г., близо половината от неосигурените през 2013 г. лица са били осигурени през 2010 г. Около една трета от неосигурените вероятно биха могли да си платят осигурителното покритие. Останалите обаче обикновено са в бедни домакинства, с ограничено образование, където малцинствата са по-често представени, отколкото в общото население.

<sup>84</sup> Налични при желание да бъдат получени.

### 3.2.2 Ефективна финансова защита

33. Както беше посочено по-рано в тази глава, частта от общите разходи, която се заплаща със собствени средства в България, е значително по-висока, отколкото в страни със сравними приходи. Пациенти, които трябва да плащат значителни суми със собствени средства, може да се окажат тласнати към бедност поради стойността на медицинската помощ или просто да бъдат поставени в положение, при което да трябва да се откажат от медицинска помощ. Макар социологическите проучвания на бюджета да имат известен брой ограничения и по-специално да не могат да разграничат ефектите на трите измерения на осигурителното покритие (ширина, обхват и дълбочина), те дават уникална и задълбочена представа за естеството и въздействието на плащания със собствени средства за медицинска помощ (Каре 2).

#### Каре 2: Проучване чрез приходите и разходите на домакинствата в България за оценяване на финансова защита: силни и слаби страни

България провежда всяка година социологически проучвания на бюджета по данни от домакинствата колко изразходват за потребителски стоки, както и за здравеопазване. Когато се стигне до оценка на финансовото бреме на здравните вноски, при социологическите проучвания има известна необективност. Например при относително редки събития, като достъп до здравни услуги, периодът за отмяна следва да бъде по-дълъг, което може да компрометира точността. Домакинствата също неохотно съобщават за неформални плащания. Общо взето, социологическите проучвания, особено ако не е уточнен подробно здравният модул, обикновено подценяват частни плащания и не съобщават всички неформални плащания. Същевременно проучването на бюджета е уникален източник за разбирането на равнището и естеството на здравните плащания, и прави връзка с характеристиките на домакинствата. Проучването на НСИ се провежда всяка година. В контекста на този доклад екипът си осигури достъп до данните за 2010 и 2013 г. (за 2007 г. данните бяха вече достъпни) и резултатите от анализа са представени в този раздел. Едно ограничение на проучването е, че макар данни за разходите през 2007 г. да са били налични на индивидуално равнище, при по-новите данни това не е така, следователно вариациите в изразходването на средства не може да се корелира с индивидуални характеристики като възраст, здравен статус или осигурително покритие.

Плащанията със собствени средства, извършвани от домакинствата, включват поделянето на разходите, както е описано в раздел 2.2.4 на настоящия доклад, както и преки плащания от домакинствата за стоки и услуги, които не се покриват от НЗОК или МЗ, по-конкретно лекарства, лекарствени средства и медицински изделия, **което представлява значителен дял от общите разходи според националните здравни сметки, изготвени от Националния статистически институт. Инструментът на проучването не прави разлика между тези различни видове плащания със собствени средства.**

34. Този раздел на доклада приблизително оценява плащанията със собствени средства и причиненото от здравната система обедняване от българското проучване на бюджета на домакинствата.

#### 3.2.2.1 Плащания със собствени средства

35. Плащанията със собствени средства са обща мярка за оценяване степента на финансова защита. В България делът от бюджета на домакинствата, изразходван за здравеопазване, е относително висок –5,3 процента през 2013 г. в сравнение с около 3 процента средно в Западна Европа (Smith, Nguyen, 2013). Както може да се очаква предвид тенденциите при плащанията със собствени средства, доловени в обсъжданите по-рано данни в Националните здравни сметки, този дял също постоянно нараства във времето<sup>85</sup>, сред като е бил 3% през 1999 г.

<sup>85</sup> <http://www.nsi.bg/en/content/5703/annual-data>

Таблица 17: Разпределение на плащанията със собствени средства по вид медицинска помощ и по квинтил на приходите (2013 г.)

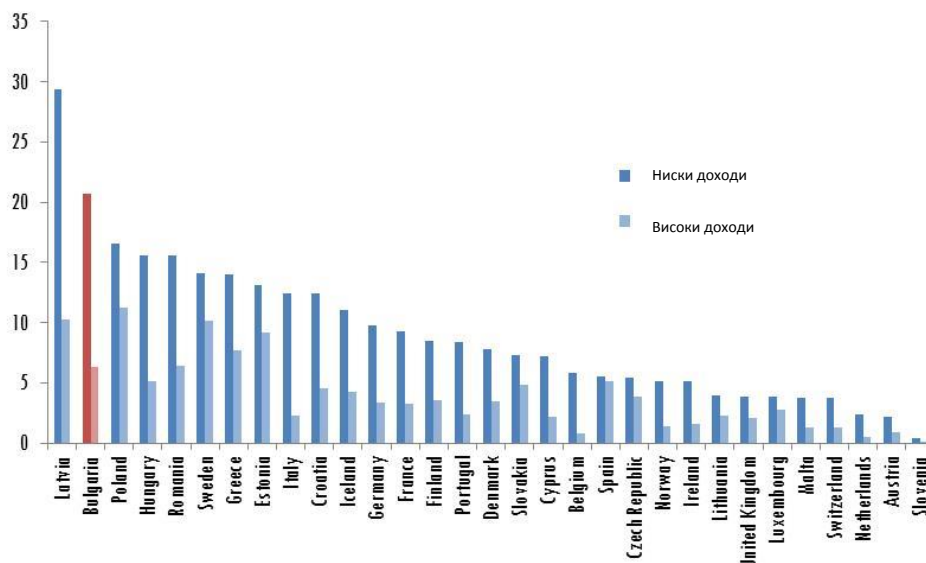
Квинтил	Фармацевтични продукти	Други медицински продукти	Терапевтични уреди	Медицински услуги	Дентални услуги	Парамедицински услуги	Болнични услуги	Общо
Най-бедни	300,6 (85%)	0,8 (0%)	9,2 (3%)	10,9 (3%)	8,6 (2%)	3,9 (1%)	20,6 (6%)	354,6
2	386,4 (84%)	2,7 (1%)	16,7 (4%)	13,7(3%)	17,2 (4%)	8,1 (2%)	17,3 (4%)	462,1
3	437,5 (72%)	3,8 (1%)	24,4 (4%)	21,1 (3%)	31,3 (5%)	10,3 (2%)	79,8 (13%)	608,2
4	390,1 (73%)	2,3 (0%)	32,7 (6%)	22,8 (4%)	43,3 (8%)	17,1 (3%)	28,3 (5%)	536,6
Най-богати	452,8 (64%)	3,4 (0%)	34,2 (5%)	40,7 (6%)	98,0 (14%)	36,2 (5%)	44,6 (6%)	709,9
България	393,4 (74%)	2,6 (0%)	23,4 (4%)	21,9 (4%)	39,7 (7%)	15,1 (3%)	38,1 (7%)	534,2

36. Разходите за лекарства представляват най-големия дял от плащанията със собствени средства. За българските домакинствата голяма част от плащанията със собствени средства са за лекарства във всички квинтили на приходите (Таблица 17). Изразходването на средства за лекарства е представлявало 74 процента от всички плащания със собствени средства през 2013 г., което отразява констатациите на ННА за частните разходи за здравеопазване. Тези високи частни фармацевтични разходи са вероятно резултат от несъвпадението между целите на фармацевтичната политика на НЗОК, а именно ограничаването на финансовото откриване на НЗОК и по-широкия принцип на предоставяне на финансова защита и достъп до жизнено важни лекарства (вж. Раздел 4 за повече подробности). Според проучване с множествен регресионен анализ на бюджета на домакинствата разходите, покривани със собствени средства, са различни за различните домакинства. Когато демографските данни на домакинствата и характеристиките на главата на домакинството се запазят постоянни, един допълнителен възрастен човек над 65 години в дадено домакинство се свързва с 34 процента повече плащания със собствени средства, докато всяко дете под 14 години се свързва с 4 процента повече.

37. Обикновено равнището на плащания със собствени средства се увеличава с приходите, както е показано в горната таблица. Регресионно коригиране за други характеристики показва, че домакинствата под прага на бедността изразходват 51 процента по-малко под формата на плащания със собствени средства, отколкото онези над този праг. Част от разликата между групите според приходите се обяснява с избора на домакинството: например по-богатите домакинствата могат по-лесно да изберат да платят за частни услуги, ако искат да избегнат продължително чакане. Същевременно домакинствата с по-ниски приходи по-вероятно ще се фокусират върху медицинска помощ, която им е по-необходима и може дори да се наложи да се откажат от помощ (което обяснява и по-ниските плащания със собствени средства). Предвид обстоятелството, че по-бедните домакинства обикновено са с по-лошо здраве, това може да подскаже и известен отказ от медицински грижи (Atanasova et al. 2012). Наистина България е

единствена след Латвия по отношение на самоотчитане на неизпълнени потребности сред най-ниския квинтил на приходите според данни на EC-SILC от 2012 г. (Фиг. 48)

Фиг. 48: Част от населението, която декларира, че се е отказала от медицинска помощ



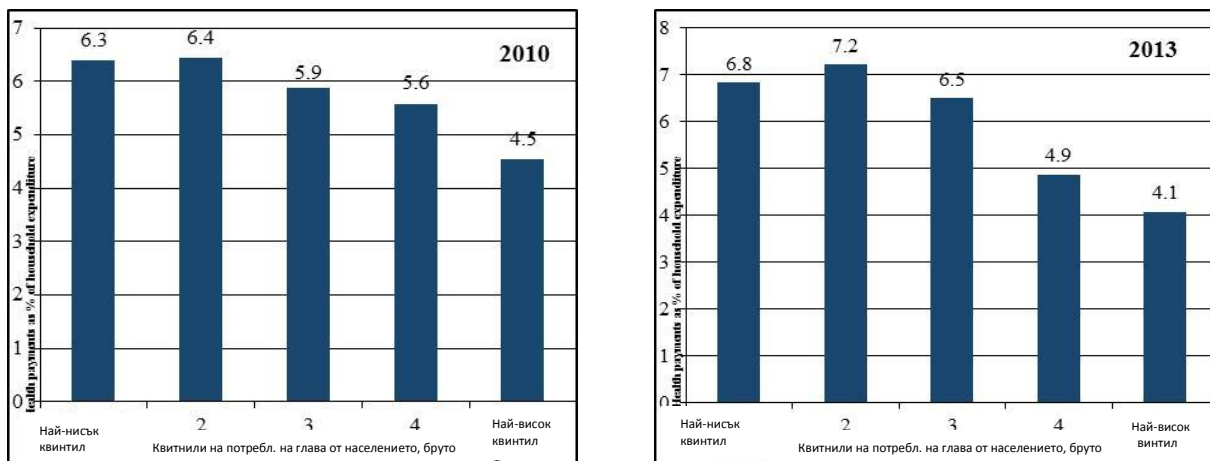
Източник: EC-SILC данни, 2012 г.

### 3.2.2.2 Обедняване

38. За да се оцени тежестта на плащанията със собствени средства в България, естествена отправна точка е да се проучи дали частта от приходите си, които домакинствата изразходват за здравеопазване, варира според материалното им благосъстояние. Фиг. 49 първо показва много ясен градиент: колкото по-богати са домакинствата, толкова по-ниска част от приходите си изразходват за здравеопазване. Фактът, че домакинствата в най-бедните квинтили дават малко по-нисък дял от разходите си за здравеопазване, отколкото във втория квинтил, също подсказва, че те са вероятно ограничени в средствата, които могат да изхарчат, без да направят компромис с други насъщни потребности и че те наистина се лишават от необходими медицински грижи. Едно сравнение между данни за 2010 и 2013 г. сочи, че тези разлики между най-бедните и най-заможните групи стават все по-изразени с течение на времето, финансовото бремене в най-долните три квинтили се увеличава, а намалява за по-заможните.

Фиг. 49: Дял на здравните плащания по квинтили

На ординатата:Здравни плащания като % от разходите на домакинствата



Източник: Изчисления на автора с използване на проучване на бюджета на домакинствата, 2010 и 2013 г.

39. Изразходването на голяма част от бюджета на домакинствата за здравни грижи може да лиши домакинствата от потребление на други стоки и услуги. Според международната литература здравните плащания са „катастрофални“, когато представляват висок процент от приходите на домакинството. Таблица 18 показва процента домакинства, за които плащанията представляват повече от различни прагове (5-40 процента). Почти 20 процента от домакинствата в България са изразходвали 10 процента или повече от общите си разходи за здравеопазване през 2010 и 2013 г. Това е доста по-високо от средните числа за ЕС-15 от 5,8 процента и дори по-високо от страни като Виетнам и Бангладеш, където 15 процента от домакинствата изразходват средства над този праг (Van Doorslaer et al, 2007). В повечето страни от Европа и Централна Азия катастрофалното изразходване на средства се среща по-често сред по-заможните домакинства (Smith и Nguyen, 2013). В България обаче катастрофалното изразходване на средства е по-разпространено сред по-бедните домакинства, независимо от прага, което говори за слаба защита срещу финансов риск.

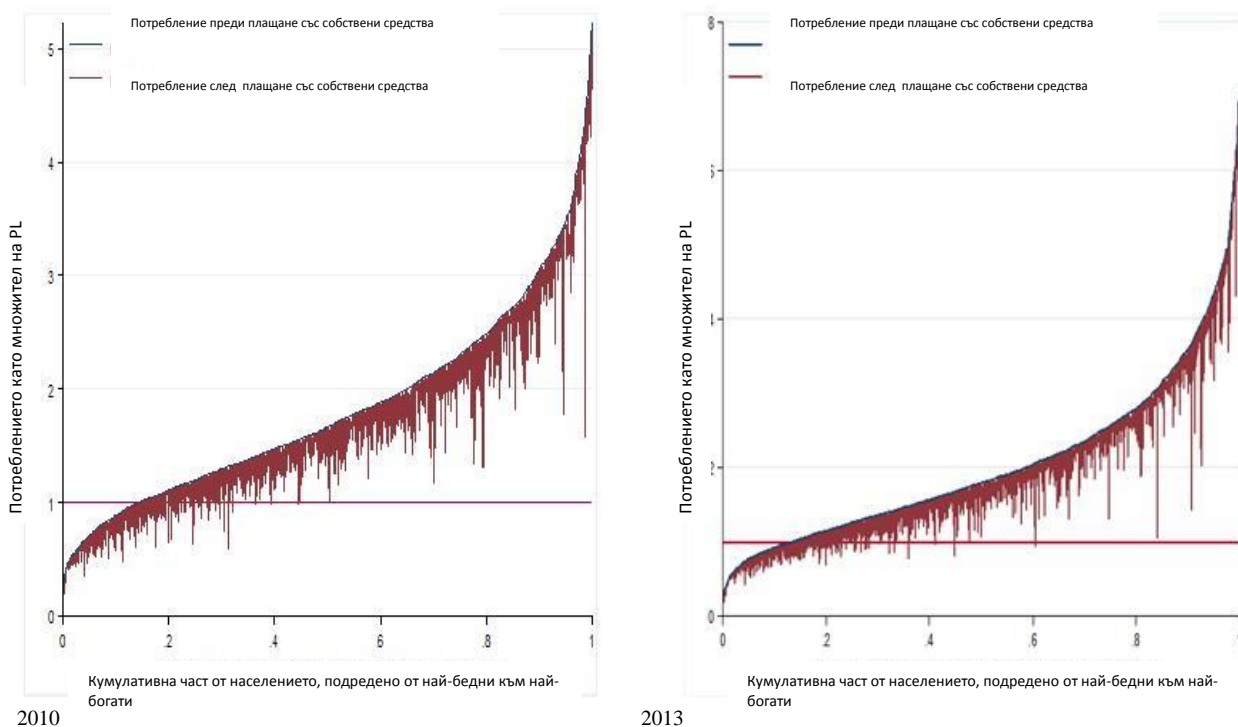
Таблица 18: Катастрофални разходи по численост на лицата според различни прагове

	2010 г.					2013 г.				
	5 %	10 %	15 %	25 %	40 %	5 %	10 %	15 %	25 %	40 %
Най-ниският квинтил	38,8	24,3	15,5	3,5	1,0	47,6	27,5	13,7	3,2	0,2
2	43,6	25,2	12,1	2,5	0,4	49,5	27,7	14,2	3,3	0,1
3	39,8	20,8	9,6	1,8	0,1	45,6	21,1	10,7	2,9	0,7
4	36,4	17,7	7,5	2,1	0,5	32,4	13,7	5,7	1,8	0,2
Най-високият квинтил	29,9	10,6	5,1	1,8	0,3	21,8	7,9	5,0	1,7	0,6
Общо	37,7	19,7	9,9	2,4	0,5	39,4	19,5	9,9	2,6	0,4

Източник: Изчисления на автора с използване на проучване върху бюджета на домакинствата, 2010 и 2013 г.

40. Прекалено високи разходи в домакинствата за здравни плащания могат да тласнат някои домакинства към бедност. **Фиг. 50** показва домакинствата, подредени по потребителски разходи на глава от населението (по оста  $x$ ) и разходи за здравеопазване на глава от населението (по оста  $y$ ). Пиковите стойности показват разликата между разходите на домакинството преди и след здравните разходи. За някои домакинствата, особено за онези, които са близо до прага на бедността, разходи за здравеопазване може да ги тласне към бедност. Дадените по-долу числа описват относително слаба защита срещу финансов риск, която се влошава във времето. През 2013 г. дори домакинствата в най-богатия квинтил паднаха под прага на бедността след изразходване на средства за здравеопазване.

**Фиг. 50:** Разходи на глава от населението, здравни разходи – бруто и нето



Източник: Изчисления на автора с използване на проучване върху бюджета на домакинствата, 2010 и 2013 г.

41. През 2010 г. 14,2 процента от населението са имали разходи на равнището на официалния праг на бедност. Когато плащанията за медицински грижи се извадят от разходите, засегнатите се увеличават до 18,0 процента (**Таблица 19**).
42. Това означава, че 3,8 процента от населението, което преди това не е падало под прага на бедността, пада под този праг, когато здравните плащания се извадят от разходите (онези, чиито спайкове на графиката падат под чертата във Фиг. 50). През 2013 г. това число се повиши до 4,2 процента. Това равнище е високо за икономическото ниво на България. Всъщност България има второто най-високо равнище между съседите си в региона. За разлика от нея само 1,3% са паднали под прага на бедността поради здравни плащания в Киргизката Република и само 0.5% в Латвия.



Таблица 19: Промени в % бедност поради здравни разходи – европейски регион и България

	Бруто здравни плащания	Нето здравни плащания	Промяна
България (2010 г.)	14,2%	18,0%	3,8%
България (2013 г.)	13,1%	17,3%	4,2%
Босна и Херцеговина	7,4%	8,7%	1,3%
Грузия	46,6%	51,2%	4,6%
Казахстан	9,7%	12,4%	2,7%
Киргизката Република	43,0%	44,3%	1,3%
Латвия	7,2%	7,7%	0,5%
Руската федерация	24,8%	26,8%	2,0%
Турция	12,3%	15,7%	3,3%

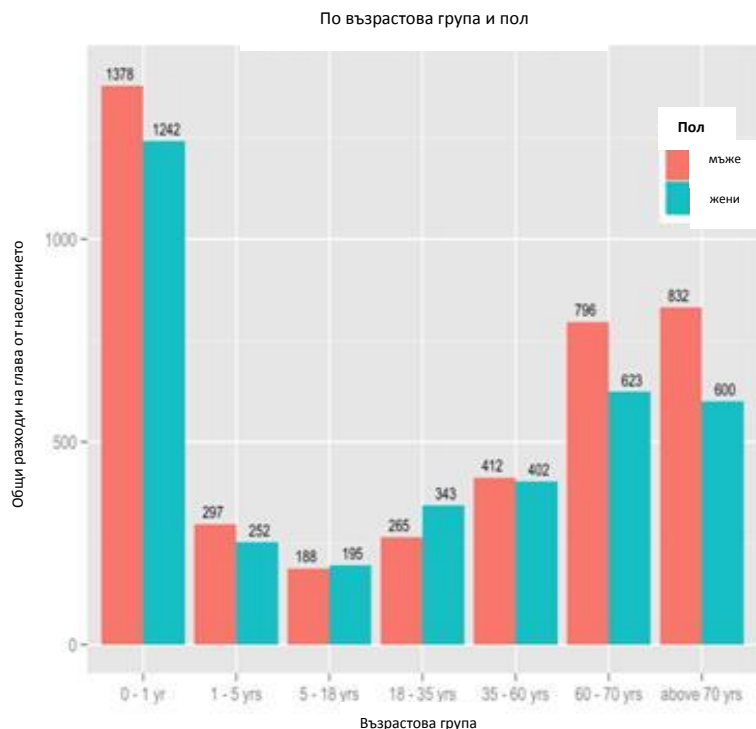
Източници: Изчисления на автора с използване на проучване върху бюджета на домакинствата, 2010 и 2013 г. и ECA Health Equity and Financial Risk Protection Datasheet

43. В обобщение, сегашната система на здравеопазването в България не предлага голяма финансова защита. Плащанията със собствени средства са значително високи по международните стандартни, както и частта от разходите в домакинствата за закупуване на здравни услуги и продукти за равнището на приходите в България. Тази липса на финансова защита тласка голям брой домакинства под прага на бедността – главно онези, които са близо до официалния праг на бедност, но дори и някои, които иначе биха били възприемани като заможни.

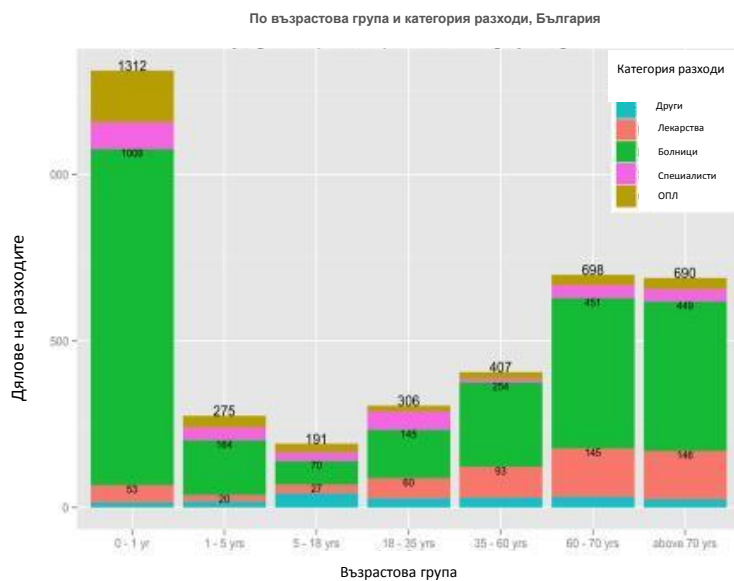
### 3.2.3 Равнопоставеност и преразпределение

44. В допълнение към гарантирането домакинствата да не търпят финансови трудности поради разходи за здравеопазване, една равнопоставена система за финансиране на здравеопазването би следвало също да се ръководи от принципа, че ресурсите се разпределят според нуждите, а не според платежоспособността. За да се установи степента, до която това се случва в България, ще бъде необходим анализ ползи-честота, за да се провери дали – за даден здравен статус – сходни количества държавни ресурси отиват при пациенти независимо от приходите им. Ограничените данни не дават възможност за такъв анализ, но съществуващите данни за начина на разпределение на държавни средства по възраст и пол може да помогнат да се хвърли известна светлина върху начина на разпределение на държавни средства и дори кой за кого плаща – или степента на преразпределение – в системата.
45. Данни за разходите на НЗОК по възраст и пол са представени на **Фиг. 51**. Възрастовият профил е доста типичен, при което кърмачетата средно генерират високи разходи, спад на разходите след 5 г. прогресивно увеличение до по-късна възраст. Жените в детеродна възраст имат малко по-високи разходи от мъжете. От друга страна мъжете имат забележимо по-високи разходи от жените след 60 г. **Фиг. 52** показва структурата на разходите по възрастова група. Макар повечето от тези разходи да могат да се припишат на болниците, делът на лекарствените средства се увеличава с възрастта.

Фиг. 51: Разходите на НЗОК на глава от населението по възраст и пол, 2013 г.

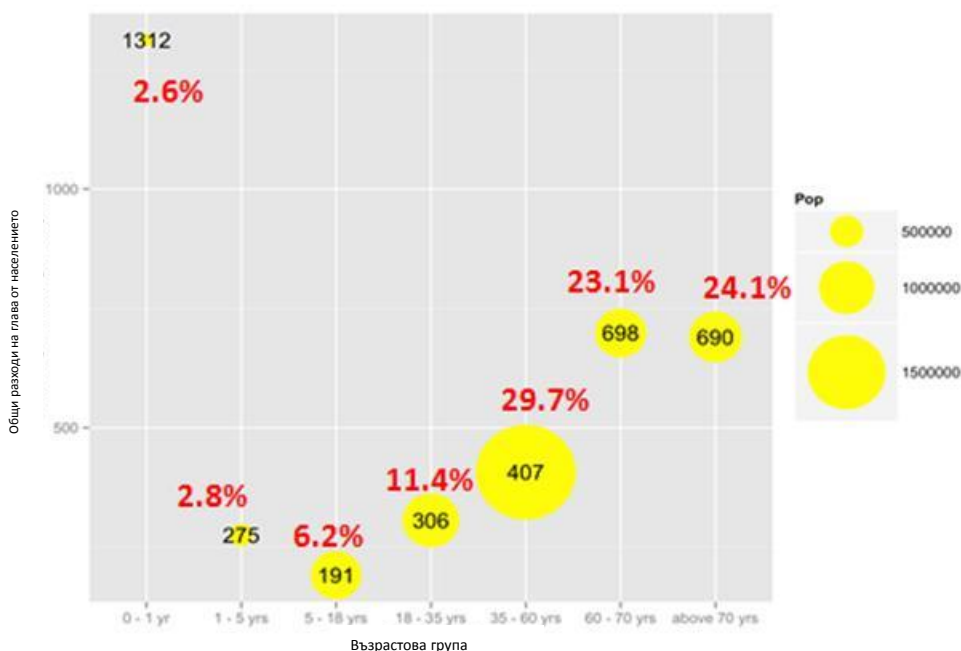


Фиг. 52: Разходи на глава от населението по възраст, разбита по категория на грижите



46. Фиг. 53 показва как разходите на НЗОК текат към различните възрастови групи. Наистина, докато кърмачетата са с най-висок дял в общите разходи на глава от населението (средно 1312 лв.), те представляват малка част от населението и са причина за по-малко от 3 процента от общо изразходваните средства. Възрастните, от друга страна, са причина за близо половината от всички изразходвани средства, макар да не доминират със своя дял от населението.

Фиг. 53: Общи разходи за здравеопазване на глава от населението и дял в общите разходи за здравеопазване по възраст, 2013 г.

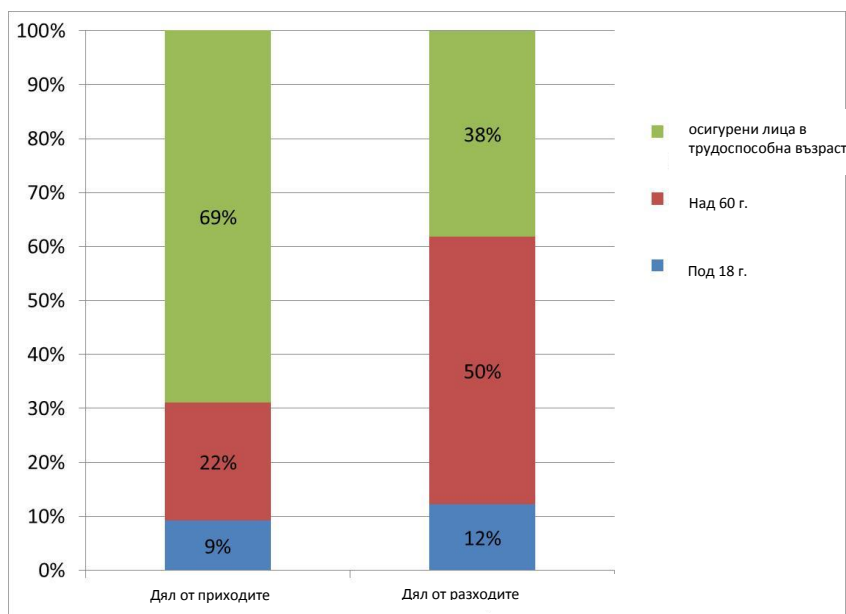


47. Тези данни дават възможност да се оцени приблизително преразпределението при поколенията в българската здравноосигурителна система. Както е описано в Глава 2, законът определя колко да се плаща от бюджета на правителството за децата и пенсионерите; има и данни за вноски, които се плащат от осигурени лица в трудоспособна възраст. При редица хипотези<sup>86</sup> е възможно да се сравнят сумите, които тези категории представляват в приходите на НЗОК, с частта от разходите, които те генерират.
48. Фиг. 54 помага да се визуализира преразпределението, което действа през поколенията. Показано е, че вноската на държавата от името на децата представлява около 9 процента от приходите на НЗОК, докато децата са причина за около 13 процента от разходите на НЗОК за медицински грижи. С други думи вноските по ведомост от работещото население допринасят за финансиране на осигурителното покритие на децата. Голямата част от преразпределението обаче е от плащащите осигуровки в трудоспособна възраст към по-възрастните поколения. Държавните вноски за възрастните са на основата на техните (доста ниски) пенсии, но разходите им са високи и те представляват голям дял от населението. Общо взето нашите изчисления са, че за всеки 100 лева, платени с вноски по ведомост, 45 лв. помощ покриват стойността на грижите за децата и възрастните. Важно е да се изтъкне, че страната могат да изберат – и го правят – много различни начини да финансират субсидии, които протичат от относително здравото население в трудоспособна възраст към по-младите и по-възрастните поколения. В Естония например

<sup>86</sup> Основната хипотеза е, че преобладаващото мнозинство от плащащите осигуровки са на възраст над 18 г. и под 60 г. (възрастта за пенсиониране е 60 г. за жените и 63 г. за мъжете). Други предположения за обясняване на факта са, че правителството прави вноски за някои категории неплащащи вноски пълнолетни лица.

осигуряването се финансира изцяло от индивидуалните вноски, без държавна вноска за децата или пенсионерите.

Фиг. 54: Приблизителна оценка на преразпределението през поколенията, извършвано чрез Закона за здравното осигуряване 2013 г.



49. И така, макар да не е възможно да се извърши пълен анализ ползи-честота в България, данните за вноските и разходите сочат, че ресурсите за здравеопазване наистина текат предимно от относително здравите лица в трудоспособна възраст, плащащи осигуровки, към възрастното население, което има по-големи здравни нужди и в по-малка степен към децата. Държавата прави вноски от името на децата и възрастните, които са по-ниски от изразходваните средства за тези групи, а вноските от населението в трудоспособна възраст попълва недостига.

### 3.3 Покупателна ефикасност за услуги

50. Всеки доставчик, който предоставя (здравна) услуга, заслужава заплащане. Използването на термина „покупателна“ за нещо, което може да е просто финансов превод, подчертава, че обхватът на договора между платеща и доставчика на здравни услуги може да се разшири извън тези рамки. Това е особено валидно за случаи, когато купувач закупи услуги от името на населението, както това става с НЗОК. Купувачът има – или трябва да има – право да търси икономическа целесъобразност в системата, да осигури услугите да са с добро качество, предоставени при правилните обстоятелства и ефикасно. С други думи купувачът на услуги е в състояние да влияе върху конфигурацията, както и върху произтичащата от нея техническа и разпределителна ефикасност на предоставянето на услуги и отзивчивостта на системата към потребителите.

51. Методите за плащане и договориране по този начин предоставят ключовите лостове в политиката, които купувачите на услуги могат да използват, за да помогнат за постигането на редица макро-цели, като напр. общото ограничаване на нарастването на разходите, и микро-цели, включително ефективен достъп и ефикасно предоставяне на услуги на равнище здравно заведение. Таблица 20, на основата на неотдавна проведено проучване на ОИСР, дава широка категоризация на

политиките и вероятните им въздействия и компромиси, свързани със системата на здравеопазването.

**Таблица 20: Политиките за ограничаване на разходите и по-добра ефикасност**

Характеристики, въздействия и компромиси	Въздействие върху разходите		Цели и компромиси			
	Сила	Забавяне на въздействието	Финансова защита и достъп до мед. грижи	Качество на мед. грижи	Отзивчивост	Ефективност на разходите
Макроикономически политики, насочени към ограничаване на разходите						
Контрол на обемите (високи технологии/лекарствени средства)	++	Кратко	-	-	-	+/-
Бюджетни тавани (секторни и глобални)	+++	Кратко		-	-	+/-
Прехвърляне на разходите към частния сектор (увеличено финансиране на разходите от потребителите)	++	Средно	-	+/-	+/-	+
Микроикономически политики, насочени към повишаване на ефикасността						
Търсене						
Профилактика на заболяванията и здравна промоция	+ / ++	Дълго	+	+	Няма	+
Филтриране/сортиране	+	Дълго	+	+	+/-	+
Координиране на грижите/интегрирани грижи / самообгрижване	++	Дълго	+	+	+/-	+/-
Предлагане						
Засилване на покупателната роля на НЗОК	++	Дълго	+/-	+	+/-	+
По-нататъшен преход от болнични към амбулаторни грижи	+++	Дълго	-	+/-	-	+
Подобряване на болничните системи за договориране / закупуване / плащане	++	Дълго	Няма	+/-	+/-	+
Повишаване на автономията на болниците	+	Дълго	Неизвестно	+	+/-	+
Подобряване на методите за заплащане на доставчиците / стимули за болници (ДСГ) и извънболнична помощ	++	Дълго	+	+	+/-	+
Наблюдаване на технологичната промяна и ценообразуването на медицински стоки	+ / ++	Дълго	+/-	+/-	+/-	+
Увеличено използване на ИКТ за пренос на информация	+ / ++	Дълго	+/-	+	+/-	+/-

*Забележка: адаптирано от ОИСП (2010а).*

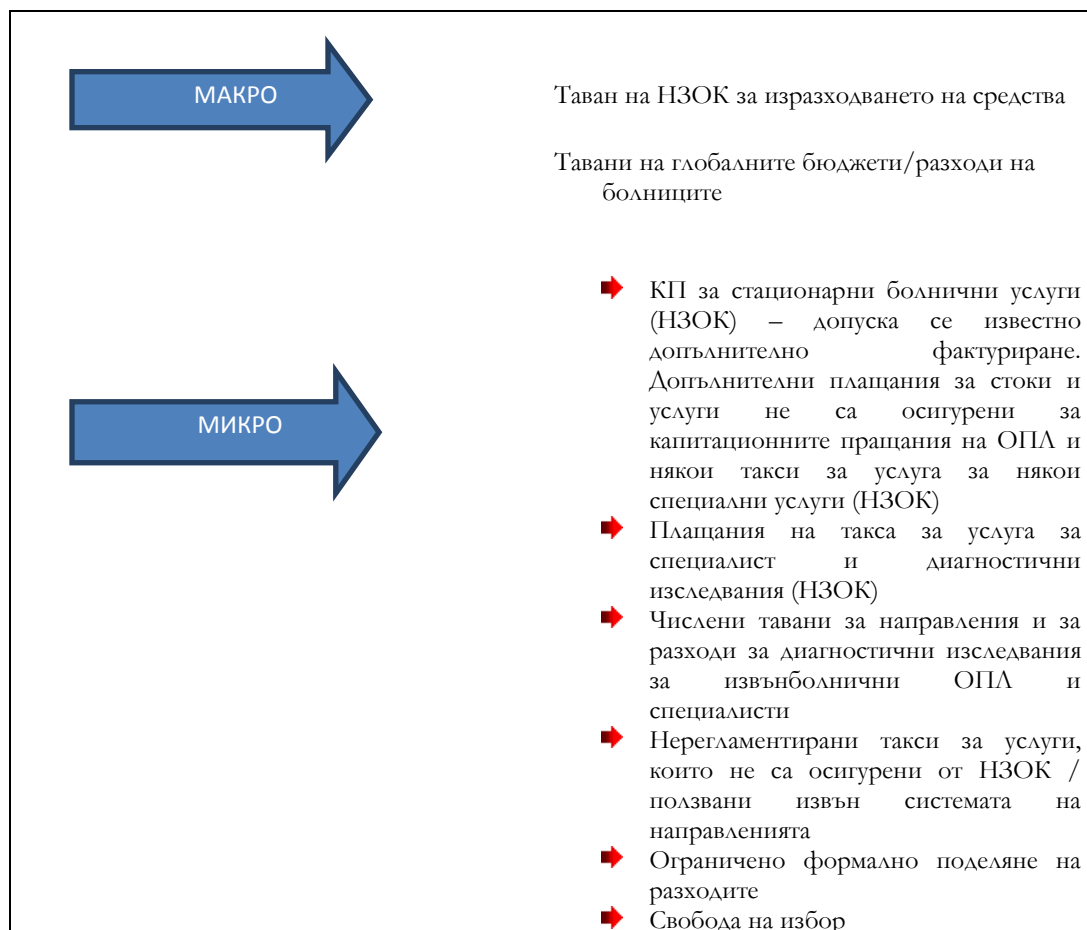
52. Когато се оценява разпределителната и техническата ефикасност на системите за плащане, полезно е да се отчитат следните основни положения при всички системи за плащане:

- ✓ Няма „правилен“ метод.
  - ✓ Покупателните системи следва да се приспособяват към институционалната действителност на всяка система на здравеопазването, която обхваща както търсене, така и предлагане.
  - ✓ Системите за плащане, в които има или един единствен платец, или един единствен набор правила, които влияят върху цялата система, имат най-голямо въздействие върху поведението на доставчиците.
  - ✓ Определящите политиката следва да бъдат загрижени за ефектите на различни правителствени равнища, видове доставчици, различни платци (т.е. държавни, частни здравноосигурени, плащания със собствени средства), както и за общите здравни разходи.
  - ✓ Тъй като всички методи на плащане имат диференциращи положителни и отрицателни въздействия върху разходите, достъпа и качеството, често е необходимо да се прилагат много и различни методи на плащане, за да се подчертаят положителните, да се компенсират и проследяват отрицателните въздействия, за което ИСУЗ са от критично значение.
53. Оценяването на покупателната ефикасност е трудно поради дефинициите, измерването, наличността на данни, взаимодействия между методите на плащане, политиките на НЗОК относно например дефинирането на пакета ползи, поделянето на разходите, направленията, както и взаимодействията между множество странични фактори на търсенето и предлагането (напр. брой и местонахождение на доставчиците, смесени доставчици, насоки за практиките и пр.).
54. И въпреки това в Първа глава се подчертава, че общите резултати в здравеопазването на България не се подобряват с възможната за тях скорост предвид изразходваните средства за здравеопазване, което подсказва наличието на неефикасност като проблем. Пак там се привеждат и доказателства, че схемите за здравни грижи са изкривени по посока на болничната помощ в ущърб на амбулаторно първичната и специализирана помощ. Предвид бремета на заболяемостта дори само това подсказва, че има значителна разпределителна неефикасност в системата.
55. По-долу се обсъжда дали и доколко методите на НЗОК за договориране и закупуване могат да спомогнат за по-добра ефикасност на предоставянето на услуги. Вниманието се съсредоточава върху стимулите, присъщи на политиките за плащане и договориране на НЗОК, тъй като тя е единственият най-голям купувач от услуги. НЗОК с единните си правила влияе върху около 40 процента от всички здравни разходи, което има важен ефект върху поведението на доставчиците и върху равнищата на изразходване на средства. Важно е обаче да се има предвид, че единственият най-голям източник на плащане в системата са плащанията със собствени средства. С други думи доставчиците извличат значителен дял от приходите си от индивидуални пациенти, които поемат цените на неограничената система такса за услуга. Отношенията доставчик-пациент се характеризират със силна асиметрия на информацията<sup>87</sup>, която доставчикът може да управлява, особено в контекст, при който подробности за това какво се осигурява или не се осигурява от НЗОК вероятно не са известни на пациентите. Тези плащания най-вероятно водят до слаба равнопоставеност и ниска ефикасност, но потенциално по-добър достъп и качество – в зависимост, разбира се, от равнищата на плащане.

---

<sup>87</sup> Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am Econ Rev* 1963; 53: 941-73.

Фиг. 55: Ключови лостове в България за стратегии и политики за ограничаване на разходите/плащанията



56. От гледна точка на високото равнище НЗОК в България е възприела много от тези световно приети добри практики – капитация за ОПЛ, плащания на болниците за всеки отделен случай, бюджет и тавани на разходите, санкции за направления и пр.; ключовият въпрос обаче е дали начинът, по който се прилагат тези мерки, засилва техните положителни стимули и отслабва отрицателните. **Фиг. 55** обобщава основните макро- и микро-процедури за плащане на НЗОК.

### 3.3.1 Общопрактикуващи лекари (ОПЛ) и амбулаторни специалисти

57. Много страни са избрали смесена система за възнаграждение на ОПЛ, която се състои предимно от коригирана според риска капитация, свързваща доставчика и пациентите (с възможност да се сменят доставчиците на определени интервали), в съчетание с някои допълнителни плащания, за да се стимулират желани поведения на доставчиците. На теория капитацията, която прави доставчика отговорен за здравето на пациента, насърчава ефикасността, контрола върху разходите и профилактичната помощ. В България към капитацията има и такси за профилактични услуги и за хронични (диспансерни) пациенти. Те допълват приходите на доставчика и насърчават предоставянето на тези услуги. И накрая, механизмът за контрол на бюджета на ОПЛ ги прави отговорни и ги излага на риск за диагностичните изследвания и направленията към специалисти, които те издават, като по този начин се постига по-нататъшно засилване на контрола върху разходите. На амбулаторните специалисти се заплаща на основа такса за услуга и се управляват и бюджетите за направления и изследвания.

58. Какъв вид стимули генерира сложната система на възнаграждения в българския контекст? Първо, ясно е от гледна точка на макро-равнище, че тя слага таван на **публично** изразходваните средства за първична и амбулаторна помощ (но не за направления за болница). На микро-равнище обаче анализът по-долу насочва към редица проблеми.
59. Механизмът за контролиране на бюджета за направления съдържа редица ограничения, някои от които са от по-критично значение за ОПЛ и други, които се отнасят и за ОПЛ, и за специалисти.
60. Първо, от ОПЛ се изисква да дават направления на някои видове хронични пациенти (напр. С хипертония, ХОББ) на постоянни интервали, дори когато тези пациенти биха могли да бъдат ефективно лекувани от ОПЛ или не се нуждаят от услугата. Има и ограничения на изследванията. Например в миналото на ОПЛ не беше разрешено да искат диагностична мамография за жени с потенциални тумори и те трябваше да дават направления на пациентите за специалист, който да изпрати жената за мамограма<sup>88</sup>. Всъщност по този начин се насочва целево голям дял от бюджета за направления, а ОПЛ са ограничени в начина, по който могат да ги използват. Тъй като хроничните пациенти представляват голям дял от населението, вероятно може да се постигнат спестявания, ако тези пациенти се управляват и лекуват от техните ОПЛ. В обобщение, сегашният НРД не само ненужно ограничава това, което могат да правят ОПЛ, но и изисква може би ненужни направления към специалисти и болници. Няколко ОПЛ смятат, че сегашните правила им пречат да осигуряват по-съществена помощ на пациенти на равнище първична помощ и че правилата трябва да се променят.
61. На второ място, макар таваните за направления за специалист и за изследвания да са много стриктни и лекарите да са глобявани за всяко направление извън лимита, не ги награждават за постигане на каквито и да е спестявания в бюджета им за направления. В допълнение, както се вижда от някои обсъждания, ако някои лекари наистина получават неформални плащания от специалистите, на които пращат пациенти, те всъщност могат да бъдат стимулирани да използват целия си бюджет за направления за определен период, без да го надвишават (т.е. таванът става праг).
62. Трети проблем е, че ОПЛ и специалистите не са отговорни за ненужното изпращане на пациенти да получават болнична помощ, което може да се използва за прилагането на стриктните лимити за обемите извънболнична помощ.
63. Оказва се, че има много потенциални допълнителни стимули за даване на направления за болници:
- ✓ Някои услуги, които технически могат да бъдат предоставени на амбулаторна основа, се предоставят само в болници – и направлението може да е единственият начин за достъп до тях;
  - ✓ Дори когато даден пациент може да се лекува в амбулаторна обстановка или от ОПЛ, или от специалист, или от извънболничен диагностичен център, за услуги като компютъртомографски изследвания или ЯМР, времето за изчакване и необходимите процедури за получаване на разрешения за извършване на тези изследвания са такива, че едно направление за болница може да стане по-ефективен начин да се осигури достъп на пациента до услугата.
  - ✓ Приемането на пациент в болницата и включването му в КП може да доведе до значително по-високо общо плащане за услугата в болнична обстановка. Допълнително специалисти твърдят, че равнищата на заплащането за някои услуги, които те технически могат да

---

<sup>88</sup> Необходимо е да се провери дали това е все още вярно през 2014 г.



предоставят, са твърде ниски за финансиране на необходимите инвестиции в амбулаторна обстановка (напр. за закупуване и поддръжка на необходимата техника).

✓ И накрая специалистите, които работят и в амбулаторна обстановка, и в болнична обстановка, могат да имат допълнителни стимули за изпращане с направление към болници, тъй като техните договори в болници съдържат някои награди за обема лекувани от тях пациенти. Макар специалистите да не приемат пациенти в конкретни болници, твърде вероятно е пациентите да се явят в болницата, с която е свързан техният специалист. Специалистът след това може да се възползва от заплащане за услугата си от НЗОК и да получава заплащане-стимул от болницата за доведен пациент.

64. Докладът на Sanigest от 2008 г. представя подробности за допълнителните фактори, които допринасят за повечето направления, включително липсата на доверие от страна на населението в по-ниските равнища на помощ и ниската способност за решаване на проблеми от повечето лекари в първичната помощ. От критично значение е, че в системите за първична и амбулаторна помощ липсва надеждна рамка за осигуряване на качеството, което може потенциално да се използва за измерване и потенциална награда за качеството на медицинската помощ и за ефикасността на предоставените услуги. Повечето от правилата около направленията изглеждат да са предназначени за ограничаване на разходите. Няма доказателства – и определено няма прозрачен механизъм – за изграждане на консенсус и за доказване, че те отразяват модерната практика, основаваща се на доказателства.

### 3.3.2 Болници

65. Както беше отбелязвано в предишни раздели на настоящия доклад, в България има много повече болнични легла на глава от населението в сравнение със страни с подобни приходи и здравни разходи, и със средните стойности за ЕС-12 и ЕС-15. Това може да се обясни отчасти с липсата на здрави механизми за планиране: в България има минимални изисквания, за да се реши дали да се открие дадена болница, но липсва система, за да се реши дали е необходима друга болница в конкретно географско местонахождение. Прилагането на генерален план за болниците, разработен през 2008 г. за реструктуриране на предоставянето на услуги, все още е обект на дебати<sup>89</sup>.
66. Съществуват редица начини, по които системата на НЗОК за договориране и заплащане допринася за изострянето на проблемите.
67. Първо, както беше обсъдено по-рано, работещите при амбулаторни условия доставчици имат стимули да дават направления на пациенти за болници. Аналогично болниците имат силни стимули да приемат пациенти; тези фактори увеличават обема на приетите пациенти. Това е един от най-мощните стимули, свързани с плащанията за всеки отделен случай – независимо от използвания инструмент (т.е. използваните в България КП или ДСГ, които се използват по целия свят). Тъй като този стимул е толкова често срещан, страните, които използват финансиране за всеки отделен случай, следят процеса много внимателно и го регулират, за да се сведат до минимум ненужните хоспитализации. Например в някои страни се използват тавани за обемите или бюджетни ограничения, за да има строга отчетност за приемите в болниците. В България болниците по принцип имат ограничения за обемите, които би следвало да ограничават броя на лекуваните от тях лица. На практика обаче, когато се изразходват полагаемите им се бюджети,

---

<sup>89</sup> Credes (2009) HOSPITAL MASTER PLAN AND SPECIFIC REGIONAL IMPLEMENTATION PLANS.

болниците продължават да оказват услуги и молят НЗОК за допълнително финансиране. Често успяват да получат финансиране – макар понякога със закъснение. В крайна сметка тези разходи се отразяват в бюджета на НЗОК или чрез повторни преговори през фискалната година, или чрез частично поемане на тези разходи в бюджета за следващата година. С други думи макро-натискът за ограничаване на нарастването на болничната помощ изглежда по-малко ефективен, отколкото натискът да се ограничават други видове помощ в България.

68. Второ, от твърде критично значение е, че НЗОК не разполага с твърди юридически основания да откаже да сключи договор с всички болници, одобрени от МЗ. Следователно НЗОК не може да получи добре документирани ползи от селективното договориране. Това е проблем, защото при продължаващото увеличаване на броя налични болници и легла в страната броят случаи трябва да се разделя между растящ брой лечебни заведения. Това създава дори по-силни стимули в лечебните заведения да се произвежда повече и ограничава ползите за отделната болница от прилагането на каквато и да е икономия на мащаб.
69. Трето, НЗОК явно не използва официални критерии за приемане в болница или какъвто и да е процес за предварително одобрение, подобен на практиката на частните здравни осигурители за ограничаване на ненужните хоспитализации. В резултат от липсата на такива механизми в болничните заведения се приемат всякакви и всички видове пациенти. Пациентите могат и да се самонасочат към спешно отделение в болница, за да бъдат приети, независимо дали състоянието им е спешно или не.. В някои клинични пътеки се съдържа текст, който би могъл да се тълкува като критерии за хоспитализация, но те явно не се спазват и няма механизми за проверка, чрез които да се наложи спазването им. Ако се засили формулировката в текста и се приложи, тогава КП биха могли да спомогнат за намаляване на част от ненужните хоспитализации и да се създадат стимули за пациентите да търсят медицинска помощ другаде – напр. в амбулаторни условия или при ОПЛ. Друг проблем е, че в много случаи приемането в болница води до много по-ниска степен на покриване на разходи със собствени средства и се налага много по-малко чакане за изследвания и процедури, извършвани в болнични – а не в амбулаторни – условия, което отново създава стимули за приемане в болница.
70. И накрая, самият инструмент на клиничните пътеки, който се използва при финансирането на болничната помощ, може да създаде множество неефективности в системата на здравеопазването, да генерира стимули за болниците да приемат пациенти и/или да ги насърчава да предлагат широка гама ненужни услуги (вж. също Sanigest 2008, Credes 2009).
71. Първоначално КП са били разработени като насоки за клиничната практика и като такива те продължават да са полезен инструмент. Те предоставят общо разбиране за пътя на клиничното лечение на даден пациент и за обхвата клинични грижи, които са уместни. Те включват и информация относно минималния персонал, оборудване и други необходими условия, които болниците следва да притежават, за да предоставят услугите безопасно и правилно. Тези изисквания могат да бъдат полезни за гарантиране на безопасността на пациентите и качеството на работата, особено при липса на други насоки или разпоредби, като напр. условия за участие в задължителната акредитация на болничните заведения. Следва да се направят по-системни усилия, за да се гарантира прозрачното актуализиране на тези условия в съответствие с най-добрите международни практики и наистина да се цели осигуряването на висококачествена помощ. Използването на насоки за клиничната практика или по-общо инструменти и критерии за осигуряване на качеството като част от процеса на договарянето е в съответствие с най-добрите практики.
72. КП обаче не са били предназначени като основа за финансиране на болнични заведения. Когато това се е случило, клиничният инструмент е бил приспособен за целите на финансирането, но не

по изчерпателен или систематичен начин. По времето на първоначалното прилагане на КП през 2003 г. е имало приблизително 50 КП и съществува общо съгласие между българските експерти, че те са били правилно остойностени, до голяма степен клинично и ресурсно хомогенни, и следователно са представлявали разумна основа за изоставяне на практиката на финансиране на болниците на основа на входните данни. В последствие са били въведени много промени, които са довели до създаването на нови категории или до разделянето на съществуващи групи (често с цел да се създадат по-скъпоструващи КП), добавени са били ограничаващи изисквания за входните данни, а процесът на договаряне е бил сведен до преговори за цените на отделни КП, а не като дейност, основана на данните за разходите на болниците.

73. Днес КП не организират стационарните болнични услуги в клинично и ресурсно хомогенни групи, което води до недостатъчно или до свръхзаплащане на услуги. Например има само едно равнище за заплащане на КП за нормално раждане и за раждане с кесарево сечение – независимо от значителните разлики в себестойността. За разлика от това повечето инструменти за финансиране на болници на основата на конкретни случаи, като напр. диагностично свързаните групи (ДСГ), се стремят да отделят подобни услуги, за да се плаща различна цена, която да отчита различните разходи. По този начин болниците в България могат да получават едно и също заплащане за повече или по-малко сложни услуги, което не е най-равнопоставеният начин за разпределяне на ограничените ресурси.
74. Фактът, че алгоритмите на КП изискват наличието на определени равнища входни данни, за да може да се заплати КП (т.е. определен брой и/или вид персонал, конкретни видове оборудване, конкретни видове лабораторни изследвания), може също да бъде проблематично на редица равнища. Първо, съществува загриженост, че могат да се въвеждат изменения в КП, за да се облагодетелства дадена специалност или дори дадено лечебно заведение. И наистина, ако една КП се актуализира, за да се включи задължителното използване на конкретна технология за тази КП, само заведенията, които разполагат със съответната технология, ще могат да договорят тази КП. До степента, до която тези изисквания са важни за осигуряване на високо качество и безопасност на грижите за пациентите, те са уместни, но ако се използват за ограничаване на конкуренцията в определени сегменти на пазара, като дават конкурентно предимство на някои лечебни заведения, макар и временно, тогава те би следвало да бъдат ревизирани. Във всеки случай тези промени повишават риска доставчиците да влизат и излизат от условията за спазване на наредбите и стандартите за КП от една година в друга, дори ако не е имало същинска промяна в болничното заведение или в разпоредбите на процедурата.
75. Второ, подробно проучване на няколко КП показва, че те включват – в допълнение към изискванията за входни данни, свързани с качеството и безопасността на грижите за пациентите – ненужни контролиращи изисквания, които наподобяват по-скоро старите механизми на финансиране на основата на входни данни (при които болничните заведения са имали много слаба или никаква автономия и/или гъвкавост при вземането на клинични или управленски решения), като напр. при определянето на минимална продължителност на болничния престой или предоставянето на определени диагностични и лабораторни изследвания, независимо от съответните клинични показания. Това може би се дължи на факта, че КП са еволюирали и са поели повече функции от първоначално предвидените. С други думи днешните изисквания за КП до голяма степен диктуват как и каква медицинска помощ следва да се окаже на пациентите. Това е огромен потенциален източник на разхищения и общо взето подкопава силния стимул за постигане на ефикасност и качество, залегнал в повечето системи за плащане на принципа за всеки конкретен случай.
76. С всички системи за заплащане на доставчиците, включително КП и ДСГ, може да се „играе“, но опасностите изглеждат по-големи при КП. Тъй като болниците (и лекарите) избират КП за всеки

болничен престой, а не компютърен алгоритъм, който да назначи КП на основата на необработени клинични и административни данни, рискът и въздействието на „хазарта“ може да бъде по-тежък и по-трудно откриваем в сравнение с други системи за финансиране, основаващи се на резултатите. Лекарите знаят точно какви изисквания следва да бъдат изпълнени за максимално заплащане на КП и те имат стимули да използват по-сложни КП. Някои лекари дори признават в частен разговор, че системата за финансиране на основата на КП създава стимули за манипулиране на клиничните данни, за да се изпълнят изискванията на съответната КП (напр. промяна на лабораторни стойности, записване на специфични диагнози и процедури). Те отчитат също, че обикновено се записва само диагнозата на пациента и процедурната информация, необходима за изпълнение на изискването на КП, а не пълната картина на здравното състояние или здравния статус на пациента. Следователно и до известна степен парадоксално предвид произхода на КП, клиничните пътеки – понеже се използват за целите на финансирането – могат да накърнят почтеността на медицинската документация, а потенциално и качеството на грижите.

77. Всичко това довежда до изкривяване на механизма на финансиране. Не е направено комплексно усилие през последните години да се осигури цените на КП да отразяват ефикасно разходите на ресурси или насоките или протоколите на най-добрите клинични практики. Не е ясно също дали КП са сравнявани с други инструменти, описващи пътеки за медицински грижи. КП като инструмент остават вероятно най-подходящи за описание на клиничните пътеки и биха могли да бъдат ревизирани, за да правят точно това. Един различен инструмент, който е специално разработен, за да служи като основа за система на финансиране на стационарните грижи, като напр. ДСГ, е може би по-подходящ за финансирането на болничните заведения.
78. В обобщение, от концептуална гледна точка България е преминала от базирани на входни параметри към базирани на изходни параметри методи на финансиране и сега използва широко приетата „добра практика“ на методологиите за международни плащания при различни обстоятелства на предоставяне на грижи. Въпреки това проблемите остават. Ненужните клинични разпоредби и административните правила и изисквания (несвързани с качеството и безопасността на грижите за пациента), заложи в КП, в договарянето на цените на КП, както и отсъствието на тавани за изразходването на средства, изглежда създават изкривявания и неефективности в системата на здравеопазването. В резултат от това в системата на здравеопазването не се наблюдават нормално очакваните ползи при използването на истинска система на финансиране, основана на резултатите за всеки конкретен случай.

### **3.3.3 Ролята на системата на спешната медицинска помощ**

79. В известен смисъл СМП в България се „закупува“ от МЗ. Методът на заплащането на ЦСМП и техните филиали представлява съчетание от фиксиран глобален бюджет (на основата на броя на персонала) и бюджет на основата на резултатите, който е стъпил върху действителния обем на услугите през предшестващата година. Това изглежда като разумен начин на плащане. Може да се окаже проблем обаче, че делът на фиксирания бюджет е твърде висок (78-84 % от бюджета за системата на ЦСМП и техните филиали е предвиден за заплати), което в действителност ощетява доставчиците с висок обем услуги. Друг проблем е неравното разпределение на персонала в различните центрове, което не се прави на основата на населението или характеристиките на терена. Щатните бройки се определят на исторически принцип, а често и на лобистки принцип

(МЗ, с. 7)<sup>90</sup> Тъй като заплатите на персонала са важна движеща сила за разходите, това означава, че бюджетът за СМП също не е справедливо разпределен.

80. Като неразделна част от системата на здравеопазването, системата на спешната помощ може да бъде засегната от и може да засегне закупуването на други услуги. По-конкретно фактът, че ОПЛ обикновено не предоставят 24-часова помощ, в действителност обременява допълнително системата на спешната помощ. Както и в много други страни доставчиците на спешна помощ може да са първостепенен източник на медицинска помощ за неосигуреното население: поради липса на здравно осигуряване неосигурените лица обикновено чакат докато състоянието им се влоши силно и изисква спешна помощ, или те отиват направо в спешната помощ, дори ако състоянието им не изисква такива скъпи услуги, знаейки, че никое медицинско заведение не може да отправя пациенти. По-конкретно за спешните отделения в болниците, тъй като заплащането от МЗ за всеки пациент и доста ниско, те биха били стимулирани да приемат спешния пациент, за да покрие НЗОК разходите. От друга страна, съществува обратен стимул за прием в болници, ако пациентът е неосигурен<sup>91</sup>. Необходимо е да се получат данни от спешните отделения, от приемните отделения в болниците и от НЗОК, за да се установи дали тези хипотези са валидни.

## 3.4 Покупателна ефикасност за лекарства

### 3.4.1 Обзор

81. В този раздел се разглеждат онези аспекти на работата на системата за финансиране на здравеопазването в България, които се отнасят за лекарствата. Тук анализът е в рамката на разбирането на ключовите компоненти на добре функционираща рамка на фармацевтичната политика – която се твърди, че се ръководи от върховната национална лекарствена политика, която в допълнение към задаването на целите и задачите на политиката, както и задълженията и отговорностите на заинтересованите лица, предоставя като минимум:

- рамка за осигуряване на достъп до лекарства, които са безопасни, ефективни и с адекватно качество;
- добре управлявани процеси за вземане на решения относно рационалния подбор на формули, заедно с механизми за използване на покупателната способност за осигуряване на икономическа целесъобразност;
- механизми за осигуряване на платим равнопоставен достъп до необходимите лекарства; и
- стратегии за подкрепа на рационалната и икономически ефективна употреба.

82. Както беше отбелязано във Втора глава, макар и малък, българският фармацевтичен пазар показва силно нарастване.<sup>92</sup> Лекарствата представляват не само непропорционален дял от разходите за здравеопазване (38% от общите разходи за здравеопазване, сравнени със средни

---

<sup>90</sup> Концепция на Министерството на здравеопазването за развитието на системата за спешна медицинска помощ в Република България 2014-2020 г.

<sup>91</sup> Макар, както беше споменато по-рано, болниците да са може би стимулирани да заплатят здравната вноска от името на неосигуреното лице и да получат плащане от НЗОК.

<sup>92</sup> Ministry of Foreign Affairs, Denmark. *Pharmaceutical and Healthcare Sector, Bulgaria, 2014*. At [http://bulgarien.um.dk/da/~media/Bulgarien/Documents/Pharmaceutics%20and%20Healthcare\\_2014.pdf](http://bulgarien.um.dk/da/~media/Bulgarien/Documents/Pharmaceutics%20and%20Healthcare_2014.pdf)

стойности за ЕС от около 25%),<sup>93</sup> бремето на плащанията на разходите със собствени средства също е прекалено високо, може би достигащо 81% от общите фармацевтични разходи. Може би най-тревожно е, че бързото нарастване на разходите става без очевидни подобрения в здравните резултати и за сметка на равнопоставеността на населението.

83. При липсата на интегрирана национална лекарствена политика българският фармацевтичен сектор се характеризира с различни, високо комплексни и понякога контрапродуктивни лостове на политиката. Макар регулаторната рамка да е приведена до голяма степен в съответствие със сегашните стандарти на ЕС, съществуващите механизми за изготвяне на списъци и ценообразуване на лекарствата не осигуряват адекватна икономическа целесъобразност за НЗОК и допринасят за съществуването на неефективности в здравния сектор. Сегашната фармацевтична политика изглежда фокусирана върху ограничаването на разходите на НЗОК и предоставя малко финансова защита на пациентите.
84. За лекарствата за хронични състояния от много източници и в няколко случая с високи обеми много цени се сравняват неблагоприятно например с цени в Обединеното кралство и Нова Зеландия. Същевременно сведения за намаляване на цени във веригата на предлагането сочат възможност за по-ниски цени и за заграбване обратно на някои от спестяванията, които сега се натрупват в аптеките. Коригирането на подходите към изготвянето на списъци, ценообразуването и доставката на лекарства от много източници и терапевтични групи за създаване на по-силна конкуренция би могло да генерира съществени спестявания. Независимо от високите равнища на незаразните заболявания (НЗЗ), особено сърдечносъдовите и хроничните дихателни заболявания, заплащането на ключови лекарства със собствени средства вероятно ще попречи на достъпа до и спазването на лечението, и ще допринесе за непълното използване на лекарства, които са важни за забавяне или предотвратяване на напредването на заболяването. Спестявания от подобрени процеси на доставка биха могли да се използват, за да направят хроничните терапии достъпни, с по-ниски и по-предсказуеми вноски на пациентите.
85. За лекарства от един единствен източник, а в много случаи и с висока себестойност, практиката на задаване на цени на едро чрез външно референтно ценообразуване не дава сигурност, че те представляват разумна икономическа целесъобразност в България. В много случаи този механизъм води до цени, които са еднакво високи, а понякога дори по-високи в абсолютни стойности, от страни с много по-високо национално материално благосъстояние (заместител на платежоспособността). Процесите на включването на лекарства в позитивния лекарствен списък (ПЛС) са недостатъчно повлияни от съображения за ефективност на разходите и няма експлицитни връзки между обстоятелствата на включването във списъците и одобрените насоки на лечението. Все още няма официално одобрени фармакотерапевтични насоки, независимо от съществуването на поне три нормативни акта, уреждащи разработването, разрешителните и изпълнението на фармакотерапевтични насоки в клиничната практика в България. Използването на няколко много скъпоструващи и потенциално нерентабилни лекарства расте много бързо.
86. Структурата на вноските на пациентите – определени на различни равнища на съвместно осигуряване, а не като фиксирани съвместни плащания – е регресивна и създава несигурност у пациентите. Освен това много рецепти се изпълняват за продукти, които не са на референтната или сравнителната (benchmark) цена, като по този начин повишават покриваните със собствени средства разходи на пациенти, често многократно по-високи от сумата за съвместно осигуряване.

---

<sup>93</sup> Rohova M, Dimova A et al. Balancing regulation and free markets: the Bulgarian pharmaceutical sector. *Eurohealth* 2013; Vol.19, No.1.

Тази ситуацията се изостря от широкоразпространеното недоверие към качеството и безопасността на генериците, които се предписват по търговско наименование и липсата на заместители в аптеките. Чистият ефект е, че пациентите плащат значително повече от необходимото и няма защитни мрежи или клаузи за спиране на загубите, които да защитят лицата от катастрофални разходи, покривани със собствени средства.

### 3.4.2 Регулаторна рамка

87. Присъединяването на България към Европейския съюз и участието ѝ в Споразумението nCADREAC улесни въвеждането на стандарти на ЕС за регламентиране на лекарства. Прилагането на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ)<sup>94</sup> допринесе много в това отношение. Има данни за неадекватно прилагане или неприлагане на някои аспекти от нормативната уредба за лекарствата, особено по отношение на отпускането на лекарства по рецепта на пациенти без рецепти. Макар това предполагаемо да намалява разходите на НЗОК (като същевременно увеличава разходите за пациенти, покривани със собствени средства), но вероятно увеличава бремето на неблагоприятните събития, свързани с медикаментозното лечение и с произтичащите от това разходи, както и с моделите на антимикробна резистентност. Има и сфери, в които нормативната уредба изглежда прекалено прескриптивна. Например Наредба № 28, която *inter alia* задава структурата, условията и моделите на поведение в аптеките, посочва реда, по който те трябва да изпълняват рецептите, които получават. Не е ясно защо е необходимо това, нито как може да се проследява ефективно на практика спазването на разпоредбите.

### 3.4.3 Подбор на лекарства и ценообразуване

88. Както е описано във Втора глава, механизмът на първично определяне на цени е международно (външно) референтно ценообразуване, с цени, изведени от 10 първични държави-членки на ЕС и 7 вторични (Белгия, Чешката република, Полша, Латвия и Унгария). Българската фабрична цена, зададена на равнище на заплащане от НЗОК, е *най-ниската* цена сред цитираните юрисдикции. Съществуват редица проблеми с този подход:

- Референтните цени са „официални“ цени и може да не се уловят поверителните отстъпки и намаления, договоряни от референтните държави-членки;
- Референтните цени може да не отразяват (и може да не са били оценявани за) разумна икономическа целесъобразност в референтните държави-членки;
- Референтните държави-членки могат да компенсират високите цени с тесни показания и строг контрол върху използването (предоставените данни за ценообразуването не отчитат показанията за употреба);
- Всички референтни държави-членки имат значително по-висок БВП на глава от населението от България, затова дори когато цената на едно лекарство отразява разумна икономическа целесъобразност в страната-източник, това може да не се отнася за България. Най-малко лекарството ще бъде по-малко финансово достъпно в България.

---

<sup>94</sup> Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина 2007. [http://en.bda.bg/images/stories/documents/legalActs/ZLPHM\\_en.pdf](http://en.bda.bg/images/stories/documents/legalActs/ZLPHM_en.pdf)

89. За да се прецени включването на едно лекарство в списъка, то трябва да е с доказано осигурително покритие в поне 5 от 10-те първични референтни страни и да е подложено на оценка на клиничните и икономическите данни, като клиничните фактори получават максимум 95 точки, а фармакоикономическите фактори – максимум 40 точки. Както беше отбелязано по-рано, тъй като се изискват само 60 точки за включване в ПЛС, един продукт може да бъде одобрен за списъка и без да демонстрира разумна ефективност на разходите. Процесът и критериите за оценката на икономическите данни не са представени с подробности в Наредбата. Освен това служителите в Съвета по ценообразуването посочиха, че нямат достатъчни експертни познания в сферата на фармакоикономическата оценка на лекарства, за да предприемат стриктно оценяване на фармакоикономическите данни, представени от кандидатите. Самите фармакоикономически доклади често се изготвят от академични специалисти с ограничен експертен опит и познания в тази сфера.
90. Оценката става по-трудна поради краткото време, предвидено в ЗЛПХМ за вземане на решение от Съвета по ценообразуване (60 дни за включване в списъка и ценообразуване на нови отпускани по рецепта лекарства, които подлежат на включване в ПЛС). Макар да е желателно вземането на решение да е своевременно, като се отчетат практиките на други органи, които се заемат с подобни оценки, не е вероятно това да е достатъчно за стриктна оценка на клиничните и икономическите показатели на нови лекарства, особено онези, които вероятно ще предизвикат силно въздействие върху бюджета и за които може да са необходими нови или актуализирани насоки или протоколи за лечението. Европейската директива за прозрачността № 89/105/ЕЕСЗ<sup>95</sup> в момента разрешава на държавите-членки до 90 дни за решения по ценообразуването и до 180 дни за комбинирано решение за ценообразуване и изплащане.
91. За оценяването на ново лекарство за включване в ПЛС и за установяване на цена по чл. 261а от ЗЛПХМ Съветът по ценообразуване получава такса от само 1500 лв.<sup>96</sup> Това изглежда скромно в сравнение с необходимото усилие и с потенциалния пазар, който има лекарство, включено в ПЛС подлежащо на заплащане от НЗОК.
92. Макар фабричната цена на първата (и всяка следваща) генерична версия на лекарство, включено в ПЛС, може би да не надвишава 80% от фабричната цена на първоначалния продукт в България, генеричните цени иначе се определят чрез външно рефериране. С други думи, макар да се прилага намаление на законно установената цена в момента на първоначалното записване на генерика, няма механизъм, който да налага допълнителни намаления на цената в рамките на незащитен с патент пазар. За незащитени с патент лекарства едно по-конкурентно ценообразуване може да създаде възможност за увеличение на процентите, покривани от НЗОК, особено при лекарства за тежки и хронични състояния, за които е важно продължително спазване на лечението, за да е ефективно.

---

<sup>95</sup> Директивата на ЕС за прозрачността № 89/105/ЕЕСЗ съдържа редица процедурни изисквания за осигуряване на прозрачност на мерките за ценообразуване и заплащане, приети от държавите-членки. Те включват конкретни времеви ограничения за решения за ценообразуване и възстановяване (90 дни за ценообразуване, 90 дни за възстановяване или 180 дни за комбинирани решения за ценообразуване и възстановяване). Директивата също изисква компетентните национални органи да представят изявление за основанията на базата на обективни и проверими критерии за всяко от техните решения и да предоставят подходящи правни средства на кандидатите. Едно предложение от 2012 г. за съкращаване на сроковете до 60/120 дни все още не е прието, но то пак ще позволи два пъти по-дълго време от сега разрешеното за вземане на решения от Съвета по ценообразуването.

<sup>96</sup> Вж. [http://www.ncpr.bg/images/News/Tariff%20on%20the%20fees\\_exerpt\\_GS.pdf](http://www.ncpr.bg/images/News/Tariff%20on%20the%20fees_exerpt_GS.pdf)



93. За всяко лекарство се определя референтна или сравнителна (benchmark) цена на равнището на заплащане от НЗОК на най-ниската себестойност за определена дневна доза (ОДД) за всяко търговско наименование или представяне на това лекарство. Това терапевтично референтно ценообразуване се прилага и за молекули в рамките на същата АТС подгрупа, където продуктите се считат с подобна ефикасност и безопасност за конкретно показание (кълъстерно референтно ценообразуване). Съпоставителната (benchmark) цена вътре в кълъстера лекарства след това се задава на равнище на заплащане от НЗОК на най-ниската себестойност/ОДД за всяко от лекарствата *вътре в кълъстера*.
94. Следователно има малко стимули за конкуренция в незащитен с патент пазар. Докато фабричната цена на лекарство с много източници не е по-висока от 80% от цената на изобретателя и е показано, че цената не е по-висока от най-ниската цена за същото представено лекарство в която и да е от указаните референтни страни, цената може да надвиши значително съществуващата benchmark цена по себестойност/ОДД, като всяко надвишаване ще бъде покривано със собствени средства от пациента. В много случаи действителната цена може да бъде много пъти по-висока от benchmark цената.
95. Раздел 264.2 от ЗЛПХМ задава изисквания за уведомление за доставчици на продукти, чиито цени определят benchmarks, но не е ясно дали от доставчиците се изисква да гарантират предлагане на минимална част от общия пазар. Също така не се уточнява дали и как неналичността на продукт с benchmark-цена задейства преразглеждане на benchmark цената. Следователно не е ясно какви механизми, ако има такива, съществуват, за да се осигури за продуктите с benchmark-цена да са или налични за доставка, или да бъдат създавани запаси от аптекарите и следователно да бъдат достъпни за пациентите.
96. Независимо от това дали става дума за продукти от много източници (т.е. съдържащи един и същ INN в една и съща фармацевтична форма) или за лекарства в рамките на даден кълъстер, равнището на заплащане от НЗОК се определя като *част от benchmark цената*, а не действителната цена. В резултат от това плащанията със собствени средства за лекарство, за което се предвижда например 75% възстановяване, може да бъдат значително по-високи от 25% от действителната себестойност на продукта, ако продуктът не е с benchmark-цена.
97. Освен това действителното равнище на заплащане от НЗОК се определя според възприятието за клинично значение на състоянието, но изглежда, че това се прилага непоследователно. В Приложение I се показва, че пълно (100%) заплащане от НЗОК се предвижда за лекарства за лечение на хронични заболявания, които причиняват „тежки нарушения в качеството или живота или увреждания и изискват продължително лечение“. Субсидиите за перорални средства за лечение на диабет обаче варират например между 25% и 100%. Това е илюстрирано във Втора глава 2, Таблица 11. В една система, в която нито лекарят, нито аптекарят имат задължение или стимул да сведат до минимум плащанията със собствени средства от пациентите, няма причина да се мисли, че пациентите имат право да определят кои от наличните лекарства са наистина с по-добра стойност.
98. Цени на подбрани лекарства в Приложения I и II са показани в [Таблица 21](#) и [Таблица 22](#), а сравнения с цени в Обединеното кралство и Нова Зеландия, представени като първите 25 лекарства (според разходите на НЗОК) в Приложение I (предимно незащитени с патент) и за първите 25 лекарства (по стойност) в Приложение II (предимно висока стойност, патентовани онкологични лекарства) с цени само в Обединеното кралство. Докато за незащитени с патент

лекарства може да се очакват по-добри цени в много по-големия и по-конкурентен пазар на Обединеното кралство, същото не може да се каже за Нова Зеландия с население от само 4,4 милиона.<sup>97</sup> За Приложение II бяха избрани цени от Обединеното кралство, защото там лекарствата се подлагат на стриктна оценка на икономическата им целесъобразност от Националния институт за здравеопазване и усъвършенстване на медицинската помощ (National Institute for Health and Care Excellence, NICE).

Таблица 21: Сравнения на цени за избрани лекарства в Приложение I

INN	Показание	Доза	Размер на опаковката	авнище на заплащане от НЗОК	Българска референтна цена (евро)	Цена в Нова Зеландия (евро)	Цена в Обединеното кралство (евро)	Разходи на НЗОК през 2013 г. (евро) (всички форми)
adalimumab	Ревматоиден артрит	40mg	2	75%	1047	1141	889	7 704 996
amlodipine	Хипертония	10mg	30	50%	1,65	0,79	1,30	807 731
clopidogrel	Антикоагулант	75mg	30	75%	3,28	1,24	16,38	2 112 993
enalapril	Хипертония, сърдечна недостатъчност	10mg	30	25%	1,23	0,28	1,31	754 988
etanercept	Ревматоиден артрит	25mg	4	75%	508	602	451	8 657 724
imiglucerase	Болест на Гоше	400U	1	100%	1579	1360	1352	2 698 990
insulin glargine	Диабет	300IU	5	100%	53,26	59,92	52,36	3 938 996
insulin lispro	Диабет	300iU	10	100%	112	75,48	74,34	4 237 697
ivabradine	Ангина, сърдечна недостатъчност	7.5mg	56	50%	57,95	N/A	50,68	2 765 659
latanoprost	Глаукома	125mcg	1	50%	3,92	1,26	2,25	1 684 087
Lisinopril	Хипертония	10mg	30	25%	2,57	0,86	1,31	926 484
metформain	Диабет	500mg	30	100%	0,47	0,23	3,60	3 192 340
metoprolol	Хипертония	100mg	30	50%	2,29	1,53	1,43	1 073 497
olanzapine	Антипсихотик	10mg	28	100%	2,56	1,62	1,83	3 214 028
salmeterol/ fluticasone	Астма	50/250mcg	60	100%	32,35	31,51	44,16	11 632 711
valsartan/ HCTZ	Хипертония	160/12.5 mg	28	50%	4,12	N/A	3,61	4 590 649
vildagliptin/ metформain	Диабет	50/1000mg	60	50%	47,38	N/A	42,87	3 248 351

Забележки: Текстът в получер шрифт означава „Първите 25“ лекарства в НЗОК според възстановяваната стойност през 2014 г. Общите разходи са за всички форми на представяния и дозировки на INN. Показаните български цени са от 2 август 2014 г. За много представяния, включени в списъка, показаната българска цена е за продукт с най-ниска единична себестойност. Всички цени над 100 евро са закръглени. Цените в Нова Зеландия са взети от <http://www.pharmac.health.nz/tools-resources/ pharmaceutical-schedule>. Цените в Обединеното кралство от [http://www.ppa.org.uk/edt/September\\_2014/mindex.htm](http://www.ppa.org.uk/edt/September_2014/mindex.htm). Обменен курс на 2 август

<sup>97</sup> Агенцията за фармацевтично управление на Нова Зеландия PHARMAC използва широко търгове за единствен доставчик на незащитени с патент продукти и пазарът на Нова Зеландия е високо конкурентен. Спечелилият търга получава право да е единственият субсидиран доставчик на лекарството за определен срок, като по този начин се създава максимален стимул да се предложи най-добрата цена.

99. **Таблица 21** показва, че има редица лекарства с висока единична цена и от един източник, за които българските цени може да не отразяват разумна икономическа целесъобразност. Цените на *adalimumab* и *etanercept* например са съответно с 18% и 13% по-високи, отколкото в Обединеното кралство. Освен това в Обединеното кралство тяхната оценка от Националния институт за здравеопазване и усъвършенстване на медицинската помощ (NICE) доведе до ограничаване на употребата им в рамките на Националната здравна служба само за обстоятелствата, при които лекарствата се приемат за рентабилни. България не само изглежда да плаща по-високи цени за тези лекарства, но и те са сред лекарствата, при които се наблюдава най-бързо нарастване на разходите (вж. **Таблица 22**) и степента на каквито и да е ограничения на употребата не е ясна. Аналогично, докато цените на инсулиновите аналози като *insulin glargine* са сравними с цените в Обединеното кралство (независимо от много съществена разлика в БВП на глава от населението и следователно и в платежоспособността), използването на тези продукти в Обединеното кралство е до голяма степен ограничено до пациенти с диабет тип I, тъй като не се преценяват като икономически изгодни при повечето пациенти с диабет тип II. Следва да се отбележи, че показаните числа са за плащания от НЗОК, не за общата себестойност, както и че данните за 2014 г. са изчислени пропорционално от данните за януари-юли 2014 г.

Таблица 22: Първите 25 лекарства в Приложение I по предполагаема стойност на плащания от НЗОК през 2014 г.\*

INN	Показание	Агрегирани плащания през 2012 г. (лв.)	Агрегирани плащания през 2013 г. (лв.)	Очаквани плащания през 2014 г. (лв.)	Промяна на годишна база 2012-13 г.	Промяна на годишна база 2013-14 г.	Промяна 2012-2014 г.
budesonide/формаoterol	Астма/ХОББ	24 263 812	25 144 791	24 466 772	3,6%	-2,7%	0,8%
salmeterol/fluticasone	Астма/ХОББ	22 831 674	22 757 030	23 455 888	-0,3%	3,1%	2,7%
adalimumab	Ревматоиден артрит	9 465 942	15 073 256	22 501 544	59,2%	49,3%	137,7%
etanercept	Ревматоиден артрит	8 613 710	13 903 970	16 937 074	61,4%	21,8%	96,6%
insulin human	Диабет	18 249 329	16 651 920	14 271 725	-8,8%	-14,3%	-21,8%
tiotropium	ХОББ	14 858 952	15 411 605	12 948 482	3,7%	-16,0%	-12,9%
coag фактор VIII	Хемофилия	9 479 592	12 740 752	12 168 645	34,4%	-4,5%	28,4%
insulin aspart	Диабет	10 728 807	11 323 993	12 113 798	5,5%	7,0%	12,9%
insulin lispro	Диабет	5 833 106	8 290 191	10 779 352	42,1%	30,0%	84,8%
interferon beta 1a	Множествена склероза	9 111 680	9 965 819	10 405 744	9,4%	4,4%	14,2%
interferon beta 1b	Множествена склероза	10 195 459	9 990 980	9 340 537	-2,0%	-6,5%	-8,4%
paliperidone	Антипсихотик	4 333 022	7 706 792	9 132 993	77,9%	18,5%	110,8%
insulin glargine	Диабет	6 447 253	7 705 843	8 358 265	19,5%	8,5%	29,6%
valsartan/HCTZ	Хипертония	6 878 636	8 980 669	8 344 729	30,6%	-7,1%	21,3%
deferasirox	Таласемия	6 897 317	7 507 064	7 618 020	8,8%	1,5%	10,4%
vildagliptin/метформин	Диабет	5 645 987	6 354 738	7 286 397	12,6%	14,7%	29,1%
aripiprazole	Антипсихотик	7 065 294	6 479 568	6 492 006	-8,3%	0,2%	-8,1%
tafamadis	Наследствена амилоидоза	N/A	1 625 885	6 308 127	-	288,0%	-
olanzapine	Антипсихотик	9 023 707	6 287 592	6 291 927	-30,3%	0,1%	-30,3%
ticagrelor	Остри коронарни синдроми	597 799	4 194 705	6 277 811	601,7%	49,7%	950,2%
insulin detemir	Диабет	4 919 898	5 449 875	6 209 601	10,8%	13,9%	26,2%
golimumab	Ревматоиден артрит	1 775 888	4 807 398	6 177 455	170,7%	28,5%	247,9%
ivabradine	Сърдечна недостатъчност	4 516 473	5 410 449	5 922 462	19,8%	9,5%	31,1%
gliclazide	Диабет	5 783 239	5 873 388	5 912 065	1,6%	0,7%	2,2%
insulin aspart	Диабет	5 269 551	5 519 240	5 888 881	4,7%	6,7%	11,8%

\* Данни, предоставени от НЗОК, Числата за 2014 г. са представени пропорционално от данни за януари до юли вкл..

100. Аналогично в Приложение II има редица лекарства, чиито цени са подобни, а в някои случаи дори по-високи от цените в Обединеното кралство (Таблица 3). Предвид факта, че Обединеното кралство има БВП на глава от населението, коригиран за ППС, който е повече от два пъти по-висок от този на България, ясно е, че много от тези лекарства е невероятно да са икономически изгодни в България. Много от тях са и сред лекарствата, които допринасят най-значимо за бързото нарастване на разходите (Таблица 24).

101. Освен това много от лекарствата в списъка в Таблица 23 и Таблица 24 подлежат на значими ограничения в употребата им в Обединеното кралство, или не са одобрени за употреба в Националната здравна служба. Например NICE не препоръчва *bevacizumab* за употреба при никои от солидните тумори; *sunitinib* се препоръчва само за лечение от първа линия, докато *sorafenib* не е препоръчан за лечение нито за първа линия, нито за втора линия при бъбречноклетъчен

карцином. Използването на много от другите изброени тук лекарства е много значимо ограничено в Обединеното кралство, за да се осигури икономически изгодна употреба.

102. По-обширен преглед на съществуващите ПЛС вероятно ще покаже и други примери на лекарства, за които не е вероятно да са икономически изгодни при сегашните български цени, особено в случаите, при които алгоритмите за клинично лечение не отчитат ефективността на разходите за различните терапии. Предвид липсата на твърде значими намаления на цената за няколко лекарства може да се наложат много строги ограничения, за да се постигне икономически изгодна употреба, или може да се окаже необходимо да се обмисли изключването им от списъка.

**Таблица 23: Сравнения на цени за избрани лекарства от първите 12 по стойност в Приложение II\***

INN	Търговска марка	Доза	Размер на опаковката	Българска цена (евро)	Цена в Обединеното кралство (евро)
bevacizumab	Avastin	400mg	1	1234	1166
trastuzumab	Herceptin	150mg	1	599	514
Nilotinib	Tasigna	200mg	28	1054	767
Imatinib	Glivec	100mg	120	486	2176
rituximab	Mabthera	500mg	1	1293	1102
pazopanib	Votrient	N/A	N/A	N/A	N/A
Sunitinib	Sutent	25mg	30	2486	2121
bortezomib	Velcade	3.5mg	1	1088	962
Erlotinib	Tarceva	150mg	30	2093	2058
pemetrexed	Alimta	500mg	1	1215	1009
cetuximab	Erbitux	5mg/ml, 20ml	1	216	224
sorafenib	Nexavar	200mg	112	3785	3748

Забележка: Българските цени са от 2 август 2014 г. За много представяния, включени в списъка, показаната българска цена е за продукт с най-ниска себестойност/ОДД. Всички цени над 100 евро са закръглени.

Цените в Обединеното кралство са от [http://www.ppa.org.uk/edt/September\\_2014/mindex.htm](http://www.ppa.org.uk/edt/September_2014/mindex.htm). Обменен курс на 2 август 2014 г. от [www.oanda.com](http://www.oanda.com)

Някои цени в Обединеното кралство са представени пропорционално, за да се отчетат различни размери на опаковките.

**Таблица 24: Първите 25 лекарства в Приложение 2 по очаквана стойност на заплащане от НЗОК през 2014 г.\***

INN	Показание	Агрегирани разходи на НЗОК през 2012 г. (лв.)	Агрегирани разходи на НЗОК през 2013 г. (лв.)	Очаквани разходи на НЗОК през 2014 г. (лв.)	Промяна на годишна база 2012-13 г.	Промяна на годишна база 2013-14 г.	Промяна 2012-2014 г.
bevacizumab	Мултиплен рак	10 542 387	22 655 540	35 863 368	115%	58%	240%
trastuzumab	HER2+ рак на гърдата	19 213 305	25 737 247	30 850 905	34%	20%	61%
Nilotinib	Хронична миелоидна левкемия	7 365 426	11 001 962	14 730 149	49%	34%	100%
Imatinib	Хронична миелоидна левкемия, гастро-	12 522 185	12 713 847	12 280 117	2%	-3%	-2%
rituximab	Неходжкинов лимфом	6 573 673	8 902 784	11 165 340	35%	25%	70%
Pazopanib	Бъбречноклетъчен карцином, мекотъканен	2 234 502	5 636 499	8 734 802	152%	55%	291%
Sunitinib	Бъбречноклетъчен карцином, гастро-интестинален	4 451 781	6 158 572	7 801 703	38%	27%	75%
bortezomib	Мултиплен миелом	3 363 275	6 155 061	7 666 315	83%	25%	128%
Erlotinib	Недребноклетъчен белодробен рак	2 622 949	5 114 310	7 641 139	95%	49%	191%
pemetrexed	Недребноклетъчен белодробен рак	3 752 392	4 997 414	6 933 525	33%	39%	85%
cetuximab	Колоректален карцином	1 869 311	2 878 789	6 334 842	54%	120%	239%
Sorafenib	Бъбречноклетъчен карцином, рак на черния	2 997 950	4 679 733	6 181 226	56%	32%	106%
abiraterone	Хормонорефракторен рак на простатата	-	-	5 960 008			
panitumumab	Колоректален карцином	2 347 526	3 834 203	5 886 700	63%	54%	151%
Pegfilgrastim	Гранулоцит-колониостимулиращ	2 121 336	3 639 723	5 843 921	72%	61%	175%
everolimus	Имуносупресия след трансплантация	1 728 260	2 011 974	5 726 439	16%	185%	231%
denosumab	Остеопороза, костни метастази	-	723 940	4 636 412		540%	
romiplostim	Тромбоцитопения	1 394 614	2 204 425	4 149 283	58%	88%	198%
clofarabine	Остра лимфобластна левкемия	933 453	1 609 962	3 968 177	72%	146%	325%
cabazitaxel	Хормонорефракторен рак на простатата	-	-	3 894 716			
Lapatinib	Рак на гърдата	1 442 569	2 323 999	3 584 892	61%	54%	149%
zoledronic acid	Остеопороза, костни метастази	9 575 436	9 025 084	3 441 422	-6%	-62%	-64%
Dasatinib	Хронична миелоидна левкемия	2 409 378	2 581 825	3 193 215	7%	24%	33%
Gefitinib	Недребноклетъчен белодробен рак	654 512	2 069 502	2 649 458	216%	28%	305%
Octreotide	Произвеждащи растежни хормони	1 184 77	1 817 87	2 601 10	53%	43%	120%

Таблица 11 в Глава 2 илюстрира нарастването на разходите на НЗОК в различни терапевтични сфери. Показани са първите 25 лекарства по стойност на разходите на НЗОК, както и нарастването в разходите през 2012-2014 г.

### 3.4.4 Верига на разпределението и предлагането

103. Както беше посочено във Втора глава, повишенията в цените на едро и на дребно са пропорционални на разходите за лекарството и по този начин създават стимули за разпределението и отпускането на по-скъпи лекарства. Това е може би разбираемо, като се има

предвид, че такси от 2 лв. за отпускане на лекарство се заплащат само за рецепти, състоящи се изцяло от продукти, покривани 100% от НЗОК – за които се предвижда по-висока цена на дребно. Вариантите за намаляване на стимулите за отпускане на по-скъпи лекарства включват неизменни маржове, по-високи такси за отпускане и чрез насърчаване на заместване (понастоящем неразрешено) на по-скъпите търговски марки с продукти на benchmark цена.

104. Както беше обсъждано по-горе, терапевтично референтно ценообразуване за лекарства от много източници по-скоро обезсърчава, отколкото да стимулира конкуренцията, като по този начин поддържа, а не намалява цените. В резултат там, където наистина се появи конкуренция, тя обикновено приема формата на отстъпка вътре във веригата на предлагането, като спестявания се натрупват в аптеките, а не при платеца. В допълнение се говори, че степента на вертикална и хоризонтална интеграция в аптекния сектор също намалява диапазона на конкуренцията в този пазар.

### 3.4.5 Предписващи и пациенти

105. Промоциите, които фармацевтичната промишленост осигурява на предписващите, насърчава предписването на все по-нови и по-скъпи продукти и това е очевидно в моделите на разходите. Нарастването на разходите се подпомага и от отсъствието на задължително предписване по международни непатентни наименования и от съобщаваното широкоразпространено недоверие към генерични лекарства. На аптекарите не се позволява по закон да отпускат каквото и да е друго освен търговската марка на продукта, указан в рецептата, макар в практиката да има данни, че има заместване в полза на продукти с по-висока цена, с по-висок марж и тези продукти са също в облагодетелствана позиция, когато отпускането е без рецепта. Когато лекар предпише лекарство с цена, която е по-висока от референтната или от benchmark цената, пациентът трябва да плати разликата със собствени средства, в допълнение към сумата за съвместно осигуряване, определена от равнището на субсидията, заплащана от НЗОК.

106. Фармакотерапевтичните насоки са от критично важно значение при прилагането на рационално лекарствено лечение. Макар условията за разработването на фармакотерапевтични насоки да се управлява по силата на три нормативни акта – Закона за здравето, Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина и Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, до този момент няма нищо написано, одобрено или обнародвано. Това вероятно допринася за бързото нарастване на използването на множество скъпоструващи лекарства.

107. В допълнение към насоките за основано на доказателства, икономически ефективно и рационално лекарствено лечение, стимулите за по-рационално използване на лекарствата включват промоция на безопасността и на приемливостта на генериците за потребителите, като се информират предписващите за последиците за разходите от техния избор при предписването, като се насърчава или дори става задължително предписването по INN, както и даване на стимули за аптекарите да се запасяват и да предлагат продукти на benchmark-цена.

### 3.5 Разработване на способност за актюерна оценка

108. По принцип, НЗОК е типичен пример за подход към финансиране на здравеопазването със социално/задължително здравно осигуряване, който преобладава в повечето страни от ОИСР и от бившия Съветски съюз, и все повече в новопоявяващите се пазарни икономики. Ключови аспекти на този подход са управлението от независим или квази-независим държавен орган и разчитане

на целеви вноски по ведомост, вноски върху общите приходи за лица в неравностойно положение и други приоритетни групи, както и връзка между вноските и определен набор права/ползи за осигуреното население. В контекста на държавен или частен здравноосигурителен модел, независимо дали покрива здравни и/или други рискове, солидното познаване и разбиране на взаимоотношенията между приходи и разходи и съответните им движещи сили обикновено се приема за важно при насоките за формиране на политиките или управлението. Инструментът, използван за тези цели, е актюерски модел.

109. В по-широк смисъл прогнозирането на бъдещи разходи в здравеопазването е важен принос в изработването на здравни политики във всички страни. Разбирането на основополагащите движещи сили в здравеопазването и вероятните им въздействия предоставя на авторите на политиките основна информация, върху която да изградят политики на ограничаване на разходите и да установяват техните въздействия. Практически всички напреднали и много новопоявяващи се страни с пазарна икономика използват модели за прогнозиране на разходите в здравеопазването при изработването на здравните си политики.<sup>98</sup>

110. Моделите могат да прогнозираят разходи на много равнища от гледна точка на наблюдението: индивидуални потребители, семейства, общности или цяла страна, както и видовете и равнищата на агрегирането на компонентите на разходите и приходите в здравеопазването – държавни разходи, частни разходи и разходи, покривани със собствени средства, вноски за социално осигуряване и пр. Моделите често се разграничават на базата на единицата за наблюдение, която използват за референтни цели, равнището на прогнозираното от тях агрегиране на разходите в здравеопазването и техния хоризонт. В цитираните проучвания на ОИСР и Дюк се установяват три широки категории методи за прогнозиране на разходи в здравеопазването: „моделите, съсредоточени върху отделните лица като единици на анализа за прогнозата, се определят като микромоделите ..... и се използват техники на микросимулация. Онези, които стратифицират раздели от разходите в здравеопазването в групи или стратифицират отделни лица в групи, или съчетания на тези две измерения, се определят тук като модели, основаващи се на компоненти. Моделите, основаващи се на компоненти включват кохортни и актюерски модели (вж. Каре 3 по-долу), които често правят прогнози по възрастови групи и/или други социоекономически характеристики. И накрая моделите на макроравнище се съсредоточават върху общите разходи в здравеопазването като единица на анализа. Вътре в тази група някои модели на макроравнище (наричани изчислими модели на общото равновесие) прогнозираят бъдещите тенденции на разходите в здравеопазването в контекста на цялата икономика”.<sup>99</sup>

111. Моделите, основаващи се на компоненти се използват най-широко и често анализират разходи по финансови действащи лица, включително и потребителите, като често използват различни техники и основни данни, за да анализират различни действащи лица – напр. доставчици <> потребители. Те често разработват груповоспецифични анализи на движещите сили на разходите. На фиг. 56 е показана общата схема на тези движещи сили на разходите.

---

<sup>98</sup> Вж. напр. R. Astolofi et al., *A Comparative Analysis of Health Forecasting Models*, OECD Health Working Papers Number No. 59, Paris, 2012; M. Mohanan. *Health Financing Projection Tools*, Duke University, 2009; and, B. Przywara, *Projecting Future European Health Expenditure at European Level: Drivers, Methodology and Main Results*, European Commission, Economic Papers 417, June 2010.

<sup>99</sup> OECD, *Ibid.*, p.18.



Фиг 56: Основни детерминанти на увеличението на разходите в здравеопазването

	Демографски фактори	Здравни фактори	Икономически и социални фактори	Фактори, свързани с публичната политика
Фактори на търсенето	<ul style="list-style-type: none"> <li>Размер и структура на населението</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Здравен статус на населението и по-специално на кохортата на възрастните</li> <li>Разходи, свързани със смъртта</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Национален/индивидуален доход</li> <li>Еластичност на доходите при търсенето на здравеопазване</li> <li>Социални детерминанти на здравеопазването (околна среда, условия на живот) и свързано със здравето поведение</li> <li>Обществени очаквания и реално сближаване на жизнените стандарти</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Насърчаване на здравеопазването и политика на профилактика на</li> </ul>
Фактори на предлагането			<ul style="list-style-type: none"> <li>Разработване на нови технологии и медицински прогрес</li> <li>Единична себестойност в сектора на здравеопазването, съпоставена с другите сектори на икономиката</li> <li>Ангажирани ресурси – човешки и капиталови</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Принос на държавния и частния бюджет за финансирането на здравеопазването</li> <li>Осигурителни схеми</li> <li>Схеми на възнаграждения на сектора на</li> <li>Регулиране и/или либерализиране на пазара на здравни услуги и лекарствени средства</li> </ul>

112. Актюерните анализи помагат да се оцени дали „прогнозираните общи вноски, включително очакваните парични потоци от повторно осигуряване, правителствени парични потоци за корекция на риска и инвестиционни приходи, са адекватни, за да осигурят всички очаквани разходи, включително здравни ползи, разходи на селищата за здравни ползи, маркетингови и административни разходи и цената на капитала”<sup>100</sup> (вж. също Каре 3). Не съществува такъв модел за НЗОК или за която и да е друга институция в България, независимо от факта, че тя събира вноски, с които се предполага да осигури последователно и във времето достъп до пакета ползи за преобладаващото мнозинство от населението. Съществуват малко анализи или разбиране на присъщите тенденции/натиск при разходите; техните каузални фактори и как вероятно ще се проявят в бъдеще, което е критично важна информация за проектирането на политиките на реформи; и да осигури дългосрочната платежоспособност и финансовата устойчивост на НЗОК, включително управлението на общата ѝ фискална политика. Без такава информация НЗОК (и

<sup>100</sup> American Academy of Actuaries, *Actuarial Soundness*, American Academy of Actuaries, Washington, D.C., May 2012, p.2.

правителството в по-общ план) са възпрепятствани в способността си да управляват активно и ефективно държавни средства, възлизащи на около 40 процента от всички здравни разходи.

### Карте 3: Актюерен анализ

Актюерен анализ е форма на статистически анализ, който обикновено се провежда с данни за финансовите разходи за здраве в контекста на изчисляване на осигурителни ставки или на определяне на необходимостта от разходи: актюерен анализ предполага оценка на средните разходи за обединен риск, така че финансовите нужди да се изчислят така, че приходите да балансират очакваните разходи. Актюерните модели често използват минали и данни – комбинирано с корекции, отчитащи населението и инфлационните тенденции – за да прогнозира очакваните разходи. Финансовата устойчивост или “актюерната солидност” предполага, че очакваните разходи (включително административните разходи и всякакви изисквания за резерви) за обединен риск са по-малки или равни на очакваните приходи. Традиционните методи за определяне на разходи, напр. от горе надолу (което приблизително оценява и разпределя агрегираните разходи по различните дейности) и от долу нагоре (което определя разходите за несвършени дейности по предоставянето на услуги и ги обединява, за да изчисли разходите), обикновено се съсредоточава върху производствен подход за изчисляване на разходите за ресурси, които са може би необходими за оказване на здравни услуги, приемайки предимно като даденост потреблението на здравни услуги. Актюерният анализ, от друга страна, приема произвеждането на здравни услуги до голяма степен като даденост, фокусирайки се вместо това върху оценяването на разходите от страната на потреблението: вероятно определяне на използването и свързаните очаквани разходи, което би било необходимо за финансиране на здравеопазването от натрупани финансови ресурси.

Източник: Tandon, A (2014), “Managing Money: Financing the Bottom-Up Expansion of Universal Health Coverage,” Draft Chapter for Forthcoming Book on the Universal Coverage Program (UNICO), World Bank, Washington, D.C. Based on Cichon, M. et al. 1999. Modelling in Health Care Finance: A Compendium of Quantitative Techniques for Health Care Financing, Geneva: International Labour Office; Wang, H. et al. 2012. Health Insurance Handbook: How to Make it Work? Washington, D.C.: World Bank

113. Тъй като разбирането на актюерната солидност на НЗОК е необходимо условие както за диагностиката на системата на здравеопазването, така и за развитието на реформите, разработва се актюерен модел на НЗОК като част от настоящето проучване. Моделът в момента се довършва и усъвършенства след получаването на по-добри изходни данни и след като се потърси консенсус със здравни и финансови експерти на правителството относно експлицитните параметри и предположения на прогнозата.
114. Разработването на актюерен модел се оказва предизвикателство по редица причини, най-вече свързани с достъпа до информация. В много случаи необходимата основна информация беше разпиляна в много агенции, понякога многото източници на данни са непоследователни (напр., относно броя неосигурени), а в други случаи просто данните не са налични – или до тях не може да се получи достъп независимо от различните молби. Самата НЗОК трябва да разчита на външни източници, за да определи осигурителното покритие и разполага с малка информация за основанията за включване в системата на осигуряването от нея и за онези неосигурени, които по закон са задължени да се включат.
115. Актюерният модел ще анализира тенденциите на основните променливи, които определят нарастването на разходите и приходите от осигурителната схема, както и приноса ѝ за фискалния баланс на правителството. Разходите и приходите на НЗОК се определят до голяма степен от размера и състава на осигуреното население, пакета ползи, структурата на разходите по възраст и пол в резултат от предоставянето на съществуващия пакет, използваните механизми за плащане на доставчиците, работната заетост и тенденциите в работната сила, както и фискалната и

социалната политика на правителството. Това усилие по този начин предполага да се вземат предвид прогнозите за макроикономическите показатели (приходите, работната заетост, цените, БВП и т.н.), прогнозите за пазара на труда, демографските развития и пр.

116. Моделът ще е на основата на подробна информация, необходима за установяване на приходите и разходите. Следните данни са необходими за установяване на приходите на НЗОК:
- ✓ Брой осигурени лица
  - ✓ Служители на трудов договор
  - ✓ Самоосигурени лица
  - ✓ Преводи на средства от правителството от името на осигурени по закон групи
    - Децата и студентите
    - Безработните
    - Пенсионерите
    - Лишените от свобода
    - Други групи, за които правителството плаща вноските
  - ✓ Макроикономически показатели
  - ✓ Прогнози на броя осигурени лица в различните групи и здравните им вноски 2014 – 2020 г.
117. Прогнозите на разходите/предлагането изискват също съществени количества данни за:
- ✓ Страната на предлагането в системата: брой и видове доставчици на здравни грижи
  - ✓ Плащания на доставчиците
  - ✓ Структурата на разходите от Националните здравни сметки и профил на разходите по възраст и пол
  - ✓ Прогнозиране на разходите
    - Застаряване на населението
    - Болнична помощ
    - Услуги в първичната здравна помощ (извънболнична помощ от ОПЛ)
    - Лекарства за домашно лечение
    - Дентална помощ
    - Специализирана помощ
    - Медицински лабораторни изследвания
    - Медицински импланти
    - Лекарства за онкологични заболявания
    - Други разходи
    - Разходите за администрацията
118. На практика моделът ще работи както следва: (1) броят лица в различните групи, които подлежат на покритие, ще бъдат анализирани и след това ще бъдат направени прогнози до 2020 г.; (2) страната на предлагането в системата ще бъде анализирана от гледна точка на изразходването на средства от всички платци (централното правителство, общините, НЗОК и частни платци); и (3) ще бъдат направени прогнози за изразходването на средства за различните видове здравеопазване с отчитане на броя осигурени лица, демографското развитие, тенденциите в разходите и макроикономическите прогнози на Международния валутен фонд (октомври 2014 г.). Моделът ще бъде калибриран с ретропрогнози, за да се намерят основните фактори, които влияят на тенденцията, за да не изпуснат критично важните ефекти на обема и цената.
119. Предварителните анализи на информацията за основните тенденции, включени в модела, дадоха някои интересни резултати:

✓ Общата сума на трансфера, направен от държавата за лицата, от чието име тя прави вноски, е даден в бюджета на НЗОК. Няма обаче публично налична информация относно предположенията, на които се основава тази сума, т.е. за прогнозирания брой лица във всяка категория. Няма информация и относно направените от държавата вноски за своите служители. Някои заинтересовани лица изразиха съмнения, че преведените суми в НЗОК отговарят на посочените в закона плащания. Не сме намерили доказателства, че това е така.

✓ НЗОК не може да установи независимо кого осигурява.

✓ Повечето от лицата на трудови договори изглеждат осигурени до голяма степен.

✓ Най-голямото несъответствие между броя лица, които следва да бъдат осигурени и изглеждат ефективно осигурени, е между лицата, които следва да се самоосигуряват. Лицата, които всъщност се самоосигуряват, са вероятно доста заможни, а онези, които останат неосигурени, е по-вероятно да са бедни или почти бедни.

✓ Разходите за амбулаторна помощ не растат много, както би могло да се очаква по споменатите по-горе причини.

✓ Разходите за „лекарства за домашно лечение“ и „болнична помощ“ растат бързо и не изглеждат добре контролирани. Това потвърждава някои от очакваните резултати от анализа на възможното въздействие на съществуващите методи за доставка и плащане.

120. Изключително важно е да се подчертае, че в крайна сметка правителството е в състояние да контролира всякакви прогнозиран дефицит чрез налагане на строги тавани и/или чрез намаляване или въвеждане на квоти за ползите – имплицитно или експлицитно. С други думи, прогнозираните дефицити може никога да не се случат. Моделът просто ще открие вътрешните движещи сили за разходите, които действат и остават недостатъчно управлявани. Вероятно е възможно да се изпълняват стриктно фискалните правила и да се наложи таван на държавните разходи, но това най-вероятно ще доведе до по-нататъшно преминаване към частно изразходване на собствени средства. По-ранен раздел на тази глава посочва въздействието на тази позиция върху бедността.

121. В обобщение актюерните проучвания са основен инструмент както за разбирането, така и за управляването на основните фискални тенденции на НЗОК и тенденциите, свързани с услугите, и те представляват необходимо съпътстващо средство за вземане на ефективни решения и за управление на публични финанси. Разработването, изпробването и институционализирането на актюерния модел като принос при вземането на решения в сферата на здравеопазването е важен съпътстващ фактор за бъдещото управление на политиката на НЗОК и на общата здравна политика, както и на изборите на политика.

## Глава 4 Ограничения при подобряването на финансирането на здравеопазването

1. В настоящата глава се разглеждат други допълващи структурни елементи, които влияят върху работата на НЗОК и общото финансиране на системата на здравеопазването в България, които следва да се вземат предвид, тъй като се предвиждат реформи в сектора. Първият раздел поставя финансирането на здравеопазването в настоящия и бъдещия макрофискален контекст на България, за да се оцени степента, до която то поставя ограничения и може да движи програмата на реформата. Основното заключение е, че повишената ефикасност вероятно ще се окаже главният наличен лост в политиката, за да се създаде необходимото фискално пространство, в което да се вместят различните видове растящ натиск за повече разходи в общественото здравеопазване. Получаването на повече стойност срещу инвестициите изисква все по-сложно и задълбочено управление на рисковете, на икономическата целесъобразност и качеството, което внася всеки участник в системата. Това изисква проследяване на събирането на информация и анализи на всички равнища в системата. Вторият раздел оценява сегашното състояние на готовност на информационната система на здравното осигуряване да се справи с тези проблеми. Последният раздел завършва анализа с обобщена оценка на способността на НЗОК в настоящия момент да се справи със задачите предвид политическата, институционалната, оперативната и икономическата реалност, в която действа.

### 4.1 Фискално пространство и фискални политики в здравеопазването

2. Реформите в здравеопазването в България следва да се предприемат в контекста на настоящата и вероятно бъдещата макроикономическа и по-специално фискална ситуация в България. България, подобно на други напреднали и новопоявяващи се пазарни страни, ще продължи да бъде подложена на силен натиск да увеличи изразходването на средства за здравеопазване. Макар част от този натиск да се дължи може би на вътрешно присъщи неефикасности в сегашната система, много от тях са външни по отношение на системата на здравеопазването и включват, както беше обсъдено в Първа глава: застаряването на населението, нарастването на доходите, техническият прогрес, ефекта Baumol, както и здравни политики и институции. Степента, до която България се справя с тези различни видове натиск, зависи както от общите фискални фактори в страната, така и от решенията на правителството в сферата на определянето на приоритетите в здравеопазването.
3. В едно неотдавна проведено проучване на МВФ се изтъква настойчивостта на този натиск в дългосрочен план както в напредналите, така и в новопоявяващите се пазарни страни. **Фиг. 57** по-долу показва възникването и продължаващия натиск след всяко по-голямо неблагоприятно икономическо развитие и вероятното продължаване на тези тенденции и в бъдеще. За да изпълнят фискалните си цели и да усвоят прогнозираното нарастване на публичните разходи през периода от 2014 до 2020 г., страните ще трябва да увеличат средно първичния си баланс (приходите на правителството минус разходите без плащанията на лихви) с 2,25 процентни пункта от БВП. Както се обсъжда по-долу, МВФ счита, че за България публичните разходи за здравеопазване ще трябва да се увеличат с 3,2 процентни пункта от БВП до 2050 г., за да се отговори на тенденциите в демографските показатели и извънредно бързото нарастване на

разходите<sup>101</sup>. Във фискални среди с ограничения това поставя силен натиск върху правителствата за повишаване на приходите, контролиране на разходите и определяне на приоритетите сред различните сектори.

**Фиг. 57: Публични разходи като процента от БВП във времето**

Източник: ОИСР, база данни здравна статистика 2014 г. Изчисления на автора  
Забележка: Оградените с кръг места представляват периоди на забавяне на увеличаването на разходите за здравеопазване в развитите икономики.



Източник: Benedict Clements et al (2014), цит.съч.

- Този раздел анализира финансирането на здравеопазването в България в контекста на настоящата и вероятно бъдещата и макроикономическа и фискална ситуация. Първо, обсъжда се понятието „фискално пространство“. Второ, вариантите в България да се увеличи фискалното пространство за здравеопазване се оценяват в контекста на нейните средносрочни и по-дългосрочни икономически перспективи. И накрая се обсъжда накратко въпросът за състава на публичните приходи за здравеопазването.

#### 4.1.1 Фискално пространство: понятия

- Аналитичната рамка за анализиране на макрофискалната ситуация е вплътена в понятието „фискално пространство“. Фискалното пространство се дефинира като „наличност на бюджетно пространство, което позволява на едно правителството да предоставя ресурси за постигането на желана цел, без да се засяга устойчивостта на финансовото положение на правителството“<sup>102</sup>. Фискалната устойчивост е експлицитен аспект на фискалното пространство и се отнася за способността на дадено правителство, поне в бъдеще, да финансира програмите за желаните разходи, да обслужва дългове и задължения (включително онези, които могат да възникнат, ако създаденото фискално пространство възникне в резултат от сключване на заеми от

<sup>101</sup> Benedict Clements, Sanjeev Gupta, and Baoping Shang, 'Bill of Health', Finance and Development, IMF, December 2014, p. 25 and IMF, *Bulgaria Selected Issues Paper*, IMF, January 2014, p. 20.

<sup>102</sup> Heller 2006. "The Prospects of creating 'Fiscal Space' for the health sector," Health Policy and Planning, Vol. 21, No.2 (January), pp. 75-79, Tandon, A., and C. Cashin. 2010. "Assessing Public Expenditure on Health from a Fiscal Space Perspective." World Bank, Washington, DC.

правителството) и да осигурява платежоспособността си (т.е. способността на страната да се справи със сегашната стойност на външните си задължения).

- б. Фискалното пространство е общо понятие, което се отнася за цялата икономика, а не само за сектора на здравеопазването. Отговорните за здравната политика често съсредоточават вниманието си върху прилагане на понятието конкретно за здравеопазването. **Фиг. 58** по-долу показва класическия диамант на фискалното пространство и петте основни източници на фискално пространство.

**Фиг. 58: Източници на фискално пространство**

**Източници на фискално пространство – намиране на възможности в бюджета за повишаване на изразходваните средства, без да се застрашава икономическата стабилност**



Източник: Heller 2006 and Tandon and Cashin 2010

7. Съществуват пет потенциални източници на фискално пространство. Първият е увеличение на приходите на правителството. Икономически условия, които допринасят за това, като напр. икономически растеж, могат да доведат до по-високи равнища на абсолютните приходи и може би до по-големи дялове на приходите (приходи/данъци, съотнесени към БВП). Страните могат да създадат фискално пространство в краткосрочен до средносрочен план чрез сключване на заеми, но взетите назаем средства трябва да се връщат. По-бедните страни могат да разчитат на чуждестранна помощ, но помощта често е непредвидима, свързана с конкретни програми и неустойчива в дългосрочен план. Фискалното пространство за конкретен сектор може да бъде създадено и чрез пренареждане на приоритетите, като напр. прехвърляне на разходите от отбраната към здравеопазването. Повишената ефикасност в програмите на правителството създава допълнително фискално пространство. Всъщност според неотдавна проведените проучвания на МВФ в напредналите икономики подобрената ефикасност вероятно ще бъде основният наличен лост в политиката за създаването на необходимото фискално пространство, което да поеме растящия натиск върху публичните разходи за здравеопазване<sup>103</sup>. Правителството

<sup>103</sup> Вж. Francesco Grigoli and Javier Kapsoli, *Waste Not, Want Not: The Efficiency of Health Expenditure in Emerging and Developing Economies*, IMF, 2013, and David Coady, Maura Francese, and Baoping Shang, 'The Efficiency Imperative', *Finance and Development*, IMF, December 2014, pp. 30-32.

може да създаде фискално пространство и като печата пари, но в дългосрочен план това не е устойчиво решение, тъй като обезценява валутата.

#### 4.1.2 Перспективи за увеличение на фискалното пространство в България

8. Като една от най-бедните страни в ЕС и като страна без значителни природни ресурси България беше сериозно засегната от световната икономическа криза и продължава да се намира в трудна макроикономическа среда. Макар България да е добре оценена за макроикономическото ѝ управление от гледна точка на контролирането на разходите и дълга си, ограничените перспективи за икономически растеж, съчетани с вече високите ѝ равнища на приходи и разходи, ограничават бъдещото фискално пространство в средносрочен план.
9. България ще се изправи пред предизвикателството да финансира прогнозираното по-горе увеличение на финансирането на НЗОК и публичните разходи за здравеопазване предвид ограниченото си бъдещо фискално пространство. Основни демографски тенденции и свръхнарастване в здравеопазването, което кара разходите да растат, съчетано с тенденции на застой на приходите на пазара на труда, биха могли да доведат до все по-големи дефицити в НЗОК и в дела на общественото здравеопазване в бюджета.
10. МВФ прогнозира, че към 2030 г. натискът върху публичното изразходване на средства за здравеопазване ще доведе до увеличение с 1,3 процентни пункта от БВП и с 3,2 процентни пункта от БВП до 2050 г. (сума, равна на 45 процента от настоящия БВП на България).<sup>104</sup> По този начин, дори ако се намерят някакви допълнителни приходи, повишаването на приходите няма да реши проблемите на ескалацията на себестойността, които се дължат на неефикасности в НЗОК и на демографски промени. Освен това желае ли правителството да използва много ограничените си допълнителни приходи за здравни, а не за други приоритети? Аналогично, желае ли правителството да даде още по-голям приоритет на здравеопазването в бюджета, като намали разходите в други сектори? Може ли правителството да намери възможност за повишаване на ефикасността в други сектори и ще бъде ли готово да използва тези средства за здравеопазване?
11. По-долу е показано защо България е до известна степен ограничена в използването на някои теоретично налични инструменти за увеличаване на фискалното пространство. Като държава-членка на ЕС България не е кандидат за помощ за развитие. Тя получава финансиране от ЕС, но здравеопазването не е сред главните приоритети при тези средства. Предвид трудната ѝ макроикономическа среда и предпазливото фискално управление, обсъдено по-долу, нито печатането на пари, нито сключването на заеми, са правдоподобни варианти за фискалното пространство. Следователно създаването на фискално пространство за здравеопазване или впрочем за каквито и да е други програми на правителството, ще зависи до голяма степен от способността на страната да намери допълнителни приходи, да повиши ефикасността в здравеопазването и в други сектори, и/или да постави като приоритет здравеопазването в бюджета.
12. Растежът се предвижда да е слаб. Таблица 9 показва последния прогнозиран растеж на България от ЕС и Министерството на финансите (и двете прогнози са по-ниски от по-ранни прогнози на МВФ). При липсата на промени в приходите това би довело до бавно нарастване на приходите на

---

<sup>104</sup> IMF, *Bulgaria Selected Issues Paper*, IMF, January 2014, p. 20; B. Clements et al. *Macro-Fiscal Implications of Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies*, IMF, 2010, p. 57.



правителството за всички цели. Предвид целта на правителството да намали дефицита до 2 процента от БВП през 2017 г., допълнителното фискално пространство от благоприятни макроикономически условия и увеличени приходи ще бъде твърде ограничено. Строгото придържане към идеята да се задържи държавният дълг на разумни равнища също вероятно ще изключи допълнително сключване на заеми. По този начин създаването на фискално пространство за здравеопазване или за която и да е друга правителствена програма ще зависи до голяма степен от способността на страната да постигне по-висока ефикасност в здравеопазването и в други сектори и/или поставянето на здравеопазването отново в бюджета.

Таблица 9: Макроикономически прогнози

	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Реален растеж (МФ)	1,5	0,8	1,5	2,3
Реален растеж (ЕС)	1,2	0,6	1,0	
Касов дефицит (МФ)	4,0	3,0	2,5	2,0
Начислен дефицит (ЕС)	3,6	3,7	3,8	

EU Nov 2014<sup>105</sup>, Ministry of Finance

13. Повишаването на ефикасността в сектора на здравеопазването би могло да доведе до значително по-добри резултати и би могло да компенсира необходимостта от съществено увеличение на разходите.<sup>106</sup> Мерките за намаляване на разходите и за подобряване на ефикасността се въртят около прилагането на реформи в сферата на предоставянето на услуги и включват изпълнението на технически изпълняван план за рационализиране на болниците, укрепване на алтернативите на болничната помощ и решаване на проблемите с ограничените човешки ресурси чрез корекции на финансовите и други фактори, необходими за запазването на квалифицираните здравни работници в България (МВФ 2014, Световната банка 2013).<sup>107</sup>
14. Последният вариант е да се увеличи делът публични разходи, предназначени за здравеопазване. Поставянето на публичните разходи като приоритет е сравнително просто от концептуална гледна точка, но е изключително трудно от гледна точка на практическото измерване и политическите перспективи. От гледна точка на реалния свят едно неотдавна проведено проучване на Tandon et al. сочи, че фактори като демократизация, по-ниски равнища на корупция, етническа и езикова хомогенност, както и повече жени на държавна работа, се корелират с по-висок дял на публични разходи в здравеопазването, но резултатите не са дефинитивни.<sup>108</sup>

<sup>105</sup> [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/eu/forecasts/2014\\_autumn/bg\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/eu/forecasts/2014_autumn/bg_en.pdf)

<sup>106</sup> Grigori и Kapsoli (2013) са извършили стохастичен анализ на границите в редица страни, контролиране на завършеното образование, поведение и начин на живот (като напр. консумация на алкохол, среда), екологични фактори (достъп до санитарни съоръжения и до чиста вода) и показатели, свързани със заразни болести. Резултатите показват, че при сегашните равнища на разходите България би могла да увеличи средната продължителност на живота с 4 години, като просто се заеме с неефикасностите.

<sup>107</sup> Lakwijk, F., Garcia, B., and A. Weber (2014). Bulgaria: Selected Issues Paper. IMF Country Report 14/24. Washington, D.C.: IMF. < <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2014/cr1424.pdf>>

<sup>108</sup> Ajay Tandon, , Lisa Fleisher, Rong Li, and Wei Aun Yap, *Reprioritizing Government Spending on Health: Pushing an Elephant Up the Stairs?*, World bank, 2014.

15. **Фиг.** обобщава добре познатите критерии за държавно финансиране за определянето на приоритетите при разходите на правителството вътре във и между секторите. Накратко, маргиналните нетни социални ползи (напр. маргиналните социални ползи минус маргиналните социални разходи) вътре във вектор и между всички сектори следва да е равно и еднакво на маргиналните нетни ползи от разходите за частни програми. На практика предвид множеството непарични ползи в здравеопазването и в други социални служби, както и трудностите при измерването на външни фактори и загуби на товароподемност от данъчно облагане, решенията за приоритизиране не са просто аналитични упражнения. Въпреки това факторите, определящи здравната политика, трябва да отразяват тези критерии в своите обосновки пред министерствата на финансите с популистски лозунги от типа „здравето е право“, което не е достатъчен аргумент в среда с ограничен бюджет и с множество и растящи социални потребности.

**Фиг. 59: Концептуално приоритизиране на правилата за изразходване на публични средства**

$$MSB = MPB + MXB$$

$$MSC = MPC + MXC + MDWL$$

Критерии за ефикасност:

$$MSB \geq MSC \text{ (вътре във и между всички държавни програми)}$$

$$MPB \geq MPC \text{ (за частни дейности, основаващи се на пазара)}$$

MSB = маргинални социални ползи

MPB = маргинални публични ползи

MXB = маргинални положителни външни ползи за обществото

MSC = маргинални социални разходи

MPC = маргинални частни разходи

вкл. платени данъци

MXC = маргинални отрицателни външни ползи за обществото

MDWL = маргинални загуба на баласт от данъчното облагане

### Някои правила за концептуално приоритизиране: здравето не е единственият приоритет на правителството

- Маргиналната нетна социална полза от последния похарчен долар (т.е. маргиналните социални ползи минус маргиналните социални разходи) следва да бъде еднаква вътре във и между всички правителствени програми и равна на маргиналната нетна социална полза от изразходването на средства в частни програми

- Тъй като следва да фокусираме вниманието си върху социалните ползи и разходи, отговорните лица следва да разгледат сбора от частните ползи и разходи, които се начисляват на отделните лица плюс всякакви допълнителни ползи и разходи, които се начисляват на обществото като цяло, плюс разходите, свързани с генерирането на приходи

$$MSB = MPB + MXB$$

$$MSC = MPC + MXC + MDWL$$

Efficiency Criteria:

$$MSB \geq MSC \text{ (Within and Across all Public Programs)}$$

$$MPB \geq MPC \text{ (For Private Market Based Activities)}$$

where:

MSB = marginal social benefits

MPB = marginal private benefits

MXB = marginal societal positive externalities benefits

MSC = marginal social costs

MPC = marginal private costs

including taxes paid

MXC = marginal social negative externality costs

MDWL = marginal dead weight loss

from taxation

Source: R. Gillingham, "Fiscal Policy for Health Policy Makers", World Bank, 2014

16. В реалността свързаните с политиката решения рядко се оценяват експлицитно или се обсъждат от гледна точка на компромисите с публичните разходи, които се генерират. Например направеното неотдавна обръщане на пенсионната реформа от 2011/2012 г. може да се очаква да ограничи още повече фискалното пространство за здравеопазването. От юли 2014 г. започна да се прилага автоматично индексирание на пенсиите с помощта на „златното швейцарско правило“, което обвързва увеличението на пенсиите със средното нарастване на осигурителния доход и

инфлацията според Индекса на потребителските цени. По-рано увеличението на пенсиите се свързваше единствено с инфлацията според Индекса на потребителските цени. Освен това България спря и постепенното увеличение в политиката, свързана с възрастта за пенсиониране, която щеше да повиши възрастта за пенсиониране на 65 години за мъжете до 2017 г. и 63 години за жените до 2020 г.<sup>109</sup>. Тези промени ще имат значимо влияние върху дефицита при пенсиите и биха могли да изместят други разходи. Според прогнозите на МВФ пенсионният дефицит ще се увеличи до 6 процента от БВП до 2040 г. вместо изчисляваните по-рано 4 процента от БВП.

17. В обобщение, финансирането на реформите в здравеопазването в България се предприема във фискално трудна среда, в рамките на която едва ли ще има значителни количества допълнително фискално пространство за здравеопазване в краткосрочен, средносрочен и дългосрочен план. България ще трябва да разчита силно на повишаването на ефикасността и евентуално да постави като свой приоритет получаването на допълнително фискално пространство за здравеопазване. Тъй като усилието за набиране на приходи е вече високо и е необходимо да покрие текущите публични разходи и равнищата на дълга, не се очакват значими увеличения на приходите, освен чрез подобряване на администрирането на приходите. Въпреки това в следващия раздел се изтъква сегашната структура на приходите в България, тъй като съставът на приходите има важно допълнително значение за равнопоставеността, ефикасността и устойчивостта за икономиката.

#### 4.1.3 Кратко обсъждане на състава на публичните приходи

18. Друг важен аспект на данъчната политика, който е от значение – или следва да бъде отчетен при финансирането на реформите в здравеопазването, – е начинът, по който се генерират приходи от правителството. Различните данъчни и неданъчни инструменти имат различни ефекти по отношение на ефикасността, равнопоставеността и устойчивостта<sup>110</sup>. Те ще зависят от това дали данъчната основа е широка или тясна, от структурата на ставките, подовете и таваните, освобождаванията, изключванията и намаленията, както и от стоките, икономическите субекти и факторите на подлежащото на данъчно облагане производство. Правителствата се стремят да намерят състав, който да сведе до минимум изкривяванията в икономическото поведение на потребители и производители, като същевременно разпределят равнопоставено данъчната тежест. Публичните приходи за здравеопазване често се набират чрез конкретни целенасочени данъци и следователно е необходимо да се проведе обсъждане на тяхното въздействие и устойчивост.
19. Една неотдавна направена оценка от МВФ на фискалната политика на правителството я определя като „благоприятна за растежа в приходната си част”<sup>111</sup>: ставките на преките данъци са ниски и повечето приходи се събират чрез косвените данъци. И наистина, България е една от двете страни в Европейския съюз, която силно разчита на косвените данъци<sup>112</sup>, които представляват над 55 процента от приходите на правителството през 2012 г.<sup>113</sup> ДДС<sup>114</sup> дава 61 процента от приходите от

---

<sup>109</sup> IMF (2014), *Bulgaria Selected Issues Paper*, January.

<sup>110</sup> За актуална оценка на честотата и ефикасността на различни данъци, вж. Robert Gillingham, *Fiscal Policy for Health Policy Makers*, World Bank, 2014.

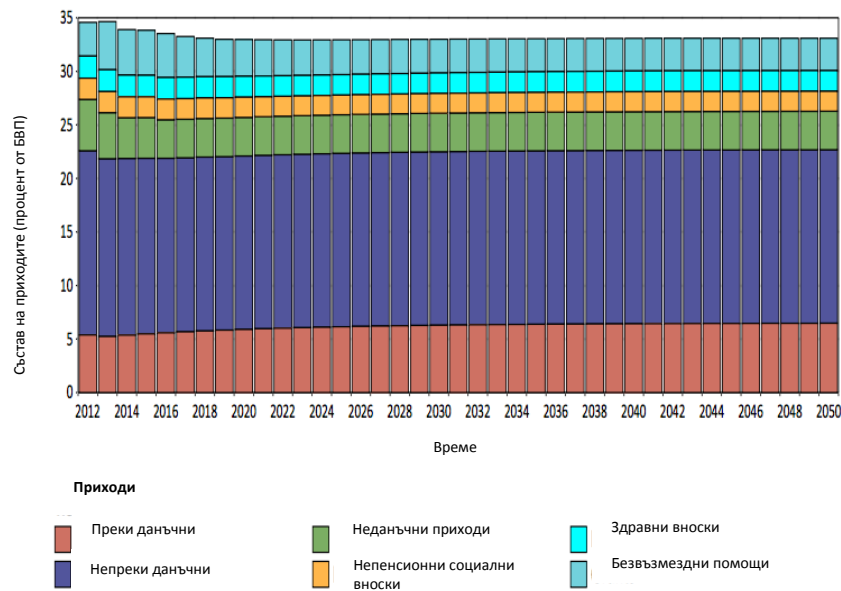
<sup>111</sup> Изключение представлява неотдавна проведено проучване от МВФ върху фискалните множители в България. Вж. Dirk Weir and Anke Weber, *Fiscal Multipliers in Bulgaria: Low But Still Relevant*, IMF, 2013.

<sup>112</sup> Eurostat, (2014) *Taxation trends in the European Union Data for the EU Member States, Iceland and Norway*

<sup>113</sup> Другата страна е Хърватия, където косвените данъци също представляват над 50 процента от приходите на правителството.

косвени данъци, докато акцизите са представлявали 33,3 процента. Социалните вноски представляват 25,8 процента от общото данъчно облагане през 2012 г., също сред най-ниските в ЕС<sup>115</sup>. Приходите от трудово данъчно облагане остават ниски – 9,2 процента от БВП. Това е най-ниският дял в ЕС и е с почти 11 процентни пункта под средните стойности за ЕС. Неотдавна изготвеният доклад за застаряването от Световната банка, който прогнозира равнища и състав на приходите до 2050 г., подсказва, че съставът и равнищата вероятно ще са сходни със сегашната ситуация (Фиг. 60).

Фиг. 60: Състав на приходите (процент от БВП) в България, 2012-2050 г.



Източник: Onder et al. (2014)

20. Същевременно е важно да се отбележи, че не е правено проучване върху равнопоставеността в данъчната система на България. Разчитането на непрякото данъчно облагане, съществуването на минимума и тавани за някои социални вноски сочи обаче, че данъчното облагане би могло да бъде относително по-тежко при по-ниските равнища на доходи.
21. В общ план все пак изглежда, че както фискалните, така и специфичните за сектора на здравеопазването реформи във финансирането разполагат с пълния набор данъчни инструменти, използвани от страните за набиране на приходи за своите системи. А и това не променя факта, че явно няма твърде много потенциал за увеличаването на общите приходи, както бе обсъдено по-горе.

<sup>114</sup> Стандартната ставка на ДДС е 20 процента, с намалена ставка 9 процента, приложима само за настаняването в хотели.

<sup>115</sup> Средствата за социално осигуряване включват вноски за пенсии (17,8 процента), общи заболявания и майчинство (3,5 процента), здравни вноски (8 процента) и безработица (1 процент). Вноските се поделят между работодателя и служителя. За пенсионните вноски работодателят плаща 9,9 процента, а служителят – 7,9 процента. Другите социални вноски се поделят между работодателя и служителя при съотношение 60:40. Определеният таван за месечен доход е 2400 лв. (1227 евро).

## 4.2 Готовност на информационната система на здравното осигуряване (ИСЗО) и нейната среда

22. Вторият разглеждан тук системен проблем се отнася за средата на информационната система, в която ще трябва да се извършва финансирането на здравните реформи в България. Във Втора глава бяха въведени четирите компонента, необходими за една Информационна система на здравното осигуряване (ИСЗО), която да може да обслужва както сегашните задължения на НЗОК, така и да отчита бъдещи форми на развитие, ако/когато/като българската финансова система бъде модифицирана, за да отчете нови методи за заплащане на доставчиците, нови инициативи за заплащане според резултатите от извършената работа – pay-for-performance (“P4P”), нови методи за управление на качеството и по-всеобхватно управление на фондовете.

### 4.2.1 Определяне на стандарти и Речник на здравните данни

23. В предишната глава беше посочено, че поради относително малкия брой доминиращи продавачи на българския ИСЗО пазар през последните години се появява набор от *ad hoc* стандарти за обмен на информация. Те очевидно са били достатъчни, за да положат основата за сегашното равнище на развитие на ИСЗО. В общи линии както НЗОК, така и доставчиците са доста удовлетворени от равнището и качеството на процесите на автоматизацията на обмена на здравна информация до този момент. Този *ad hoc* подход обаче един ден в близкото бъдеще ще стигне до ограниченията си и ще бъде необходимо по-съсредоточено усилие от горе надолу, за да се уточни по-пълен „общ език“, който да поддържа по-напредналата обработка. Осъществяването на връзка между доставчиците и платците е деликатно изкуство, тъй като целта е да се предостави широк достъп до информация, необходима и на двете страни, като същевременно се поддържат бизнес отношенията „на една ръка разстояние“, което е нужно за улесняване на истинска конкурентна среда купувач-продавач. По-нататък се обсъждат конкретни проблеми, ограничаващи работата на ИСЗО в тази сфера.
24. Настоящият Речник на здравните данни на България следва да съдържа спецификации за необходимите кодиращи системи (включително за диагнозите, свързаните с услугите процедури, лекарствата). Той следва да изброява главните ресурси на сектора на здравеопазването (включително таблица на лекарите (доставчиците), на свързаните здравни работници, таблица на здравните заведения, таблица на медицинското оборудване, таблица на медицински доставки и пр.) Тези таблици следва да се поддържат от една агенция и да се предоставят на всички заинтересовани лица. Промените в таблиците следва веднага и лесно да могат да се виждат от всички заинтересовани лица.
25. Освен стандартите за кодиране и регистрационните таблици, както беше очертано в предишния параграф, трябва да се посочат и други стандарти, свързани с инфраструктура<sup>116</sup>. Също така следва да бъдат ясно посочени стандартите, свързани със защитата на личните данни и поверителността, както и съответните стандарти на ЕС, включени в Речника. Тук се включват две основни категории

---

<sup>116</sup> Един добър пример: спецификацията на един стандартизиран „код радпределение“ (Disposition Code) за всеки пациент при напускане на здравно заведение. Къде отиват? (у дома, на работа, в учебно заведение, в моргата...) Изпратени ли са били в по-висшестояща или по-нисшестояща институция? Получили ли са специализирана помощ за по-нататъшно лечение на хроничното им заболяване? Този пример илюстрира възможността, която има правителството за улесняване на по-добра приемственост на грижите, особено при хронично болните пациенти. Известна информация за това е кодирана в КП, но не се използва еднакво във всички здравни заведения или за аналитични цели или за мониторинг.

стандарты – свързаните със защитата на правата на лична свобода на отделните пациенти и стандарти, целещи да запазят здравните данни от заплахи срещу събраните данни като цяло. Тези по-късни заплахи биха могли да произлизат от нарушения на киберсигурността, от слаби действащи лица вътре във или извън сектора на здравеопазването, или от заплахи, причинени от природни бедствия.

#### *Усложненията, причинени от използването на метода за кодиране чрез КП*

26. Уникалното използване на метода за кодиране чрез КП в България за болничните случаи води до някои специфични предизвикателства и следователно изисква по-внимателно разглеждане. Първото е че методът изключва или поне силно намалява възможността да се автоматизира процеса на вземане на решения по искове. За да се решават искове<sup>117</sup> „с компютър”, трябва да се създадат правила, които дори компютрите да могат да разбират и да прилагат последователно. Това свежда до минимум „намесата на човека” при исковете, което увеличава значително разходите за обработката на всеки иск и увеличава риска от непоследователност и/или манипулация. Разумно би било да се очаква от компютъра да може – с малко човешка намеса или без – да взема решение по почти всички искове (80% от всички искове, които представляват по-малко сложните случаи) и по този начин да освобождават квалифициран персонал в НЗОК, които да вземат решение по останалите искове (може би 20%), за които не е необходимо задълбочено човешко знание и щателна проверка. Използвайки правилото „80-20”, човек използва компютъра да прави това, което той прави най-добре – да се хвърли в реката от прости искове и да уреди заплащането им – и да насочи човешката преценка към онези искове, които са нюансирани, сложни, много скъпи или с подозрение за нередовност.
27. Логиката на клиничните пътеки (която отчита редица клинични параметри, както и други променливи) е твърде сложна и може да е твърде произволна, за да се кодира. Следователно ще бъде извънредно трудно да се разработи „Търсачка на правила”, която да може да взема решения за кодирани по КП искове.<sup>118</sup> Може би това е една от причините, поради която на НЗОК остава ограничената задача, както ни беше казано, да изплаща всеки подаден иск с малко или никакво критично проучване и без механизъм всъщност за „отхвърляне” на иск и връщането му на доставчика. В резултат от това НЗОК не е в състояние да разглежда систематично искове, освен да преценява дали те изпълняват някои основни изисквания и следователно вероятно да не са ефективни в спирането на неизбежната „игра” на доставчиците, които могат да бъдат изкушени да внасят искания със съмнителна точност.

#### *Последователност, наличност, пълнота, изпълнение*

28. Необходимо е да се отговори на редица допълнителни въпроси относно стандартите.

✓ Последователни ли са те? Стандартите изискват активно управление и непрекъснат надзор, както и метод да ги поддържа актуализирани. Списъците със стандарти могат понякога да

---

<sup>117</sup> Този стандартен език на осигурителния сектор се отнася за процес, който включва разглеждането на искане за плащане и оценка дали и колко следва да заплати осигурителят на доставчика, който е подал искане за плащане услуга, предоставена на осигурено лице.

<sup>118</sup> Това вероятно е една причина, поради която на много места по света са изоставили тези видове методи на кодиране, основани на параметри, в полза на „групирването” на по-прости множества от предварително обявени параметри (напр. кодовете МКБ-10, кодовете СРТ-4 ...), за да се произведе кодът ДСГ за съотретния случай.

включват конфликти стандарти, които могат да създадат повече проблеми, отколкото липсата на стандарт. Това е една причина, поради която е необходима постоянна бдителност и изпълнение на стандартите от звено или агенция на правителството, което да съсредоточи вниманието си върху тази задача и да има отчетност за изпълнението ѝ. Вероятно не е разумно да се прехвърля това да бъде извършвано от продавач или продавачи, ако не се осигури подходящ надзор, тъй като това би могло да доведе до по-нататъшно фрагментиране и до появата на непоследователности в кодовете. Например, възможно ли е два кода на КП да са в конфликт един с друг? Да се дублират?

✓ Актуализирани и леснодостъпни ли са те? Стандартите остаряват и страдат от ентропия, както всички други артефакти. Днешните стандарти може да не са утрешните стандарти. В момента в България няма ефективен начин да се съобщават промени на заинтересованите лица. Заинтересованите лица се нуждаят от лесен достъп винаги до последните корекции и следва да имат сигурността, че стандартът, който следват, е най-последният вариант на насоките на МЗ.

✓ Прилагат ли се? Разбира се, стандартите нямат абсолютно никаква стойност, ако не са активно и последователно използвани; това прилагане следва да се насърчава, понякога и принудително. Властта за прилагането на тези стандарти следва да произтича от МЗ. (В някои страни съществува „лицензираща“ агенция в рамките на Министерството, което „одобрява“ дали даден проект отговаря на националните стандарти; без това определение едно търговско дружество няма право да продава продукта си). Изглежда, че такъв механизъм не съществува в България.

#### **4.2.2 Проблеми с информационните системи на доставчиците**

29. В общи линии, до голяма степен благодарение на ефективната и квалифицирана работа на няколко по-големи продавачи на здравни информационни системи на доставчиците, постигнатото в България равнище в сферата на автоматизирането в болниците и в други здравни заведения е доста високо. Разгледаните системи в редица държавни и частни болници са модерни и сравними с болници в сходни страни.
30. Като всички страни и България сега е на кръстопът и трябва да се справи със следните два въпроса, които макар и може би да не са пряко свързани със сферата на здравното осигуряване, са дори по-важни за по-нататъшното развитие на системите. Следните два проблема вероятно ще се окажат катализатор за по-нататъшното развитие на информационните системи на доставчиците в България.

##### **4.2.2.1 Появата на българско национално електронно медицинско досие (ЕМД)**

31. И днес медицинската информация (независимо дали е на хартиен носител или в електронен вид) се „пази“ от различните болници. Не е възможно да се получи (лесен) достъп до информация, съхранявана на други места. Информацията от постъпващите направления не винаги се получава в приемащото здравно заведение.
32. Така в общи линии болниците в България (и други здравни заведения) действат независимо една от друга от информационна гледна точка. Тъй като достъпът до информация е проблематичен, се дублират лабораторни изследвания (напр. поръчват се повторно, без да е необходимо) и списъците с приеманите от даден пациент в момента лекарства не са достъпни за приемственост в грижите, макар и двете да са толкова важни за оказване на последователни медицински грижи, особено за хронично болните пациенти. Не се обменят лесно и списъците с проблеми, свързани с жизнените показатели, което може да допринесе и за неразбирането на съпътстващите заболявания на пациентите.

33. Националното ЕМД ще изисква да се събира тази информация съгласно общи стандарти от всички здравни заведения (държавни и частни) и да се натрупват в лесно достъпна, но съобразена с поверителността на данните на пациента форма. Националните ЕМД ще поемат цялата здравна информация в страната, която е теоретично достъпна за всяко упълномощено заинтересовано лице навсякъде и по всяко време. Това е крайната цел на информационните системи на доставчиците.

#### 4.2.2 Проблемът с направленията нагоре и надолу в йерархията

34. Предаването на пациенти между по-ниски и по-високи равнища на медицинска помощ е проблематично. Механизмите за направленията може да работят в минимална степен за установяване на правото на здравно осигуряване, но те са недостатъчни за пълното предаване на отговорността за пациентите на новата болница. Формулярите за направления днес са твърде ограничени и не съдържат достатъчно информация за ефикасно преместване на пациента от едно здравно заведение в друго.
35. Аналогично, направлението надолу по веригата (връщането на пациент особено към първичната помощ) е дори по-проблематично. Епикризата често е недостатъчна за желаната гладка приемственост на грижите между различните равнища, след като пациентът „се върне“ на по-ниско равнище на медицинска помощ. Това може би обяснява защо пациентите не искат да се разделят с доставчиците на специализирана помощ много след като връщането към по-ниски равнища на медицинска помощ би било много по-уместно, много по-удобно и определено много по-изгодно. Без гладко протичане на информацията „надолу“ пациентите може да нямат доверие, че ще бъдат адекватно лекувани, като се „върнат“ – и с основание, тъй като лекарят в първичната помощ може да не е „допуснат“ до всички детайли на по-ранни епизодични грижи, предоставени в институцията на по-високо равнище.

#### 4.2.3 Информационна система на платеца [ИСЗО]

36. Информационната система на здравното осигуряване (ИСЗО) понастоящем в НЗОК е в криза. Тя е тежко осакатена от дълъг период на пренебрегване, причинен до голяма степен от липсата на договор за текуща поддръжка. Подобно на автомобилите, реактивните самолети и пр. информационните системи се нуждаят от текущи, висококачествени и професионални грижи. Без такива грижи настоящата система е уязвима по отношение на всякакви видове повреда, тъй като не съществува вариант за поправка<sup>119</sup>. Това е много сериозна ситуация, която заслужава незабавно внимание и незабавни действия. Ако системата се повреди, което е възможно до значителна степен, НЗОК може да остане без каквато и да е автоматизирана подкрепа за своите бизнес процеси. Това би било равностойно на връщане на часовника с едно десетилетие и преминаване на ръчна обработка. Това би било скъпо, би привнесло неточности, би намалило прозрачността (и по този начин евентуално би насърчило по-високи равнища потенциални злоупотреби) и би забавило драматично плащанията на доставчиците. Като се има предвид, че сегашната система е била без поддръжка в продължение на няколко години (от 2011 г.), тези рискове са съществени и се увеличават с течение на времето. Дори ако системата не се повреди веднага, тъй като поддръжка се отлага, понеже все повече и повече от процесите в НЗОК са се променили поради регулаторни промени, някои модули на сегашната системата остаряват и все повече модули ще продължават да остаряват и да бъдат изоставяни, защото вече не отразяват

---

<sup>119</sup> Беше изпратено писмо до Министерството на здравеопазването, в което се обръща детайлно внимание на проблема и възможните варианти за решаването му.



адекватно сегашните правни, финансови и административни реалности. Всички системи имат нужда от текуща поддръжка, за да могат да работят оптимално и да се поддържат в съответствие с настоящата нормативна уредба и практики.

37. Дори ако се преодолее незабавната криза и се преодолее ситуацията, има и други по-дългосрочни проблеми, с които се сблъсква ИСЗО:

✓ **Всеобхватност.** В състояние ли е съществуващата система да отговори на днешните бизнес потребности на НЗОК? Разбира се, окончателният отговор на този важен въпрос е: „зависи“. Всяко отклоняване с отдалечаването от КП обаче или всякаква друга голяма промяна в правилата за обработката може би трудно ще се вместят в съществуващата система, която вече се вижда, че е била проектирана за минала епоха, където НЗОК се е очаквало да бъде просто счетоводство, механизъм за прехвърляне на средства. Сегашната система може само да произвежда рутинни мониторингови доклади, които се въртят около плащания и функции на административен контрол. Сред няколкото примери следните функционалности на ИСЗО са много ограничен или несъществуващ:

- мониторинг на осигуреното население (освен познаването на осигурителния статус на дадено лице във всеки конкретен ден);
- категорията право на включване;
- използването на медицинска помощ при различни обстоятелства и във времето за конкретни пациенти (и съответно за групи пациенти)<sup>120</sup>.

Това са някои видове най-основна информация, която би била необходима на здравноосигурителна каса, за да анализира риска, да задава въпроси за качеството на грижите и да прогнозира разходите и приходите. На този етап не е ясно дали НЗОК, предвид ограниченията, с които работи, всъщност има нужда да изпълнява тези функции, но тя със сигурност би го направила, ако ролята ѝ би била да се развива подобно на сходни страни. Истината е, че някое звено в системата на здравеопазването трябва да е в състояние да изпълнява функции, предназначени за управление на обществени средства, а тази способност не съществува днес, нито се подкрепя от съществуващата ИСЗО.

✓ **Способност за изменение и способност за разширяване.** В тясна връзка с въпроса за всеобхватността се поставя въпросът дали може да се надгражда и разширява съществуващата система, като се добавят функциите, които ще бъдат необходими за една нова схема за финансиране на здравеопазването? Не изглежда сегашната система да е била проектирана с предвиждане на евентуални бъдещи значими промени (напр. в методите на заплащане на доставчиците).

✓ **Способност за интегриране.** ИСЗО трябва да може да обхване цяла вселена от данни, за да има достатъчно информация, за да определи дали даден иск е пълен, дали е законен, дали медицинските услуги са били необходими и уместни, и т.н. Това означава, че един ден ИСЗО ще трябва да бъде прикачена към националното електронно здравно досие (ЕЗД). Това означава

---

<sup>120</sup> В контекста на този доклад екипът поиска профил на разходите по възраст и пол за различните области, което – независимо от добрата воля и всички усилия на ИТ персонала – отне близо 6 месеца, за да бъде обработена. Но дори и след този период не можеше да бъде завършен и някои от числата трябваше да се изчисляват отделно. Този куриозен случай може би представя ограничената способност на системата да реагира на резонни управленски запитвания.

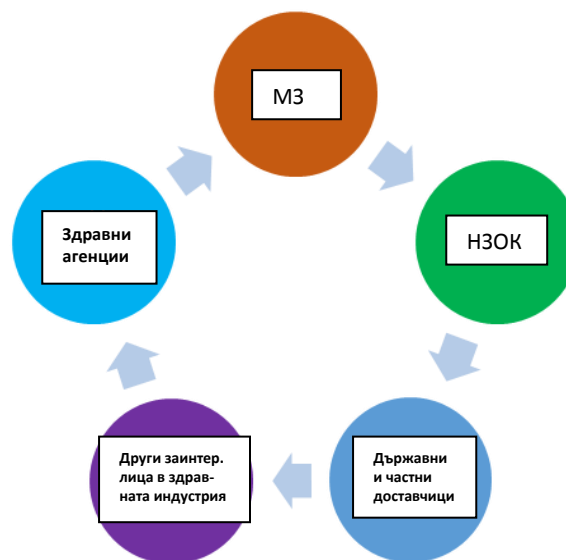
също, че данни от ИСЗО трябва да се подават към актюерни прогнози и други системи на финансово прогнозиране. Опитът ни досега показва, че беше трудно, в много случаи и невъзможно, да се извадят данни от системата за всички освен за най-простите търсения. (Не е случайно, че системите ИСЗО понякога се описват като „октопод“, чиито пипала достигат до много други информационни бази данни, за да се получи най-добра информация за решенията.)

38. По всички тези мерки съществуващата ИСЗО на НЗОК не се представя добре. Това до голяма степен е резултат не на нейни вътрешни качества на оригиналния проект, а по-скоро произтича от факта, че не е била непрекъснато поддържана и разширявана успоредно с промяната на бизнес процесите в здравното осигуряване. Изглежда, че вместо това НЗОК е предпочела да изостави някои модули на ИСЗО, които са остарели поради промени в нормативната уредба или в бизнес процесите, вместо непрекъснато да ги приспособява към променящата се ситуация. И сега в резултат на това настоящата ИСЗО изглежда безнадеждно остаряла. Независимо дали би могла отново да бъде възкресена като жизнеспособна система. Без съмнение ще се появят нови изисквания към системите, които ще станат още по-належащи, ако се предприемат значими реформи в плащанията или ако на НЗОК наистина се дадат правомощия да взема по-пълноправно решения по искове, а не само да извършва плащания по тях без проверка.

#### 4.2.3.1 *Свързаност и връзки между транзакциите*

39. Другият ключов елемент, който свързва всички тези елементи, свързаността, чрез която се улеснява изпращането/получаването на искове между НЗОК и доставчиците, и както между доставчиците (за препращане на данни за даден пациент, когато пациентът се премества от едно място на друго) и, разбира се, между всички тези страни и самото МЗ.

Фиг.61: Свързани заинтересовани лица в здравната индустрия



40. В България тази мрежа на свързаност изглежда доста добре установена, но не изглежда да е централно управлявана, следователно работата ѝ може да бъде непредвидима, тъй като няма сключено последователно споразумение за равнището на услугите. Наличието на такова последователно споразумение бързо придобива все по-голяма важност, тъй като продължаваме да бъдем все по-зависими от бързи широкоспектърни връзки.

#### 4.2.3.2 Предлагана настройка на съобщение, която свързва платците и доставчиците

41. За да се улесни заплащането на доставчиците на основата на подадените от тях искания, основната функционалност на мрежата трябва да позволява лесно пренасяне на транзакции между НЗОК и доставчиците. Предлага се настройка на съобщенията, състояща се от следните бизнес функции (по важност)<sup>121</sup>:
1. Внасяне на искове (съобщение от доставчика до платца)
  2. Връщане на искове като “отхвърлени” (съобщение от платца до доставчика)
  3. Повторно внасяне на по-рано отхвърлен иск (от доставчика до платца)
  4. Запитване за правото на включване (от доставчика до платца)
  5. Отговор на запитването за правото на включване (от платца до доставчика)
  6. Запитване за статуса на искове (от доставчика до платца)
  7. Отговор на запитването за статуса на искове (от платца до доставчика)
  8. Заплащане на доставчиците (от платца до доставчика)
  9. Възстановяване на средства или корекции (от доставчика до платца)
  10. Уведомление за плащане, в което се изброяват плащанията и за какво се отнасят (от платца до доставчика)
  11. Молба за допълнителна клинична информация (от платца до доставчика)
  12. Предоставяне на допълнителна клинична информация (от доставчика до платца)
42. Този списък се дава, за да се получи представа за силата на мрежата за свързаност, която е необходима, за да поддържа “бизнеса здравно осигуряване” като сделки между двама основни партньори – доставчикът на услуги и платецът.
43. Мрежата за здравна информация, която в момента съществува в България, може би не е достатъчно мощна, за да поеме дълбочината и ширината на тези транзакции. Изглежда, че ще бъде необходимо допълнително усилване с добавяне на по-високоскоростни връзки (където е необходимо), повече сигурност на предаването на данни и повече централен надзор (в Център за управление на мрежата?), за да се гарантира тези транзакции да бъдат извършвани своевременно, надеждно и сигурно.

#### 4.2.4 Обобщение и SWOT анализ

44. Тук се предлага кратко обобщение и отделяне на някои пунктове като начин да се фокусираме отново върху основната тема на настоящия доклад и основния въпрос в него: Готови ли са информационните системи в България да преведат страната в по-напредналите епохи, когато механизмите на финансирането на здравеопазването без съмнение ще стават все по-сложни (докато страната продължава да се стреми към все по-високо качество и все по-ниски разходи) и предвид други развития, свързани с информационните системи (като появата на национално електронно здравно досие)?

---

<sup>121</sup> Streveler, D., *Health Management Information Systems: Linking Purchasers and Providers*, in Langenbrunner, J. et al, *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals*, World Bank Press, 2009.

45. Стандартите за системата на здравна информация (Речник на здравните данни) ще изискват значително внимание. Макар да са се появявали стандарти като естествен страничен продукт от преобладаването на няколко продавачи на информационни системи, ще бъде необходим подход, ориентиран повече от горе надолу, за да продължи тяхното развитие. Това ще трябва да става под надзора на Министерството на здравеопазването, но с ангажиране на колкото е възможно повече различни заинтересовани лица в здравната индустрия, включително и от частния сектор.
46. Сложният въпрос дали да се запази съществуващата методика на кодиране по КП на болнични случаи за заплащане или да се премине към кодиране на принципа на ДСГ ще продължава да изисква задълбочено обсъждане. В голяма част от света е възприет методът на ДСГ. Ако се разгледа този въпрос директно от гледната точка на информационните системи, приемането на ДСГ би улеснило преминаването към по-автоматизирано вземане на решения по искове.
47. Информационните системи на доставчиците трябва да продължат да се развиват естествено като резултат от подобренията в технологията и докато светът продължава да разработва системи, които подобряват пряко процесите на предоставяне на медицинска помощ и процесите на финансирането на здравеопазването непряко, като страничен продукт на системите в реално време в здравните заведения. Без съмнение те в крайна сметка ще допринесат информация в националното ЕЗД, което ще принуди да се изградят нови комуникационни връзки, за да се натрупват данните от отделните здравни заведения, за да могат да бъдат обменяни по-лесно.
48. Информационната система на здравното осигуряване е в отчаяна ситуация в момента и би могла да се срине. Освен тази непосредствена криза, която вярваме, че ще бъде преодоляна и смекчена в близкото бъдеще, предизвикателството тогава ще бъде да се правят планове за следващото поколение ИСЗО.
49. Следващата ИСЗО ще трябва да бъде значително по-мощна от сегашната система в НЗОК. Тя ще трябва да има много по-солидни възможности за прогнозиране и финансово моделиране. Ще трябва да има по-добро управление на работните потоци, за да може „фабричната“ обработка на искове да доведе до точно и своевременно плащане като редовна практика и да е далече по-малко трудоемко, отколкото е днес. И накрая, следващата ИСЗО ще трябва да е в състояние да се справя с много по-голямо разнообразие от методи на заплащане на доставчиците, които могат да включват ДСГ, хибридна капитация, стимули и режими от вида pay-for-performance (P4P), както и широка гама от други предвидими изисквания, които със сигурност ще възникнат през следващите няколко години. Тъй като усилията за разработването на системи може да отнеме няколко години, времето за решаване какво да е бъдещето на ИСЗО в България е сега.
50. В заключение SWOT анализът по-долу поставя оценката в перспектива.

<b>Силни страни</b>	<b>Слаби страни</b>
България е европейска страна и държава-членка на ЕС в тясно сътрудничество с другите държави-членки. EU-Health е ефективен лидер в проектирането на приложенията на електронното здравеопазване, като задава стандарти за международни връзки, като напр. системата eSOS за реципрочни здравни услуги.	Сътрудничеството между НЗОК и МЗ в сферата на системите би могло да бъде и по-добро. „Окабеляването“ на здравния сектор би следвало да се следи много внимателно и да се ръководи от МЗ, за да се направят връзките между доставчиците и платците максимално ефикасни. Отделните субекти обаче също най-добре могат да разберат собствените си изисквания и по този начин да играят водеща роля за някои от

	приложенията. Това се отнася особено за НЗОК, чиито системи имат много специфични изисквания в конкретни области.
България разполага с отлична образователна система за обучение в сферата на науката, технологията, инженерните дисциплини и математиката, като осигурява постоянен приток на добре обучени професионалисти.	Политическото естество на водещата позиция на МЗ в електронното здравеопазване може да доведе до чести промени и текучество при тази изключително важна позиция, което може да причини липса на приемственост, обтекаемост на стратегиите и объркване на по-ниските равнища. Дейностите по проектирането могат да отнемат няколко години и е важно да се създаде колкото е възможно по-стабилна среда, за да може да се разцъфти разработваната стратегия. Значими и резки промени могат да са вредни, да забавят напредъка и да предизвикат неефикасности.
	Системата ИИС на НЗОК е вече доста остаряла и не предоставя достатъчна информация на членовете на Управителния съвет и на ръководството на НЗОК. Това може отчасти да обясни ограничената способност на НЗОК да управлява рисковете и да води преговори за реформи.
<b>Възможности</b>	<b>Заплахи</b>
Макар България явно не притежава официален Речник на здравните данни (който ясно дефинира стандартите за кодиране и комуникация), фактът, че няколко доминиращи пазара продавачи са уловили голям процент от пазара на системата на доставчиците, дава основа за създаването на официален Речник на здравните данни на базата на появяващия се де факто вариант.	ИИС в НЗОК е в тежко състояние, нуждае се от ремонт и страда от липса на всякакви жизнеспособни механизми за поддръжка. Това е сериозна заплаха за жизнеспособността и устойчивостта на бизнес процесите в НЗОК и това потенциално би могло да доведе до пълен срив на системата. Ако това се случи, вероятно ще се наложи на НЗОК да премине към ръчни процеси (на хартия), което ще бъде сериозна крачка назад, вероятно ще създаде неточности и непоследователности в присъждането на исовете, ще забави плащанията на доставчиците, и ще отслаби счетоводния контрол и управленската информация (вж. Бялата книга по тази тема).
България има голям опит с проектирането, инсталирането и използването на информационни системи на основата на доставчиците. Този предишен опит би позволил постигането на по-нататъшен напредък може би	Независимо от стабилния приток на специалисти в сферата на науката, технологията, инженерните дисциплини и математиката, както и обучени компютърни експерти, България губи много от тях поради „изтичането на мозъци”, дължащо се на

<p>за по-малко време, отколкото би било необходимо на други страни. Тук възможен вариант би било национално българско ЕМД, което да свърже всички равнища на медицинската помощ, а може би и да привлече участие и от частния сектор. Може да се управлява и добра връзка между системите на доставчиците и системата на платеца чрез създаването на силен механизъм за обмен на данни между тези партньори.</p>	<p>по-високите заплати в повечето други страни-членки на ЕС. Текучеството при служителите и произтичащото от това нарушение на приемствеността са сериозни заплахи. Извеждането извън на разработването и поддръжката може да е част от решението на проблема.</p>
	<p>В момента няма видимо обсъждане на това, което би трябвало да включва следващото поколение системи за НЗОК. Все още не е започнало проучването на изискванията. Тъй като необходимото време за разработването на нова система (или за доставката/инсталирането на нова система) е няколко години, НЗОК следва да предвиди потребностите си доста по-рано.</p>

### 4.3 Общо управление и работа на НЗОК: обобщена оценка

51. Както всички страни и в България финансирането на системата на здравеопазването включва големи трансформации в сравнение с предишния „модел Семашко“; и все пак и те имат сериозни предизвикателства. Някои от тези предизвикателства са резултат от демографските и епидемиологичните преход и от промяна на храненето в страната, други са произлезли от трудната икономическа ситуация в страната, а трети са резултат от проблеми в управлението и в нормативната уредба, проблематични политики и процедури, свързани с изпълнението.
52. България изразходва повече средства, отколкото други страни със сравними доходи. Общите и частните разходи са по-високи, а публичните разходи са сходни на световните средни стойности. Здравните резултати са на средно равнище, а финансовата защита както на макро-, така и на микро-равнище е слаба, неравнопоставена и влошаваща се. Предвид вече високото фискално усилие на България и трудните перспективи за бъдещ растеж, устойчивостта ще бъде предизвикателство. Повишаването на ефикасността е основната сфера за генериране на бъдещото фискално пространство и подобни положителни явления могат да се открият в процедурите на НЗОК за закупуване на услуги и лекарствени средства, по-добро рационализиране на най-добрите бизнес практики на основата на критерии за ефективност на разходите и финансова защита, холистичен контрол върху лостовете и изпълнението на финансовата и клиничната политика, което влияе върху разходите и пр. По този начин оценката на структурните и оперативните резултати от работата на НЗОК е от жизнено важно значение за установяването на основните показатели на реформата на финансирането на здравеопазването. И наистина, като основната институция за финансирането на здравеопазването, тя би трябвало да помогне при проектирането и най-вероятно да е движеща сила в изпълнението.

53. В едно неотдавна проведено проучване на Световната банка<sup>122</sup> се открояват някои основни черти на управлението, които са от критично значение за ефикасното управление на една каса за задължително здравно осигуряване, по отношение на които следва да се оценява НЗОК. Те включват:
- а) Кохерентни управленски структури, които влияят на насочването (стопанисването) на задължителното здравно осигуряване, на неговата стабилност и независимост.
  - б) Ангажираност на заинтересованите лица, което влияе върху отчетността на системите и правилната представителност в управленските структури.
  - в) Надзор и нормативна уредба, което осигурява спазване на правилата, равнопоставеност в условията на конкуренция, ранна намеса и санкции, когато е необходимо.
  - г) Прозрачност и информация, за да се даде възможност на съответното заинтересовано лице за участие и надзор.
  - д) Последователност и стабилност, за да се избегнат промени в правилата и нормативната уредба на основата на краткосрочни политически съображения.
54. От гледна точка на едно по-високо равнище НЗОК потенциално има редица предимства: ефикасно обединява рисковете на национално равнище, поема отговорности за финансирането на почти целия спектър медицинска помощ (с важното изключение на спешната помощ), и като най-голямата и единствена институция за обединени здравни плащания се намира в положение на монопсония по отношение на доставчиците, от които закупува услуги от името на осигурените лица.
55. Все пак от практическа гледна точка на структурата на управлението, която задава рамката на организационната структура и оперативните политики на НЗОК, подкопава резултатите от работата ѝ по отношение на изпълнението на функциите ѝ във финансирането и постигането на целите на финансирането. По-специално нейната законодателна и регулаторна среда, както и оперативните процедури, не са стабилни, прозрачни и включващи всичко, и в общи линии не отговарят на предишните критерии за добро управление. Изглежда, че тя обърква отговорности, власти и експертиза. Не предлагат механизъм, за да се осигури платежоспособността и устойчивостта, и резултатът е неефикасност и стимули за скъпоструващо лечение, насочвано към болниците. Резултатът е фрагментирано вземане на решения и оперативна среда, която изключва холистичен и ефективен подход към формирането на политиката.
56. Като отправна точка би било трудно да се твърди, че средата на НЗОК е била последователна и стабилна (точка „д“ по-горе). Наистина множеството закони и наредби, с които се управлява НЗОК, са били променяни близо сто пъти от създаването си. Освен това малко от 12-те управители на НЗОК са останали начело повече от една година, или много време след общи избори, довели до промяна в мнозинството.
57. Тези почти анекдотични забележки обаче насочват към по-фундаменталния въпрос относно модела на управление на НЗОК, който трябва да се разгледа и който се отнася предимно за първата и най-критична точка по-горе и за необходимостта от по-кохерентна управленска структура, ефективно стопанисване и – до известна степен – независимост.

---

<sup>122</sup> William Savedoff and Pablo Gottret, *Governing Mandatory Health Insurance*, World Bank, 2008.

58. На хартия отговорностите на НЗОК за управлението на публични финанси обхващат и трите фази на управлението на бюджета: формиране, одобрение и изпълнение<sup>123</sup>. НЗОК отговаря в крайна сметка за изпълнението на задълженията си да предостави услугите, включени в пакета ползи на всички осигурени лица в рамките на предоставения бюджет. За да се осигури платежоспособността, средствата за задължителното здравно осигуряване обикновено дават възможност да се използват редица лостове на политиката, които могат да бъдат организирани в три широки категории.

✓ От страната на приходите, корекция на вноски и управлението на резервите. Размерът на вноските и правилата за определянето на преведените суми, които следва да се получат от НЗОК, са заложи в Закона за здравното осигуряване. Макар тази характеристика определено да не е уникална, изглежда, че НЗОК разполага с много малко информация относно: (i) произхода на вноските, които получава, включително от държавата от името на осигурените по закон части от населението, (ii) как са свързани те с разпоредбите на закона, и (iii) колко хора правят вноски и историята на техните вноски. Следователно тя не е в състояние да оцени адекватността на равнища на вноските предвид риска и социоекономическите профили на осигурените лица, да определи как могат да се развият приходите ѝ във времето и да оцени и управлява проактивно всякакви рискове (здравни и свързани с равнопоставеността), които могат да възникнат от промени в профила на осигуреното население или техните вноски/преводи. От гледна точка на резервите по закон НЗОК следва да осигури резерв от 10 процента вноски, които получава, за извънредни случаи и спешни разходи, които Надзорният съвет има правомощия да изразходва. По принцип наличните средства в бюджета на НЗОК в края на годината, включително получените от преизпълнение на плана за приходите или от спестявания при заплащането за разходи и трансфери, се прехвърлят в края на годината като преходно салдо в бюджета на НЗОК за следващата година. Неочаквани промени в бюджетния дефицит на НЗОК следва да се уредят чрез консолидираната фискална програма и да са в съответствие с ограниченията по закона за максималния размер на разходите и дефицита на консолидираната фискална програма, заложи в Закона за публичните финанси.

✓ От страната на разходите един от първите критични лостове е управлението на „правата“ или „ползите“, гарантирани на осигурените лица. Тези „права“ включват на първо място списъка стоки и услуги, до които има достъп осигуреното лице (основен пакет ползи). Те включват и обстоятелствата, при които могат да се получават услуги и от кого. Това включва вземане на решение кои услуги са включени в основния пакет ползи и при какви обстоятелства (с други думи клинични политики относно кой следва да получава какви услуги и кога), кои лекарства са включени, както и изискванията за съвместно плащане. Както беше описано в други части на този доклад, много от тези елементи са определени от закона и чрез наредби, а не пряко от НЗОК. Всъщност други институции, включително Министерството на здравеопазването и Съветът по ценообразуването за лекарствени средства, задават повечето параметри. Например чрез наредби Министерството може да добавя нови КП, да определя услугите, които следва да получават диспансерните (хронично болните) пациенти, установяват правила за направленията и пр. Съветът по ценообразуването решава за включването на лекарства, както и процентите за заплащането им. Същевременно никоя от тези институции не е подлежаща на отчет, отговорна или притежаваща необходимата експертна компетентност, за да гарантира, че бюджетът на НЗОК е устойчив. В допълнение няма доказателства, че тези решения са взети индивидуално на

---

<sup>123</sup> Marco Cangiano, Teresa Curristine, and Michele Lazare (eds.), *Public Financial Management and Its Emerging Architecture*, IMF, 2013.



основата на задълбочени икономически и финансови анализи сегашните и бъдещите им въздействия върху бюджета на НЗОК или че един единствен орган има правомощията, инструментите или властта да оценява колективното им въздействие и в крайна сметка да решава дали или как да се финансират те и какви компромиси може да изискват. В много отношение няма съответствие между отговорността за определянето на очертанията на пакета ползи и отчетността за действителното му предоставяне в рамките на даден бюджет.

✓ Методите за договориране и плащане представляват втората категория лостове за управление на разходите. В Трета глава се обсъжда обширно как допринасят сегашните методи на плащане и договориране за засилването на някои черти на предоставянето на услуги, които подкопават способността ѝ да се справя ефективно и устойчиво с бремето на НЗЗ и по-специално с растящия дисбаланс между стационарна и извънболнична помощ. Изтъкнати са най-критичните въпроси:

- В сегашната правна система никое звено няма – и не се чувства овластено да упражнява – властта да ограничава навлизането на нови доставчици на пазара и да решава дали с тях да се сключват договори. Всъщност ако бъде открито здравно заведение, което отговаря на някои основни критерии, неговият лиценз не може да бъде отричан и ако бъде лицензирано, НЗОК не може да откаже да сключи договор с него. НЗОК следователно няма власт да взема решения за „селективно договориране” на основата на измерване на ефикасността и качеството – или дори на основата на потребностите на населението.
- Набор от правила за задължителните направления (например за направления от ОПЛ към специалист), съчетани с тавани, спомагат за ограничаването на количеството грижи, предоставяни на извънболнична основа. Напротив, трудно се налагат ограничения върху грижите, които могат да предоставят болниците. Болниците, на които се заплаща за всеки случай, са силно стимулирани да увеличават обема. Освен това характеристиките на КП са такива, че (i) болниците могат – или имат стимули – да приемат пациенти, които биха могли да бъдат лекувани и при извънболнични условия, (ii) са принудени да практикуват по начини, които могат да са неефикасни и/или вредни за пациентите (понеже в КП се предписва какво трябва да се прави, какъв да е престоят в болница на пациента и пр.) или (iii) може да са стимулирани да манипулират съобщаваната информация, за да си осигурят плащанията.
- На теория, договорирането и плащанията трябва – и дори могат – да бъдат използвани и коригирани от НЗОК за насърчаване и награждаване на качеството и ефикасността на равнищата на индивидуалните доставчици, както и в цялата система. Всяка година се провеждат преговори между НЗОК и БЛС по националния рамков договор (който включва клинични параметри като алгоритъм, дефиниращ КП), цени и обеми. На хартия цените следва да се изработват на основата на методология за определяне на себестойността, разработена от НЗОК и ревизирана от Министерството на финансите и Министерството на здравеопазването; клиничните параметри следва да съчетават строго оценявани най-добри практики и икономически съображения за степента, до която осигурените лица могат да си позволят пакета ползи. В действителност в крайна сметка Националният рамков договор и преговорите цена-обем са единствените инструменти, с които разполага НЗОК, за да управлява бюджетните си ограничения, а на доставчиците да се опитат да постигнат заложените като цел приходи. От страна на доставчиците тези преговори са също шанс за различните „специалности” или категории доставчици да рекламират известни програми. В крайна сметка преговорите са по-скоро политически, отколкото технически и при тях има повече противопоставяне, отколкото целенасоченост за колективно решаване на системните проблеми, които ограничават успешната работа на системата на здравеопазването.

- ✓ В обобщение НЗОК има само ограничен набор инструменти, за да изпълни ефективно отговорностите си за публично финансово управление като единствен универсален задължителен здравен осигурител в страната. По-специално се сблъсква с важни пречки при ефективното използване на главното равнище на съществуващия лост предвид описаната по-горе ситуация, а именно да стане „активен” купувач. Първо, тя не разполага с някои критично важни правни инструменти. Освен това НЗОК, може би поради съчетанието на чести смени на ръководството и на нормативната уредба, изглежда неспособна да работи за промени, които биха могли смислено да допринесат за реорганизирането на системата и за подобряване на работата ѝ. В резултат от това НЗОК е повече или по-малко ограничена да бъде на първата линия като пазител на финансовите цели и като разплащателна агенция. В този контекст правителството задава границите, но е и платецът от последна инстанция в случай на превишения.
59. Разпокъсаността и разминаването на ролите и отговорностите между НЗОК, МЗ и МФ следва да намерят решение – ако не по друга причина, защото поддържат скъпоструваща и неефикасна система. По-нататъшни проучвания на прогнозите на разходите подсказват, че финансовият натиск, генериран от сегашната система за предоставянето на услуги и за плащане, в съчетание с демографски и епидемиологични промени, няма да отслабне и ще бъде важно да се насърчават реформи в предоставянето на услуги, което ще помогне да се ограничат разходите и да се използва НЗОК като лост при тяхното изпълнение. По-тесни работни взаимоотношения между НЗОК и МЗ биха могли да смекчат някои от тези проблеми (степената, до която се прилагат най-добрите бизнес практики, по-добро съгласуване на стандартите в медицинската практика и политиките на плащанията, политиката на таваните и направленията). Може дори да се твърди, че това съгласуване би могло да се постигне по-лесно, ако НЗОК се реорганизира като отдел на МЗ или трябва да се вземе решение кой (НЗОК, МЗ или МФ) има окончателната власт и отговорността за да се гарантира, че системата е – и остава – ефикасно управлявана и финансово устойчива.
60. Оценката и предприетата работа до този момент също подсказват, че дори да се изпълнят условията за основното осигуряване и дори да се организират свързано функциите за публично финансово управление, системата все пак ще трябва да разработи някои жизнено важни инструменти, за да ги изпълни. Подготвянето на настоящия доклад хвърля светлина върху редица празноти от гледна точка на инструментите и наличната информация: системата за здравна информация на НЗОК е компрометирана тежко оперативната ѝ ефективност и е неадекватна за справяне с бъдещи потребности. Разработването и използването на икономически и финансови инструменти като актюерни проучвания и анализ на ефективността на разходите са необходими условия за проектиране и прилагане на ефективна политика. Трябва да се разреши въпросът със съществуващите сега информационни празноти, включително данни за достъпа до медицинска помощ от осигурени и неосигурени лица по социоикономически характеристики и здравен статус, както и подробна информация за приходите на НЗОК.
61. В заключение с политическа насоченост разпокъсаността и разминаването на ролите и отговорностите изключва ефективен холистичен подход към формирането на политиката за финансирането на здравеопазването и нейното изпълнение. От една страна някои от основните цели на здравната политика, залегнали в здравната стратегия на страните, включително необходимостта от повече първична помощ, профилактика и управление на НЗЗ, както и дългосрочните грижи, не се анализират пълно в техните измерения на финансирането на здравеопазването. От друга страна някои централни проблеми за финансирането на здравеопазването получават много ограничено внимание. Първо, въпросът колко да се разшири осигурителното покритие за неосигурените се разглежда предимно като проблем за изпълнение в сферата на НАП. Все пак това може да се обоснове на принципа на равнопоставеността и

ефикасността: неосигуреното население е до голяма степен бедно, хората обикновено търсят достъп до системата късно и не непременно по начин, който ще им осигури най-добрите резултати за вложените средства. Второ, финансовата защитата за онези, които са осигурени, е слаба, неравнопоставена и не се подобрява. Плащанията със собствени средства са с много висока стойност, те пречат на достъпа и причиняват обедняването на значителен брой домакинства.

62. В резюме НЗОК няма авторитета, за да изпълни ефективно ролята и отговорностите си като единствен универсален задължителен здравен осигурител в страната. 100-те или приблизително толкова изменения и допълнения към първоначалния закон и множеството интерактивни разпоредби раздробиха авторитета и вземането на решения, което изключва прозрачността, изпълнението на отговорностите, свързани с управлението на публичните финанси, както и холистичен подход към изготвянето и прилагането на политиката. Тази диагноза отразява заключенията на доклад от декември 2014 г., изготвен от НЗОК (откъс от който е даден в [Капе 4](#)).

#### Каре 4: Вземане на решения в НЗОК и нормативната уредба: анализ на въздействието

В неотдавна публикуван доклад на НЗОК се дава подробна оценка как множеството регулаторни промени, много от които с политическа подкладка, са намалили и кооптирали способността на НЗОК да прилага ефективно правомощията си и все повече са превърнали НЗОК „в обикновена разплащателна агенция, която е орган за изпълнение на решения, приети извън нея и без нейното активно участие и съгласуване.“ По-конкретно:

“С приемането на Закона за здравното осигуряване през м. юни 1998 г. бе въведено здравното осигуряване в Р България, като дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и премии, управлението на набраните средства и тяхното разходване за заплащане на здравни дейности, услуги и стоки, предвидени в този закон, в националните рамкови договори (НРД) и в застрахователните договори.

Задължителното здравно осигуряване като дейност по управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за заплащане на здравни дейности, бе възложено да се осъществява от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и от нейните териториални подразделения – районни здравноосигурителни каси (РЗОК). Чрез задължителното здравно осигуряване се гарантира основен пакет от здравни дейности, които да се заплащат от бюджета на НЗОК.

В периода от създаването на закона до момента бяха направени 91 изменения и допълнения към него. Тези изменения и допълнения се отразиха и върху промени в Националния рамков договор, Наредбите, приемани от Министерство на здравеопазването, както и върху приеманите от МЗ медицински стандарти по отделните специалности.

Цялостната законодателна и нормотворческа дейност се отрази върху дейността, ефективността в управлението на ресурсите и стабилността на НЗОК.

Основните въздействия върху НЗОК оказаха влияние върху:

1. Възможността ѝ да осъществява реална контролна дейност по разходването на средствата по заплащане на здравните дейности, услуги и стоки;
2. Възможността на правилно планиране на средствата на базата на реалните потребности от населението от здравни услуги и стоки;
3. Възможността за провеждане на политики за ефективен контрол и разходване на предоставените за управление средства на гражданите и публичните средства;
4. Възможността за участие при вземането на решения от страна на МЗ относно видовете, количеството и качеството на здравните услуги и стоки, които да се заплащат от бюджета на НЗОК;
5. Възможността на осъществяване на реално договаряне със съсловните организации по отношение на вида, количеството, качеството и цената на услугите, които НЗОК закупува от тях.

Вземането на решения и осъществяването им чрез нови нормативни актове или тяхната промяна превърна НЗОК в обикновена разплащателна агенция, която е орган за изпълнение на решения приети извън нея и без нейното активно участие и съгласуване.

Често вземаните и налагани решения от политиките са в противоречие на Закона за бюджета на НЗОК, както и на Закона за публичните финанси, което допълнително затруднява дейността на НЗОК и поставя под заплаха нейната стабилност.

Трябва да се отбележи и силното влияние върху дейността на НЗОК, което оказват множеството групи с разнопосочни интереси, които с лекота прокарват решения, без да се направи анализ на тяхното въздействие върху ефективното разходване на средствата на НЗОК, а именно съсловните и пациентски организации, организациите като тези на научните медицински дружества, на работодателите, синдикатите и на корпоративни и фармацевтични компании, различни обединения като тези на болниците на различни нива и т.н. Особено отчетлива роля в този процес имат множеството национални консултанти, които предлагат техните становища, често несъобразени с възможностите на бюджета на НЗОК.

Източник: *“Decision-making and changes in the regulations and their impact on the activities and stability of NHIF”*, NHIF, November, 2014, p.1

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на оперативна програма “Техническа помощ”, съ-финансирана от Европейския съюз чрез Европейския фонд за регионално развитие

## Глава 5   Силни и слаби страни на системата на здравеопазването в България: Изходни данни относно реформата на системата на финансиране на здравеопазването

1. В настоящата глава се представят изходни данни относно политиката на реформи във финансирането на здравеопазването за България, която се основава на оценка на силните и слабите страни на системата на здравеопазването в страната, с поглед към извлечените поуки от най-добрите практики в Европа и в новопоявяващите се пазарни икономики. Целта на тази диагностична фаза е за се разбере как функционира финансирането на здравеопазването и да се допринесе за работата на системата на здравеопазването на България с оглед на подобряване на резултатите в здравеопазването, осигуряване на финансова защита и откликване на потребителите по равнопоставен, ефикасен и устойчив начин. Както беше обсъждано по-рано, финансирането на здравеопазването е във взаимодействие с всички други аспекти на системата на здравеопазването, както и с други институции и фактори извън сектора на здравеопазването, които влияят върху здравето. Тъй като не съществува глобално приета таксономия, с която да се класифицират систематично силните и слабите страни в системата на здравеопазването, обсъждането, с което завършва тази диагностична фаза, се организира около набор основни послания, произтичащи от анализа – от гредна точка както на работата, така и на организацията.

2. Следователно в настоящата глава са събрани обсъжданите по-рано диагностични елементи и са включени в една по-широка карта на силните и слабите страни, които представляват изходната база за политиката на реформи на конкретните институции и характеристики на системата. Отчитайки, че системите на здравеопазването са изключително сложни, намерението тук е да се направи моментна снимка на основните параметри на работата им, взаимодействията им и „вероятните причини за тях”<sup>124</sup> – независимо как са организирани типологично. Тъй като следващата фаза на работата ще се състои в анализиране на приоритетните сфери за реформи, дават се идеи за потенциалните сфери на внимание през следващата фаза на работата в **сферите на финансирането на здравеопазването, включени в настоящето Споразумение за консултантски услуги срещу заплащане**. Тези идеи за предназначени само като *начало* на обсъждането, понеже не е възможно да се проучат много подробно всички потенциални сфери на реформите.

*а. Резултатите на България в сферата на здравеопазването са средни, но нейните основни програми в общественото здравеопазване, стимулите в системата и конфигурацията на системата на доставки следва да бъдат по-добре съгласувани с настоящите и бъдещите демографски и епидемиологични преходи.*

3. Резултатите на България в сферата на здравеопазването са на средно равнище за приходите ѝ и за равнищата ѝ на изразходване на средства за здравеопазване, макар и двете да са под средните

---

<sup>124</sup> Както беше обсъдено по-рано, макар да е много трудно да се определят причинно-следствените връзки, ние се опитваме да използваме количествената информация и световно приетата рамка за целите и задачите, глобалния опит, актуерната наука и пр. за обективно и емпирично анализиране на въздействията на различни характеристики и политики на системата.

стойности за ЕС. С течение на времето не са се подобрили толкова бързо, колкото в съседни страни. Такива резултати са функция на много фактори, включително и на индивидуални модели на поведение, които са в основата на бремето на заболяванията, общественото здравеопазване, физическия и финансов достъп до здравеопазване, конфигурацията на системите за осигуряване на хуманно и физическо здраве, както и други социални детерминанти на здравеопазване.

#### **Силни страни и възможности:**

- Резултатите на България в сферата на здравеопазването са сравними с други страни със сходни равнища на доходи и разходи за здравеопазване.
- България има добре разработени и широки програми за обществено здравеопазване, включително и забрана на тютюнопушенето.
- Съществува добре разработена и всеобхватна система за предоставяне на здравни услуги в цялата страна.
- Повечето доставчици са автономни субекти и разделението между продавач и доставчик създава пространство за стратегическо закупуване и отчетност „на една ръка разстояние“.
- Национална здравноосигурителна каса покрива по-голямата част от населението, като по този начин предоставя финансов достъп до комплексен пакет ползи в здравеопазването.
- Неосигурените лица могат да получават безплатно лечение при спешни случаи.
- С течение на времето НЗОК стана единственият най-голям обединен купувач на здравни услуги, който е отговорен за предоставянето на широка гама грижи (неотдавна бяха добавени лекарствата за онкологични заболявания).
- НЗОК следователно може да има голямо влияние като монополистичен купувач в цялата система на здравеопазването.
- Модернизирани за системите на пращане и съдържат елементи на най-добрите практики в света (напр. капитационен принцип за ОПЛ, предвиждане на бюджет за доставчиците на амбулаторна помощ и заплащане, основано на всеки отделен случай при болничната помощ).

#### **Слабости и заплахи:**

- Програмите за общественото здравеопазване не съответстват добре на големия и нарастващ товар на незаразните заболявания <sup>125</sup>.
- Макар да отчита развиващия се товар на незаразните заболявания, Стратегията на МЗ не дава адекватно решение за необходимите компромиси сред конкуриращите си приоритети при нуждите на страната от здравеопазване.
- Системата за предоставяне на услуги се основава на модел за остри грижи и не е твърде подходящ за икономически изгодна профилактика и лечения на незаразни заболявания. Системата на спешната помощ в сегашния ѝ вид също може да допринесе за това предпочитание на стационарна помощ.
- Има твърде малко лекари в пълвичната помощ и повечето от тях нямат адекватна подготовка в областта на семейната медицина и управлението на незаразни заболявания.
- Здравните работници бързо застаряват, не достигат медицински сестри и голям брой млади здравни работници емигрират.
- Системата на дългосрочно лечение, вкл. нейните социални аспекти, не е добре развита и не се вписва добре в системата на остри медицински грижи.

---

<sup>125</sup> Dimova, Popov, Rohova (2008) health-care reform in България: analysis. Sofia, Open Society Institute.

- Основният пакет ползи на НЗОК, макар и голям, не се основава на критериите за ефективност на разходите и е ориентирана към интерзивното лечение, а не се фокусира върху надвисналото бреме на незаразните заболявания.
- НЗОК няма достатъчно правомощия или способности да управлява покупателната си способност. По-специално Касата трябва да сключва договори с всеки сертифициран и желаещ доставчик, като по този начин тя не може да прилага селективно сключване на договори, за да се гарантира и ефикасност, и качество. НЗОК няма и адекватна информационна система, която да ѝ позволи стратегическо закупуване на услуги (вж. IT раздела по-долу).
- НЗОК не притежава възможности да санкционира болници за слаба работа и не успя да накара общопрактикуващите лекари да изпълняват 24-часовата си функция на проследяване на пациентите. Това допринася за неефикасното използване на ресурсите, като насърчава ненужна спешна помощ.
- Преобладаването на стационарната помощ се засилва от използването от НЗОК договорености за заплащане, които ограничават амбулаторната помощ и създават силни стимули за стационарна помощ в сравнение и други видове помощ.
- Клиничните пътеки, създадени първоначално като клинични инструменти и използвани сега като основа за заплащането за всеки случай, генерират големи изкривявания по отношение на ефикасността и справедливостта.
- Високите стойности на разходите, заплащани със собствени средства, за лекарства, използвани при първична и вторична профилактика на сърдечносъдови заболявания и за справяне с други хронични състояния, вероятно ще попречи както на достъпа до, така и на поддържането на лечения, които са важни за забавянето или предотвратяването на развитието на заболяването, като по този начин се увеличават разходите надолу по системата.

#### **Възможни приоритетни сфери за реформите:**

- Преоценка на политиките, свързани с незаразните заболявания и на рамката на общественото здравеопазване, и тяхното реприотизиране по целесъобразност.
- Разработване на комплексна оценка и дългосрочна стратегия за човешките ресурси в здравеопазването.
- По-нататък ребалансиране на предоставянето на услуги чрез
  1. Разработване на генерален план за болнична и дългосрочна помощ според потребностите, както за човешкия, така и на физическия капитал, в светлината на сегашното и бъдещото бреме на незаразните заболявания, със силни нормативни цели, които включват неравнопоставеност при достъпа, подобряване на качеството и координиране на всички равнища на помощта.
  2. Реорганизиране на предоставянето на услуги според плана и даване на правомощия на НЗОК да управлява пълно покупателната си способност.
  3. Засилване на първичната и амбулаторната помощ.
  4. Повторно оценяване на ролята, която може да играе спешната помощ за осигуряване на достъп и приемственост в грижите в рамките на континуума на грижите, както и ориентиране на пациентите в системата.
  5. Осигуряване на по-добра координация между дейностите и програмите, финансирани от МЗ и НЗОК.
- Модернизиране и засилване на осигуряването и проследяването на качеството на всички равнища на системата на доставки.
- Привеждане в съответствие на системите за плащане и на механизмите за отчетност в подкрепа на реорганизирането на предоставянето на услуги и подобряване на стимулите за

оказване на лечение на правилното равнище на грижи, както и координация между различните равнища чрез:

1. Преразглеждане на политиките на заплащане на НЗОК и по-специално за болниците.
2. Прилагане на реформи в сключването на договори (напр. въвеждане на положителни стимули в различни договорености за споделяне на риска и разрешаване на избирателно сключване на договори).
3. Обвързване на плащанията с резултатите и с качеството с помощта на инструменти като ДСГ и други покупателни модели на принципа на заплащане за резултати от работата и основани на стойността.

*б. България инвестира адекватно в здравеопазването, но трябва да управлява макрофискалните рискове и големите бъдещи форми на натиск в здравеопазването, които се развиват (застаряване, намаляваща работна сила)*

4. Общите, частните разходи и разходите със собствени средства в България са над средните стойности в света, а обществените разходи са на средно равнище. Макар за България да е приоритет здравеопазването и неговият бюджет, общите разходи там се влияят до голяма степен от частното изразходване на средства, равнищата на финансова защита са доста под препоръчаните от СЗО прагове, като намаляват и показват неравнопоставеност. Изключително високият натиск върху разходите в здравеопазването и ограниченият икономически растеж, който произтича от намаляването на населението и на работната сила, съчетано със застаряването на населението и с твърде трудна фискална среда, ще наложи допълнителни изисквания както върху изразходването на средства в здравеопазването, така и върху бъдещия потенциал на правителството да набира приходи. В резултат от това основните възможности за допълнително финансиране на здравеопазването се крият в повишаването на ефикасността в настоящата система чрез реформи в предоставянето на услуги, в процедурите на плащане, най-добрите бизнес практики, фармацевтичните политики и управлението.

#### **Силни страни и възможности:**

- България прави големи усилия за общо повишаване на приходите и на публичните разходи.
- Източниците на приходи, използванши за финансирането на общия бюджет и на сектора на здравеопазването, изглеждат насочени в подкрепа на растежа.
- Финансирането на НЗОК изглежда относително равнопоставено, особено при положение, че работещите във формалния сектор субсидират групите в неравностойно положение, финансирани от правителството и особено възрастните хора.
- За България здравеопазването е приоритет от гледна точка на общите разходи за здравеопазване и публичните разходи за здравеопазване (като дял от общите разходи на правителството).
- Фискалната рамка в България е солидна и законът за бюджета, гласуван в Народното събрание, включва и бюджета на НЗОК.
- Всякакви недостатъци при приходите или надвишаване на разходите се уреждат изрично чрез преразпределение в съответствие с финансовото законодателство.
- България може да получи достъп до структурните фондове на ЕС в контекста на финансовите перспективи за 2014-2020 г.

#### **Слабости и заплахи:**



- Бързо намаляващото (и застаряващото) население и работна сила ще доведат до значителен бъдещ натиск върху разходите и ще ограничи бъдещите приходи.
- Намаляващото население и работна сила, липсата на природни ресурси и основната структура на промишлеността в България създават ситуация с много предизвикателства за бъдещия растеж и за фискалното пространство.
- Частното изразходване на средства е много над равнището в други страни и тъй като 98% от разходите се покриват със собствени средства, почти няма обединяване на риска или финансова защита. Растящият му дял разводнява пазарното влияние на НЗОК.
- Подходът на България към изготвянето на политиките, оценката и реформата не е всеобхватен. Честите промени в ръководството и честите промени в законодателството довеждат до разпокъсаност при вземането на решения, съчетано с несъответствие между отговорност, авторитет и експертен потенциал.
- По-конкретно НЗОК няма власт да изпълни ефективно ролята и отговорностите си като единствен задължителен универсален здравен осигурител в страната и най-голям обединен платец.
- Решения за пакета ползи се вземат без необходимото отчитане на икономическите критерии, включително ефективността на разходите и дългосрочното финансово въздействие за НЗОК.
- Придава се недостатъчна тежест на осигуряването на икономическата ефективност на лекарствата и на други технологии в здравеопазването, на включените услуги и на алгоритмите за клинично лечение, като те представляват разумно съотношение качество-цена в България.
- Растящата тенденция в хоспитализациите през последното десетилетие ще продължи, ако не се вземат мерки да се промени ситуацията, в чийто център са болниците и да се преориентират стимулите по посока на по-ефикасна система на предоставяне на услуги, ориентирана към първичната помощ.
- Настоящите политики не са благоприятни за зря конкуренция на пазара на незащитените с патент лекарства и не насърчават използването на по-евтините генерични лекарства.
- Макар структурните реформи при предоставянето на услуги да имат потенциал да подобрят устойчивостта, те изостават.

#### **Възможни приоритетни сфери за реформите:**

- Приоритизиране на реформи, които повишават ефикасността на публичните разходи, включително изброените по-горе, с цел реорганизиране на предоставянето на услуги, разработване и прилагане на реформи в закупуването/склучването на договори.
- Преразглеждане на рамката на управлението с цел по-добро съответствие между отговорностите и властите.
- Преразглеждане на най-добрите бизнес практики с цел по-добра ефективност на разходите при съществуващото изразходване на средства – като се започне с лекарствата.
- Развиване на кадри с необходимите умения и инструментариум (напр. усъвършенстват актьорен модел), който да предприеме актьорни и други аналитични проучвания на ефективността на разходите за целите на управлението, провеждането на политиките и оценка на въздействието.
- Разработване на IT системи на НЗОК, които да позволяват управление на риска и рутинен анализ на данни по социодемографски характеристики, профил на заболяванията и видовете доставчици

***в. България разполага със здравноосигурителна система, която осигурява универсално покритие на около 90 процента от населението, като по този начин обединява рисковете***

*насърчава солидарност на национално равнище, но остава някои лица извън системата и предоставя ограничена и намаляваща финансова защита.*

5. НЗОК е била създадена за предоставяне на универсално покритие преди 15 години, но в настоящия момент около 7-12 процента от постоянно живеещото в България население не са осигурени. Най-бедната част от населението (т.е. лицата с ограничени възможности да плащат вноските си) представляват около 70 процента от неосигурените, като квартилът на най-бедните е 43 процента. Изглежда съществува и значителен кръговрат – хора влизат и излизат в статута на осигурени лица (напр. 6% от населението е сменило осигурителния си статус между 2010 и 2013 г., но почти половината от неосигурените лица през 2013 г. са били осигурени през 2010 г.) – и по този начин подлагат много по-голям дял от населението на периодичен отказ на финансова защита.

6. Независимо от увеличените разходи за здравеопазване, частните разходи, покривани със собствени средства, са се увеличили с много по-бързи темпове в сравнение с публичните разходи – от 26 процента от общите разходи за здравеопазване през 1995 г. на 48 процента през 2012 г., повече от два пъти над праговете за финансова защита на СЗО, при което фармацевтичните разходи възлизат на около  $\frac{3}{4}$  от покриваните със собствени средства разходи. Обедняването поради покриваните със собствени средства големи медицински разходи също се влошава, като 4.2 процента от домакинствата са обеднели 2013 спрямо 3.8 процента през 2010 г.

#### **Силни страни и възможности:**

- НЗОК, като единствен задължителен национален здравен осигурител и обединяваща риска институция за цялото население, обединява ефикасно здравните рискове и отговаря на световните тенденции за централизация на обединяването на риска.
- Около 90 процента от населението е осигурено понастоящем, включително повечето деца и повечето възрастни лица, чието осигуряване се субсидира от държавата.
- НЗОК разчита на диверсифициран набор приходи, главно: (i) вноски за социално осигуряване от работодателите (вкл. правителството including от името на държавните служители и други публични личности), чиновници и самонаети, и (ii) общи приходи от правителството.
- Правителството предоставя – и финансира – осигурителното покритие на редица „нуждаещи се“/високоприоритетни групи (включително децата и възрастните).
- Пакетът ползи, покриван от НЗОК, е обширен и включва медирните технологии и иновативни лекарства.
- Правят се усилия да се осигури достъп до здравно осигуряване за най-уязвимите и най-бедните (напр. за безработните, за лицата с увреждания, които имат право на социално подпомагане и пр.).
- Всички граждани имат достъп до безплатна спешна медицинска помощ, което представлява важна защитна мрежа.
- Структурата на приходите на НЗОК явно насърчава преразпределение между групите.

#### **Слабости и заплахи:**

- Почти 70 процента от неосигурените лица са бедни или почти бедни и са с ограничени възможности да плащат вноски, което предполага възможности за подобряване на равнопоставеността при достъпа до покритие от НЗОК.

- Финансовата защита е слаба, като плащането със собствени средства възлиза на 48 процента от общите средства за здравеопазване – два пъти над препоръчания от СЗО праг от 20 процента и над равнището на такива плащания през 1995 г.
- Съществува неравнопоставеност при плащането със собствени средства, тъй като бедните харчат много по-висок процент от доходите си извън разходите за храна за здравеопазване (6.8 процента), отколкото не-бедните (4.1 процента), и тези неравнопоставености са се вложили през годините.
- България се нарежда единствено след Латвия по самоопределяне на неизпълнени потребности сред квинтила с най-ниски приходи (over 20 процента).
- Разходите за плащането със собствени средства като дял от общите разходи за здравеопазване и от БВП, както и на глава от населението, доста над равнищата в други страни със сравними приходи.
- Лекарства са причината за около  $\frac{3}{4}$  от плащането със собствени средства, което води до загриженост относно ефективността на най-добрите бизнес практики на НЗОК за фармацевтично покритие, съвместно плащане и политики на ценообразуване.

#### **Възможни приоритетни сфери за реформи:**

- Редовно изготвяне на информацията, която е необходима, за да се разбере и проследи естеството, бремето и обяснението на плащането със собствени средства и да се разработят целенасочени политики за подобряване на финансовата защита.
- Да се разработят целенасочени политики за осигуряване на покритие за неосигурените.
- Да се разработят варианти за намаляване на размера и за повишаване на яснотата и предсказуемостта на съвместните плащания, с приоритетен акцент върху лекарствата, включени в най-добрите бизнес практики.
- Да се оцени потенциалът за частно допълнително осигуряване с цел подобряване на финансовата защита и равнопоставеността в системата.

*г. Рамка на фармацевтичната политика с европейски регулаторни стандарти, но с неоптимални процеси на включване в списъците и с неадекватна свързаност между лостовите на политиката, свързана с търсенето и предлагането, което води до неконтролирано нарастване на разходите и неадекватна финансова защита на пациентите.*

7. Лекарствените средства възлизат на около 37 процента от общите разходи за здравеопазване, в сравнение със средна стойност за ЕС от 25 процента. Фармацевтичният сектор в България страда от критична липса на обща интегрирана национална лекарствена политика, която да насочва приоритетите, както и да интегрира и осигурява последователност при определянето на политиките. Настоящата политика изглежда много силно насочена към ограничаване на разходите на НЗОК, а не толкова към подобряване на достъпа и предоставяне на финансова защита на пациентите – до степен, която може да увеличи разходите надолу по системата на здравеопазването.

8. Макар регулаторните стандарти и процеси да са приведени до голяма степен в съответствие със сегашните стандарти на ЕСД, механизмите вписване и ценообразуване на лекарства в Позитивния лекарствен списък (ПЛС) не осигуряват достатъчно съотношение качество-цена за НЗОК и допринасят за бързото нарастване на разходите за лекарства. Сравняваните цени на патентовани и незащитени с патент лекарства са еднакво високи (а понякога и по-високи) в страни с далече по-голяма платежоспособност, следователно много субсидирани в момента скъпоструващи лекарства едва си са икономически целесъобразни в България.

### **Силни страни и възможности:**

- Регулаторните процеси са в съответствие с европейските стандарти.
- Подробен Позитивен лекарствен списък.
- Покриване на редица скъпоструващи лекарства, които са налични без съвместно заплащане.

### **Слабости и заплахи:**

- Липса на всеобща национална лекарствена политика, която да установи договорените приоритети и да насочва последователно развитие на политиката.
- Недостатъчно разглеждане на ефективността на разходите или на достъпността при сегашните подходи към подбора, включването в списъците и ценообразуването на лекарствата в ПЛС.
- Липса на насоки за клинично лечение, основаващи се на доказателства и неадекватен контрол върху предписването и използването на лекарства.
- Структура на съвместно плащане, която създава прекомерни плащания със собствени средства, създава несигурност у пациентите и пречи на спазването на лечението.
- Параметри на политиката, които не насърчават активно използването на генерични лекарства и не подпомага адекватно на конкуренцията на пазара на незащитени с патент лекарства.

### **Възможни приоритетни сфери за реформи:**

- Прилагането на реформи във фармацевтичния сектор, като се започне с разработването на интегрирана национална лекарствена политика, която изрично определя приоритетите и насочва бъдещите параметри на политиката.
- Преразглеждане на процесите на включване на лекарства в списъци и тяхното ценообразуване, за да се гарантира, че всички нови лекарства се оценяват за ефективност на разходите (съотношение цена-качество) и въздействие върху бюджета (достъпност) в България.
- Въвеждане на възможности за поделение на риска за скъпоструващи лекарства, за да се гарантира, че необходимите равнища на ефективност на разходите ще бъдат оценени преди включването в списъците на практика.
- Установяване на механизми за насърчаване на предписването, отпускането, използването и доверието към генеричните лекарства, намаляване на стимулите за предписване и отпускане на скъпоструващи лекарства и улесняване на конкуренцията на пазара на незащитени с патент лекарства.
- Преразглеждане на ПЛС с цел да се установят лекарства, които едва ли са икономически изгодни за България и преценка за евентуално изваждане на лекарства от списъка, предоговаряне на цените, договаряне на поделение на риска или по-строги ограничения, ако е необходимо.
- Преразглеждане на насоките и алгоритмите за клинично лечение, за да се гарантира, че те отразяват икономически изгодна и рационална употреба.
- Работа с цел разработване на оценка на здравните технологии и на възможността да се определят приоритети.

### ***д. Динамичен ИТ сектор и амбиции за напредък в здравната информатика в страната, но ограничени конкретни стъпки за решаване на най-неотложните проблеми.***

9. Много от съществените характеристики на една жизнена здравноинформационна индустрия са налице в България, където напредъкът в „цифровата епоха“ се вижда лесно в цялата страна. Подобно на по-голямата част от света обаче, приложенията в здравеопазването значително изостават от това,

което „би могло да бъде“. Не е напълно ясно дали известно възраждане на усилията ще доведе до нова вълна подобрения на компютерицицията в сектора на здравеопазването. Съществува обаче възможност за бърз напредък в тази област предвид географското положение на България и членството ѝ в ЕС, ъ може би дори да стане модел и за други бързо развиващи се икономики. Следователно изгледите и прогнозите за информационните системи за управление в здравеопазването в България остават предпазливи и смесени.

#### **Силни страни и възможности:**

- Малък брой компетентни и активни продавачи е довел на практика до фактическо определяне на стандартите и следователно предоставя разумни възможности за оперативна съвместимост и взаимовръзка между доставчиците и НЗОК, както и между доставчиците и МЗ.
- Като страна-членка на ЕС България може да участва активно в дейности и иновации, свързани с ЕС и тя е имала полза от стандартизацията, застъпвана от EU-Health.
- България притежава значителен капацитет и опит в разработването на софтуер и в широкомащабна системна администрация.

#### **Слабости и заплахи:**

- Настоящата система в НЗОК (наричана „ИИС“), след няколко години бед поддръжка (поради проблеми с договорите) е стигнала до състояние, при което много финаонсови функции и функции, свързани с планирането, се налага да се извършват ръчно, като изцяло се заобикаля системата. Тази ситуация може само да се влошава.
- Наличните системи нямат гъвкавостта, за да предоставят на НЗОК информация, която е от ключово значение за съвременното управление на риска, включително всеобхватна информация за включеното население, за здравния му статус, използваемостта и най-вече способността да се анализират данните.
- Информационната система на НЗОК не е достатъчно подготвена да поеме значителни промени във функционалността или в обема транзакции, които могат да произтекат от реформите.
- При изготвянето на програмата за електронното здравеопазване ръководството на МЗ не е проявило достатъчно решителност и е направило, изглежда, ограничени усилия да ангажира заинтересованите страни в обсъждане на политиките и стратегиите.

#### **Възможни приоритетни сфери за реформи:**

- Намиране на решение на проблемите с информационната система на НЗОК.
- Стартиране на Фазата на изискванията с цел дефиниране на нова здравноосигурителна информационна система на НЗОК.
- Разработване и последователно прилагане на стратегия за електронно здравеопазване с внимателно определени фази, като се отчитат ограниченията на бюджета и приоритетните потребности на сектора.
- Свикване на консултативен съвет, състоящ се от национални и международни експерти, който да обсъди бъдещото развитие на системите, както за доставчиците, така и за платеща, да предоставя непрекъснато данни относно проектирането на системите и администрирането им с помощта на местни и международни възможности.

10. В заключение на този проектодоклад, който е съсредоточен върху диагностиката на финансирането на здравеопазването, таблицата по-долу показва как планираните за следващата фаза на работата ни дейности ще помогнат за изпълнението на горната програма. По-тъмният цвят показва

пряка връзка с целта на реформата, а по-светлият – непряка връзка. Например, препоръките на фармацевтичния доклад може да помогнат за намаляване на плащанията със собствени средства, което от своя страна е свързано с финансовата защита.

Цел на реформата → Планирана дейност ↓	Организация и стимули за предоставянето на услуги	Управление на макрофискалния натиск	Финансова защита	Лекарствени средства	IT система за здравеопазването
Разглеждане на варианти за политиките на основата на международния опит					
Анализ на аспектите на финансирането на здравеопазването aspects of currently envisaged reforms					
План за действие за прилагане на ДСГ: динамично използване на КП и ДСГ					
Фармацевтичен доклад, в който се оценява потенциалът за подобряване при съществуващите средства в системата и се предоставят препоръки					
Оценка на системата на спешната помощ, с акцент върху финансирането					
Преразглеждане на пътната карта за развитието на електронното здравеопазване					
Финализиране и предаване на актюерния модел					

## Подробен анализ: Сравнения в международен план

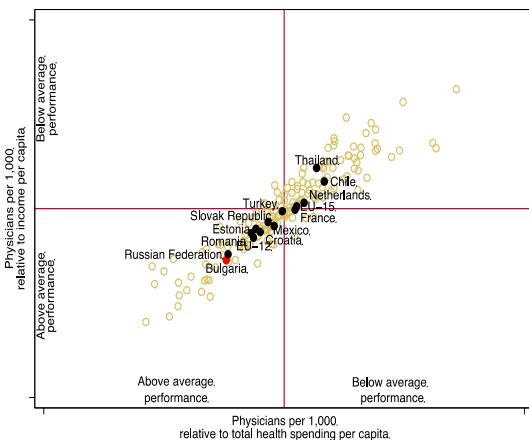
Настоящият подробен анализ следва да се чете като документ, който е независим от основния доклад. Ключовите констатации са обобщени и включени в основния текст на доклада, като са илюстрирани със съответните графики.

### 1. Обобщен анализ на резултатите, входящите данни и разходите за здравеопазването

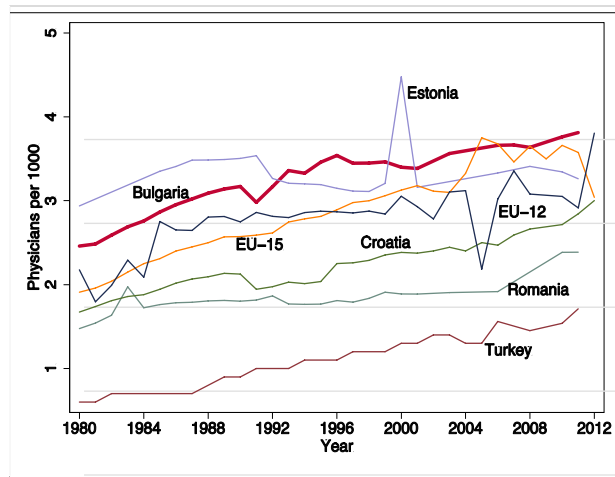
#### Входящи данни за здравеопазването

1. В сравнение с други държави, съпоставими по отношение на доходите и разходите за здравеопазване, България има повече лекари на глава от населението. Съотношението лекар/население се увеличи от 2,5 през 1980 г. до 3,8 лекари на 1000 души през 2011 г.<sup>126</sup> Съотношението лекар/население е сравнимо със средното за ЕС-12 (12-те държави-членки) съотношение от 3,8 лекари на 1000 души през 2012 г., но е по-високо от средното за ЕС-15 (15-те държави членки) съотношение от 3,1 лекари на 1000 души от населението през 2012 г. (Фигура 63). Както е показано на Фигура 62, обаче, съотношението лекар на глава от населението в България е по-високо от други държави, съпоставими по отношение на доходите и разходите за здравеопазване и всъщност е по-високо от средните стойности за ЕС, ако приемем, че доходите и разходите за здраве са константни.

Фигура 63: Лекари на 1000 души население: България и съпоставими държави; 1980-2012



Фигура 62: Съотношението Лекар/население съотносено към общите разходи за здравеопазване и доход\*



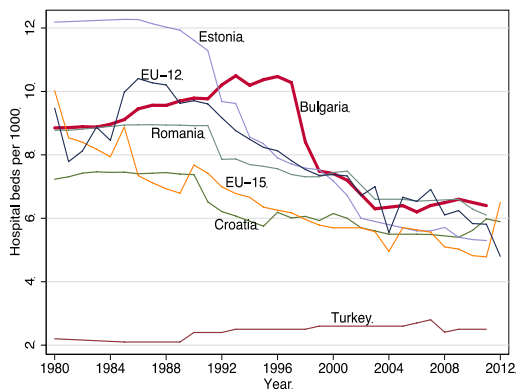
<sup>126</sup> Няма данни за 2012 г.

Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО, 2014.

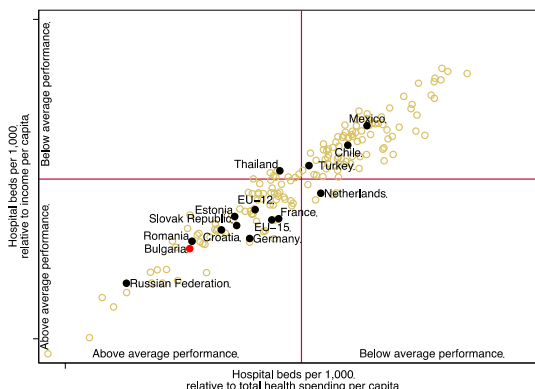
\* Данните за броя лекари и за БВП на глава от населението са за последната /първата година, за която са налични данни.

2. По отношение на болничните легла, в България те са намалени от 8,9 през 1980 г. до 6,4 легла на 1000 души от населението през 2011 г. (последната година, за която са налични данни). Броят болнични легла на глава от населението, обаче, нараства стабилно в периода между 1980 и 1996 г., достигайки пик от 10,5 легла на глава от населението през 1996 г. Понастоящем, съотношението болнични легла/глава от населението е подобно на средното за държавите от ЕС-15 6,5 легла на 1000 души, но е по-високо от средното съотношение за държавите от ЕС-12, равняващо се на 4,8 легла на глава от населението (Фигура 64). Както е показано във Фигура 65, обаче, съотношението болнични легла/население е значително над средните стойности в световен мащаб за държавите със съпоставим доход и разходи за здравеопазване, като е и доста над средните за ЕС стойности, ако приемем, че доходите и разходите за здраве са константни.

**Фигура 64: Болнични легла на 1000 души от населението: България и съпоставими държави; 1980-2012**



**Фигура 65: Съотношение болнични легла/население, спрямо Общите разходи за здравеопазване и Доход \***



Източник:

Индикатори за световно развитие и СЗО НЗС, 2014

\* Данните за броя легла и за БВП на глава от населението са за последната /първата година, за която са налични данни.

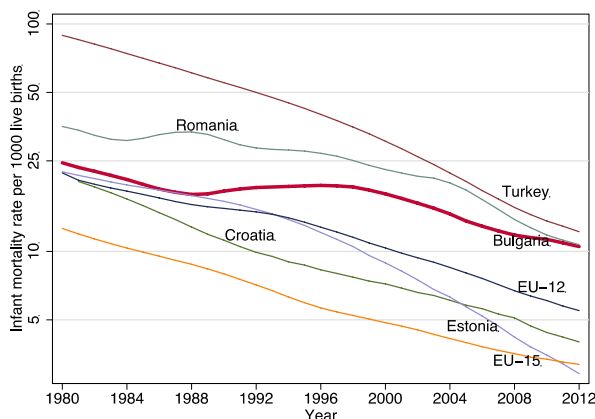
### Резултати в здравеопазването

3. Във времето, България постигна значително подобряване на резултатите в здравеопазването, но все още изостава от повечето държави-членки на ЕС по отношение на ключовите здравни показатели. Детската смъртност намаля от 24,5 през 1980 г. до 10,5 на 1000 живородени деца през 2012 (Фигура 67). Детската смъртност в България е малко по-ниска в сравнение с други, съпоставими по отношение на дохода и разходите за здравеопазване държави. Въпреки съществения спад обаче, детската смъртност в България продължава да е над три пъти по-висока от средната за държавите от ЕС-15 стойност от 3,2 починали деца на 1000 живородени бебета и почти два пъти по-висока от средната за държавите от ЕС-12 стойност от 5,5 починали деца на 1000 живородени бебета. По-

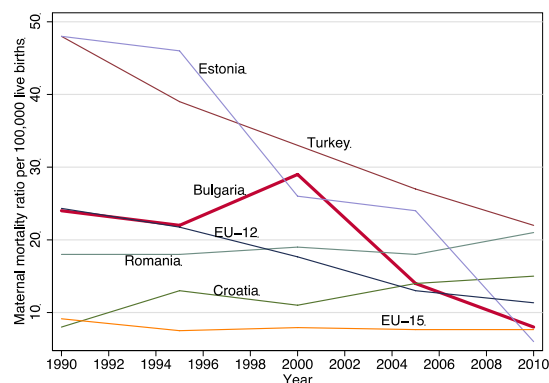


съществено подобрене беше постигнато по отношение на намаляване на майчината смъртност, която намалява от 24 на 100 000 живородени деца през 1990 до 8 смъртни случая на 100 000 живородени деца през 2010 г. Майчината смъртност в България е ниска, в сравнение със средните стойности в световен мащаб за държавите със съпоставим доход и разходи за здравеопазване. България надвиши средната за държавите от ЕС-12 стойност от 11,3 смъртни случая на 100 000 живородени деца и се насочва към средната за държавите от ЕС-15 стойност от 7,6 смъртни случая на 100 000 живородени деца (Фигура 66).

**Фигура 67: Детска смъртност на 1 000 живородени деца: България и съпоставими държави; 1980-2012**



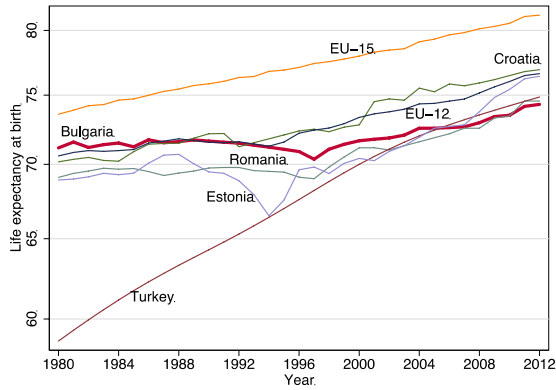
**Фигура 66: Майчината смъртност на 1 000 живородени деца: България и**



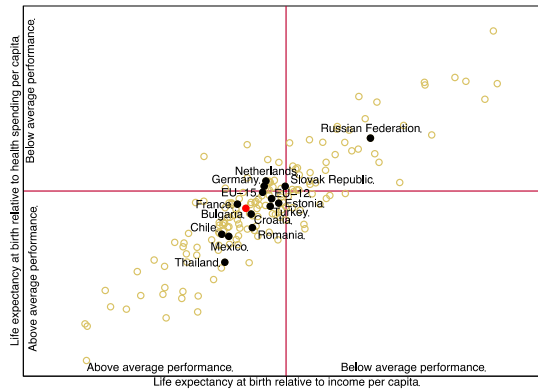
Съотношение на майчината смъртност на 100 000 живородени

4. По отношение на очакваната продължителност на живота е постигнато умерено подобрене. Очакваната продължителност на живота се е увеличила от 71,2 г. през 1980 до 74,3 години през 2012 г. Съществено подобрене е постигнато след 2000 г., тъй като до тогава очакваната продължителност на живота остава под 71,7 години. Очакваната продължителност на живота в България обаче, е все още значително по-ниска от средната за държавите от ЕС-15, която е 81,2 години през 2012, но е подобна на тази в Турция (74,9 г.) и Румъния (74,6 г.) (Фигура 69). През 2012 г. очакваната продължителност на живота в България е над средната в съпоставимите по доход и разходи за здравеопазване държави (Фигура 668). Ако приемем за константни доходите и разходите за здравеопазване, България се справя по-добре от съпоставимите с нея държави, включително средните стойности за ЕС, по всички три показателя.

**Фигура 69: Очаквана продължителност на живота: България и съпоставими държави; 1980-2012**



**Фигура 68: Сравнения на очакваната продължителност на живота в световен мащаб, спрямо Дохода и Разходите, 2012**

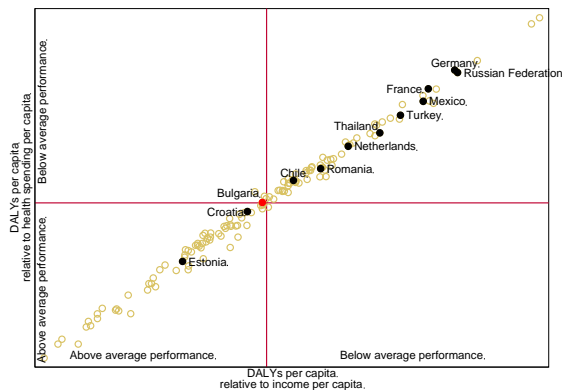


Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО, 2014

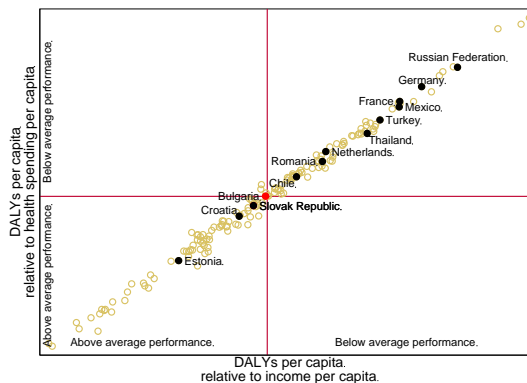
5. **Фигура 70** по-долу показва как се справя България по отношение на отлагане на преждевременната смъртност и ограничаване на инвалидизацията за своя приход и нива на разходи за здравеопазване. Относителната позиция на България не се е променила от 2000 г. и, през 2012 г., по този показател за изходни здравни данни, държавата се движи около средните стойности. Тъй като не е възможно представянето по този показател да се отдаде на специфични политики или социоекономически/културни/институционални фактори, изглежда, че цялостното представяне на България по отношение на здравния статус, така както е измерено по показателя „Години живот, коригирани с нетрудоспособността“ (DALY), е около средното в сравнение с държави с подобни нива на доход и разходи за здравеопазване.

**Фигура 70: Години живот коригирани с нетрудоспособността на глава от населението, спрямо Доход и Разходи, 2000 и 2012 г.**

2000 г.

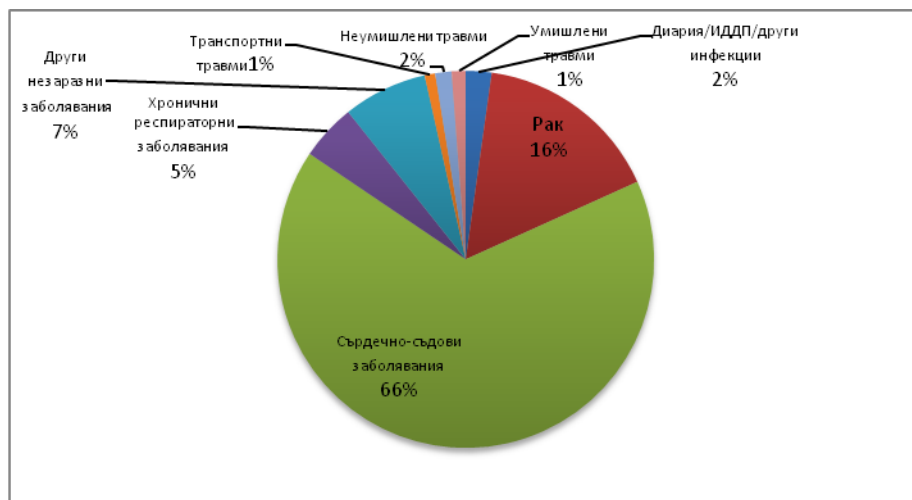


2012 г.



6. България премина през епидемиологичен преход. Въпреки че детската смъртност е все още относително висока, незаразните заболявания представляват най-голям дял от заболяемостта. Според последното Изследване на глобалната тежест на заболяванията, проведено от Института за здравна статистика и анализи, през 2010 г. почти 94 процента от смъртните случаи са причинени от незаразни заболявания. Сърдечно-съдовите заболявания тогава са водещите причини за смърт (66 процента от смъртните случаи). Травмите (транспортни, умишлени и неумишлени) причиняват 3,5 процента, докато 2,2 процента се приписват на диария, инфекции на долните дихателни пътища (ИДДП), или на други инфекциозни заболявания (Фигура 71).

Фигура 71: Причинители на смърт, България, 2010



Източник: Изследване на глобалната тежест на заболяванията, ИЗСА (2014 г.)

7. Двете основни причини за преждевременна смърт в България са исхемичната болест на сърцето и сърдечен удар, с 24,2 и 19,2 процента от загубените години потенциален живот (ГПЖ), причинени от съответните заболявания. В сравнение с 1990 г., значително по-голям дял от загубените ГПЖ сега се отдава на други незаразни заболявания, като хипертония на сърцето и ХОББ. В сравнение с 1990 г., през 2010 г. по-малък дял от загубените ГПЖ през 2010 г. са причинени от травми (Фигура 7).

Фигура 72: Причини за преждевременна смърт (загубени години потенциален живот), 1990 и

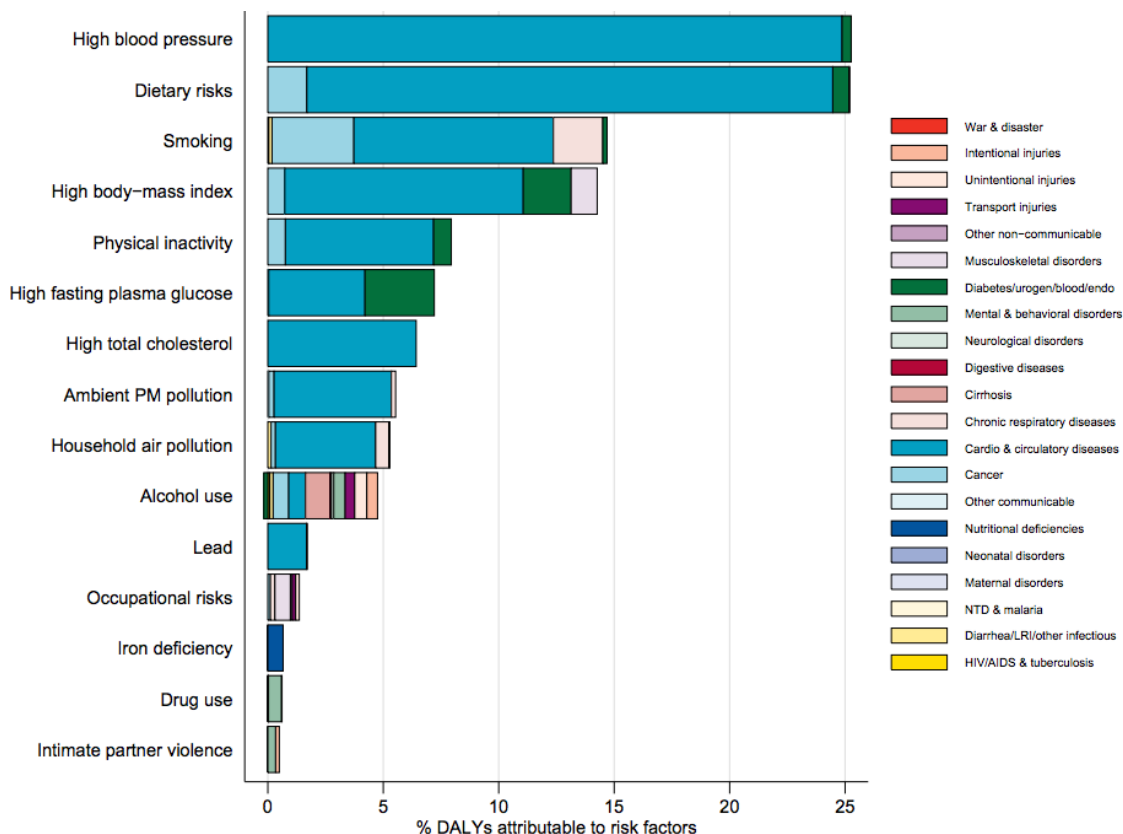
# YLLs in thousands		# YLLs in thousands		% change
(% of total)	Rank and disorder 1990	Rank and disorder 2010	(% of total)	
511 (23.4%)	1 Ischemic heart disease	1 Ischemic heart disease	465 (24.2%)	-9
433 (19.8%)	2 Stroke	2 Stroke	369 (19.2%)	-16
106 (4.8%)	3 Lower respiratory infections	3 Lung cancer	80 (4.2%)	-2
82 (3.8%)	4 Lung cancer	4 Hypertensive heart disease	80 (4.2%)	54
54 (2.5%)	5 Road injury	5 COPD	62 (3.2%)	34
53 (2.4%)	6 Other cardio & circulatory	6 Other cardio & circulatory	62 (3.2%)	17
55 (2.5%)	7 Hypertensive heart disease	7 Lower respiratory infections	52 (2.7%)	-55
51 (2.3%)	8 Self-harm	8 Colorectal cancer	48 (2.5%)	13
50 (2.3%)	9 Stomach cancer	9 Cirrhosis	43 (2.2%)	-8
47 (2.2%)	10 Cirrhosis	10 Road injury	37 (1.9%)	-31
47 (2.1%)	11 Congenital anomalies	11 Diabetes	36 (1.9%)	-5
46 (2.1%)	12 COPD	12 Self-harm	35 (1.8%)	-36
43 (2.0%)	13 Colorectal cancer	13 Cardiomyopathy	33 (1.7%)	154
38 (1.7%)	14 Diabetes	14 Stomach cancer	31 (1.6%)	-39
30 (1.4%)	15 Breast cancer	15 Breast cancer	29 (1.5%)	-5
23 (1.1%)	16 Rheumatic heart disease	16 Congenital anomalies	20 (1.0%)	-58
21 (1.0%)	17 Falls	17 Pancreatic cancer	20 (1.0%)	14
21 (0.9%)	18 Liver cancer	18 Rheumatic heart disease	18 (1.0%)	-19
20 (0.9%)	19 Preterm birth complications	19 Liver cancer	18 (1.0%)	-11
18 (0.8%)	20 Brain cancer	20 Brain cancer	18 (0.9%)	3
18 (0.8%)	21 Pancreatic cancer	21 Chronic kidney disease	17 (0.9%)	16
16 (0.7%)	22 Leukemia	22 Falls	14 (0.7%)	-36
15 (0.7%)	23 Drowning	23 Cervical cancer	12 (0.6%)	-4
15 (0.7%)	24 Chronic kidney disease	24 Preterm birth complications	12 (0.6%)	-41
15 (0.7%)	25 Interpersonal violence	25 Leukemia	12 (0.6%)	-26
	26 Cardiomyopathy	31 Interpersonal violence		
	27 Cervical cancer	35 Drowning		

2010

Източник: Изследване на глобалната тежест на заболяванията, ИЗСА (2014 г.)

8. Сърдечно-съдовите заболявания представляват и най-големия дял от Годишните живот, коригирани с нетрудоспособността (DALY). В България, почти 37 процента от DALY може да бъде отдадено на сърдечните и сърдечно-съдовите заболявания. Това е най-високият дял измежду държавите от ЕС-28. Сред другите основни причини за DALY са рак (13 процента), скелетно-мускулни разстройства (9,8 процента), травми (8,3 процента), психични и поведенчески разстройства (ИСЗ на ИЗИО, 2014 г.).
9. По-голямата част от Годишните живот, коригирани с нетрудоспособността (DALY) могат да бъдат отдадени на високото кръвно налягане, рисковете, свързани с хранителните навици, пушенето и високия индекс на телесна маса (Фигура 73). Най-новите налични данни показват, че през 2008 г., 41 процента от възрастното население (на възраст над 25 години) в България страда от повишено кръвно налягане (СКН  $\geq$  140 или ДКН  $\geq$  90) (Глобална здравна обсерватория на СЗО, 2014 г.)

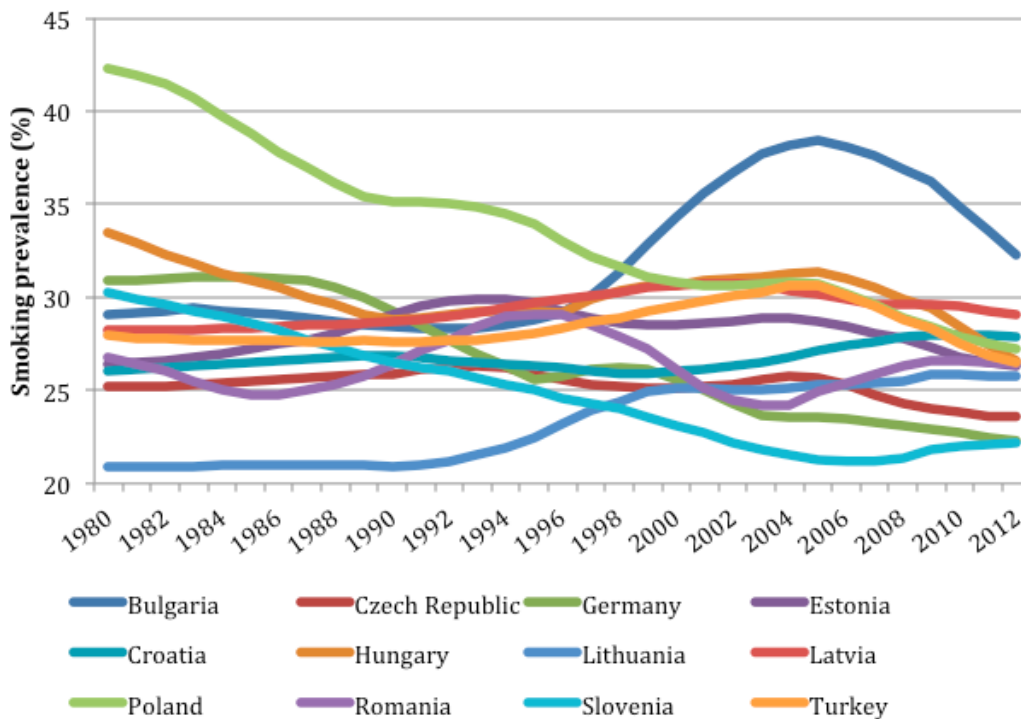
**Фигура 73: Заболеваемост, причинена от 15-те водещи рискови фактора през 2010 г., изразена като процент от годините живот, коригирани с нетрудоспособността за България**



Източник: Изследване на глобалната тежест на заболяванията, ИЗСА (2014 г.)

10. Пушенето, основен рисков фактор за описаните сърдечносъдови и ракови заболявания, продължава да бъде широко разпространено в България. Над 32 процента от хората на възраст на и над 15 години са активни пушачи. Това е най-големият процент сред държавите-членки на ЕС след Гърция (38,3%). Броят на активните пушачи достига най-висока точка през 2005 г., когато 38,4 процента от хората на възраст на и над 15 години са били активни пушачи (Фигура 74). Наскоро, България предприе няколко стъпки, за да овладее разпространението на тютюнопушенето. През 2010 г. бяха рязко увеличени данъчните ставки върху тютюна, а през 2012 г. се въведе забрана за пушене публични места.

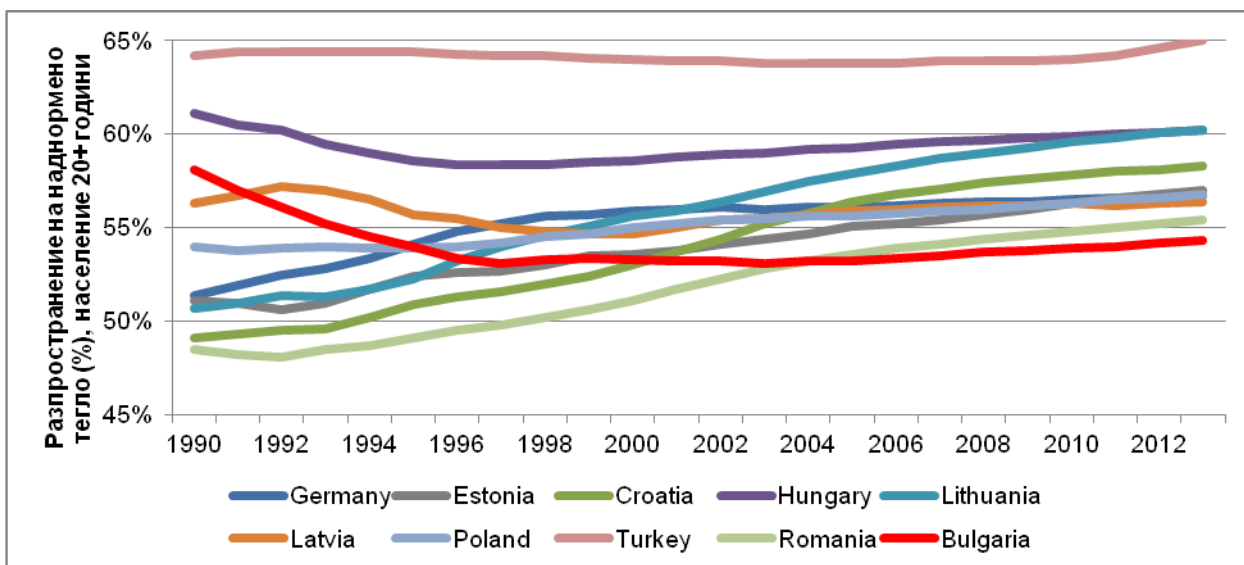
Фигура 74: Активни пушачи сред възрастното население над 15 години, 1980-2012 г.



Източник: Изследване на глобалната тежест на заболяванията, ИЗСА (2014 г.)

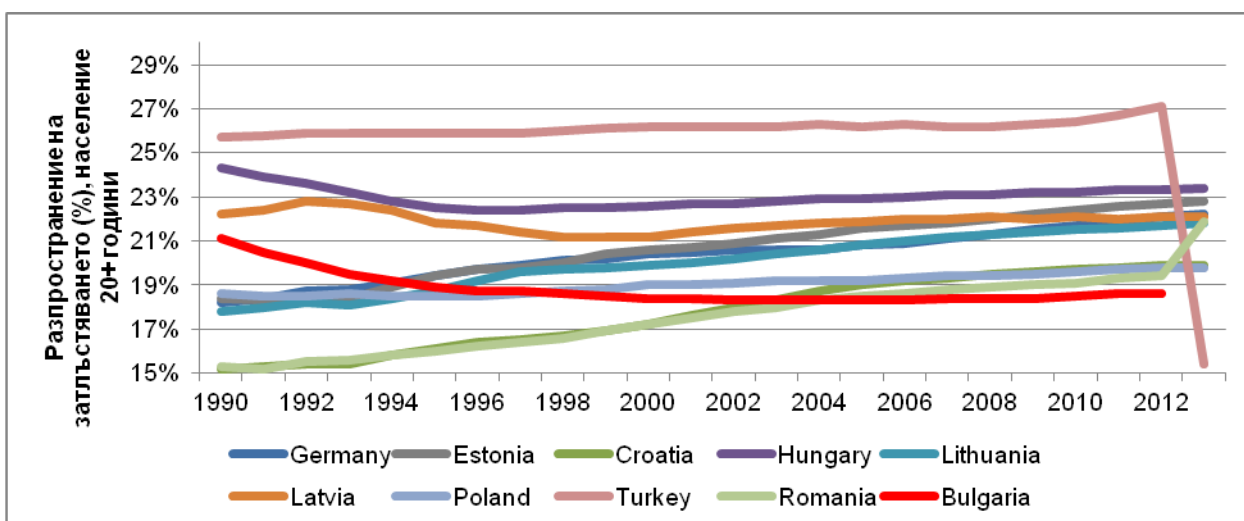
11. В България, наднорменото тегло и затлъстяването са по-малко разпространени отколкото в други съпоставими държави. За разлика от повечето от тях, в България делът на хората с наднормено тегло на възраст на и над 20 години е намалял от 1990 г. насам. Разпространението на наднорменото тегло сега е сред най-ниските и обхваща 54% от хората над 20 години. Стойността е подобна на тази в Румъния (55 процента), Латвия (55 процента) и Полша (57 процента). Делът е значително по-висок в Турция, където 65 процента от възрастното население на възраст над 20 години има наднормено тегло (Фигура 75). По същия начин разпространението на затлъстяването намалява леко от 21 процента през 1990 г. до 18,6 процента в 2012 г., като е сравнимо с процента на затлъстяване, установен в Полша (19,8%) и Хърватска (19,9) (Фигура 76)

Фигура 75: Разпространение на наднормено тегло, население 20+ години (%), 1990-2012 г.



Източник: Изследване на глобалната тежест на заболяванията, ИЗСА (2014 г.)

Фигура 76: Разпространение на затлъстяването, население 20+ години (%), 1990-2012 г.



Източник: Изследване на глобалната тежест на заболяванията, ИЗСА (2014 г.)

### Възприемане на системата за здравеопазване

12. Удовлетворението на пациентите остава ниско. През 2013 г., само 29 процента оценяват цялостното качество на здравната грижа като „добро“, в сравнение със средните за държавите от ЕС-28 71 процента. Това е третата най-ниска стойност в ЕС след Румъния (25 процента) и Гърция (26 процента) (Евробарометър, 2014). Седемдесет и два процента от анкетиранията са убедени, че качеството на здравеопазването в България е по-лошо от това в другите държави-

членки на ЕС. Помолени да изброят най-важните критерии за висококачествено здравеопазване, българите избират „лечение, което действа“ (63 процента), добре обучен медицински персонал (47 процента) и съвременно медицинско оборудване (36 процента) (Фигура 77) (Евробарометър, 2014). Корупцията също би могла да бъде фактор за неудовлетвореността, тъй като 78 процента от анкетираните в проучването Глобален барометър 2013, проведено от Прозрачност без граници (Transparency International), са смятали, че медицинските и здравните услуги са корумпирани или крайно корумпирани (Transparency International, 2014).<sup>127</sup> Въпреки това е важно да се отбележи, че България изглежда е направила някои подобрения по отношение на качеството на предлаганата грижа. Според Европейския здравно-потребителски индекс (EuroHealth Consumer Index<sup>128</sup>) 2013, България се подрежда на 30-то място от общо 35 сред европейските системи за здравна грижа, като се е придвижила нагоре с 3 места от 2012 г. България се е представила особено зле по отношение на параметри като здравни резултати, разпространение и обхват на предоставяните услуги.<sup>129</sup>

---

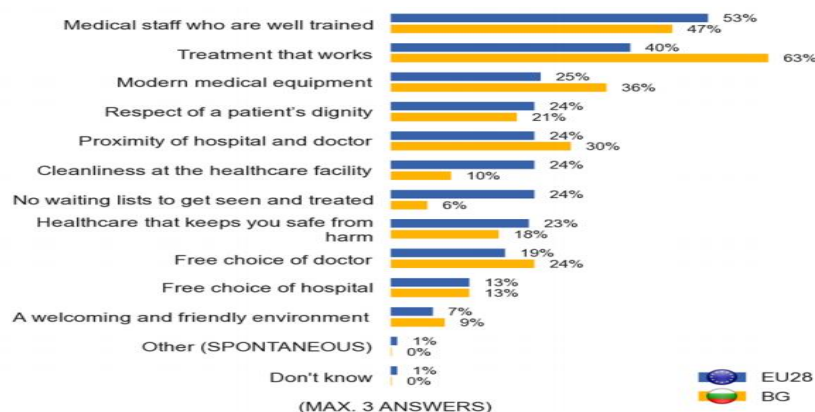
<sup>127</sup>Процентът е по-висок само в съдебната система – 86 процента от анкетираните са убедени, че съдебната система е корумпирана или крайно корумпирана. Само 7 процента обаче, съобщават, че са платили подкуп за медицински и здравни услуги в последните 12 месеца (Transparency International, 2014).

<sup>128</sup> *Европейският здравно-потребителски индекс* 2013 е създаден през 2005 г. и сравнява здравните системи по 48 показателя, покриващи шест области, които са от съществено значение за здравния потребител: пациентски права и информация, достъпност на лечението (време за чакане), медицински резултати, разпространение и обхват на предоставяните услуги, фармацевтика и превенция.

<sup>129</sup> Разпространението и обхватът на предоставяните услуги включва безпристрастност на здравната система, брой операции на катаракта на 100 000 души население на възраст над 65 години, брой бъбречни трансплантации на милион души население, включване на стоматологична грижа в общественото здравеопазване, неофициални плащания към лекари, дългосрочна грижа за възрастните и дял на извършваните в извънболнични условия хемодиализи.



**Фигура 77: Най-важните критерии, когато мислите за висококачествено здравеопазване, % от анкетираните**



Източник: Евробарометър (2014).

*Бележки:* На анкетираните е зададен следният въпрос: „Кои са трите най-важни от следните критерии, когато мислите за висококачествено здравеопазване в (НАШАТА ДЪРЖАВА)?“ Анкетираните са могли да изберат до три критерия.

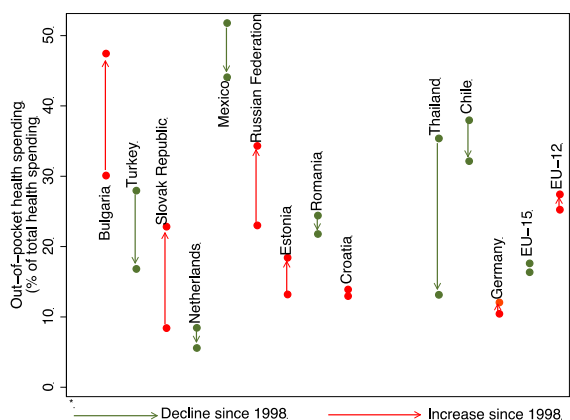
## Здравно финансиране

13. Въпреки значителното увеличение в разходите за здравеопазване между 1995 и 2012 г., разходите за здравеопазване на глава от населението в България все още е под средните стойности за ЕС. Между 1995 и 2012 г. в България са се увеличили значително както общите разходи за здравеопазване, така и разходите на глава от населението. Разходите на глава от населението са се увеличили от 82 в щатски долари и 295 в международни долари (ППС) през 1995 г., до съответно 566 в щатски долари и 1139 ППС, през 2012 г. Разходите за здраве на глава от населението обаче, са все още значително по-ниски от средните за държавите от ЕС-12 и ЕС-15 стойности от 1160 и 4379 щатски долара на глава от населението, съответно, за 2012 г.
14. Съставът на разходите за здравеопазване се е променил значително в течение на същия период от време. През 2012 г., публичният дял на общия разход за здравеопазване е представлявал 51,4 процента, в сравнение с почти 74 процента през 1995 г. В резултат, частният разход за здравеопазване се е увеличил от 26% през 1995 г. до 48,6% през 2012, като делът на плащанията със собствени средства се е покачил съответно от 26 на 47,5 процента.
  - ✓ През 2012 г., общият разход за здравеопазване е представлявал 8 процента от БВП, повишен от 5,2 процента през 1995 г. По отношение на сравненията в световен мащаб през 2012 г., общият разход за здравеопазване като дял от БВП и на глава от населението, е над средния, съотнесено към държавите с подобни нива на доходи.
  - ✓ Публичните, като дял от общите разходи за здравеопазване са под средните стойности, но при измерване като дял от БВП – те са леко над тях (4,1 процента). При измерване във вид на разходи на глава от населението (както в обменни курсове, така и в международни долари), публичните разходи за здравеопазване са около средните, съотнесено към други държави със сравним доход.

- ✓ Различна е картината по отношение на частните разходи за здравеопазване. Частните разходи като дял от общите разходи за здравеопазване (48,6), като дял от БВП (3,9 процента) и като разход на глава от населението по обменен курс (\$275) и в международни долари (\$553) за 2012 г. е значително над средните в световен мащаб.

15. Високите плащания със собствени средства ограничават защитата срещу финансов риск, осигурена от системата. Плащанията със собствени средства възлизат на почти 98 процента от всички частни разходи за здравеопазване. Като дял от общите разходи за здравеопазване (48 процента), като дял от БВП (3,8 процента) и във вид на разход на глава от населението (\$268 по обменен курс и \$540 в ППС), допълнителните разходи са значително над средните в световен мащаб. Затова България не отговаря на критерия на СЗО за финансова защита, тъй като допълнителните разходи са значително над определения от СЗО праг от 15-20 процента от общия разход за здравеопазване. Важно е да се отбележи, че допълнителните разходи са се повишили с повече от 20 процентни пункта от 1998 до 2012 г. (Фигура 78).

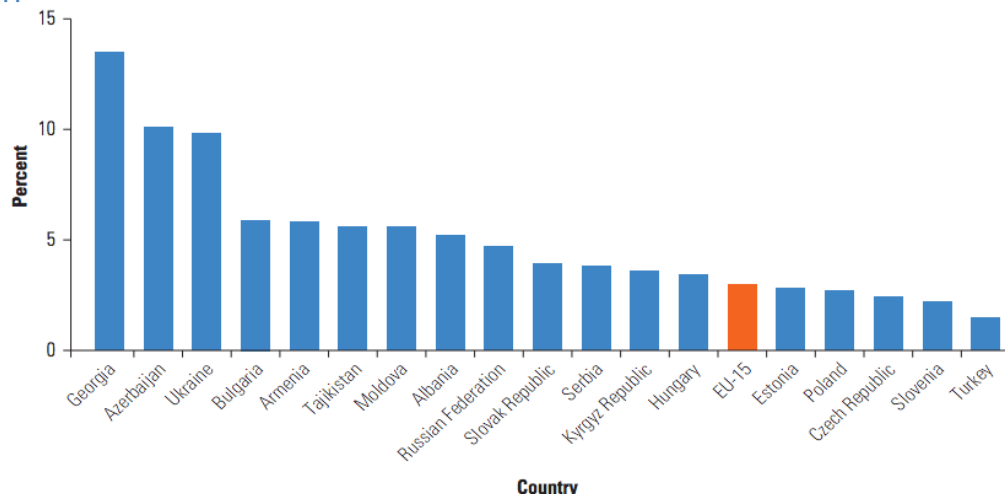
Фигура 78: Промени в дела на разходите със собствени средства (1998-2012 г.)



Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО (2014 г.)

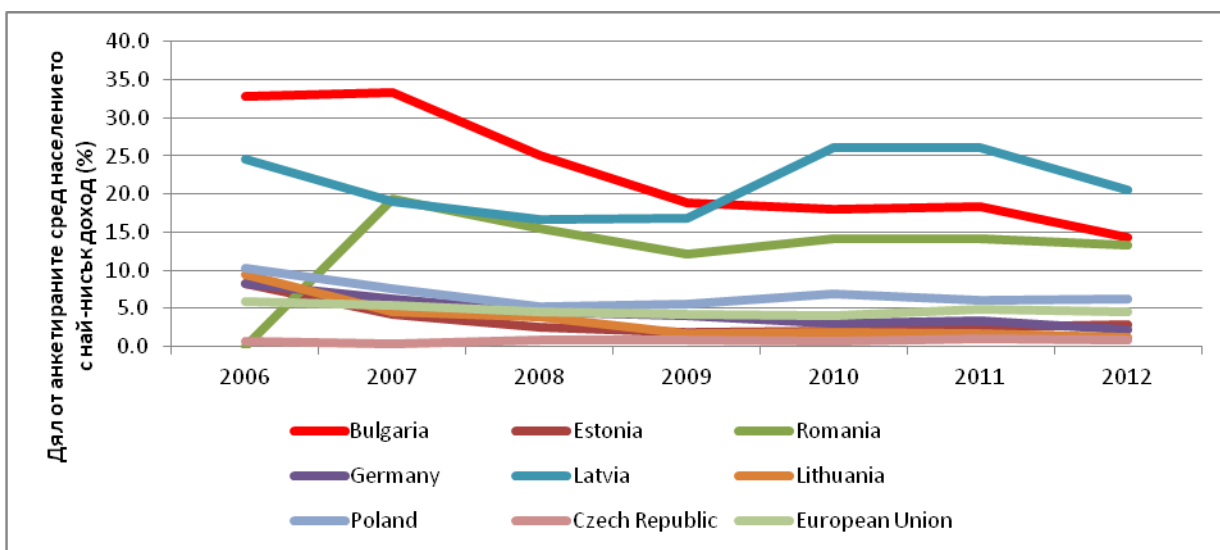
16. Плащанията със собствени средства представляват над 6 процента от общия разход на домакинствата – почти двойно по-висока стойност от тази в държавите от ЕС-15 (Фигура ). През 2012 г., над 14 процента от анкетираните сред тази част от населението с най-нисък доход, съобщават, че не са търсили здравна помощ, тъй като е твърде скъпо. Въпреки че по този индикатор стойностите са двойно по-ниски от 2006 г., България изостава от повечето други държави-членки на ЕС. През 2012 г. средната стойност за ЕС е 4,5 процента, а в Естония, Германия, Литва и Чехия индикаторът е под 3 процента. (фигура 80).

Фигура 79: Плащания със собствени средства за здравеопазване като процент от общия разход на домакинствата \*



\* Данни от последната година, за която има информация  
Източник: Smith and Nguyen (2013)

Фигура 80: Дял от анкетираните сред населението с най-нисък доход, които съобщават, че не са търсили здравна помощ, тъй като е твърде скъпо



Източник: Евростат (2014)

17. Въпреки въвеждането на системата за доплащания през 2000 г., има свидетелства, че пациентите продължават да генерират неофициални плащания. Като използва резултати от национално представително проучване, проведено през 2010 г., Атанасова и колектив (2014 г.) откриват, че 13 процента от пациентите съобщават за неофициални плащания за извънболнични посещения, а 33 процента от пациентите съобщават, че са платили неофициално за извънболнична здравна помощ.

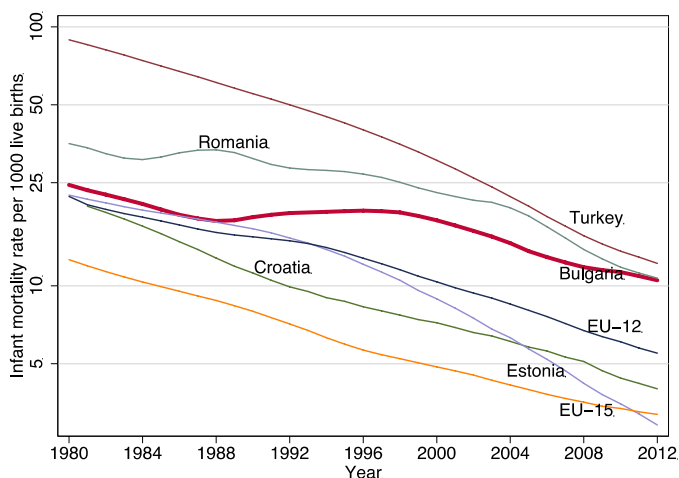
## 2. Подробен анализ на входящите данни, резултати и разходи за здравеопазване

18. В това Приложение, ние показваме анализ на представянето на България по индикаторите на системата за здравеопазване. Първо, анализираме тенденциите от изходящите и входящите здравни данни за периода 1980-2012 г. и тенденциите в здравното финансиране от 1995 до 2012 г., сравнявайки тези тенденции със средните показатели за държавите от ЕС-12 и ЕС-15, както и с тенденциите в Хърватска, Естония, Румъния и Турция. Второ, ще направим сравнителен анализ на представянето на България от последните години, за които има данни (в повечето случаи 2012 г.) в сравнение с държави, съпоставими по приход и разходи за здравеопазване.

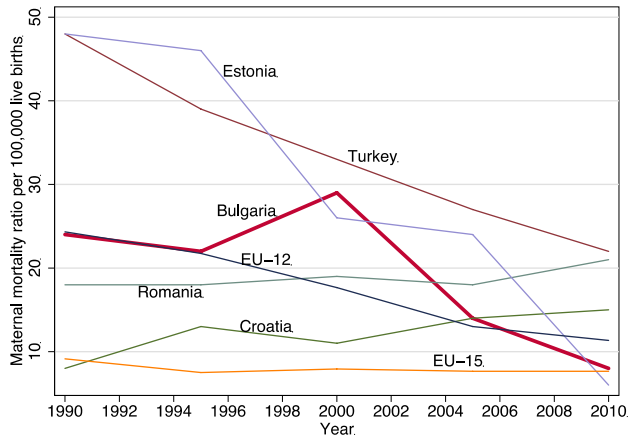
### 2.1. Времени тенденции във входящите данни, резултатите и разходите за здравеопазване

19. Въпреки че България постигна значително подобрение по отношение на ключови здравни резултати между 1980-2012 г., темпото, с което се случват тези подобрения е по-бавно, отколкото в други държави от ЕС. Детската смъртност намалява от 24,5 през 1980 г. до 10,5 на 1000 живородени деца през 2012 г. Въпреки значителното намаление обаче, детската смъртност в България е все още над три пъти по-висока от средната за държавите от ЕС-15 стойност от 3,2 смъртни случая на 1000 живи раждания и почти два пъти по-висока от средната за държавите от ЕС-12 смъртност от 5,5 смъртни случая на 1000 живородени деца (Фигура 81). Подобен напредък е постигнат в намаляването на майчината смъртност, която е спаднала от 24 през 1990 г. до 8 смъртни случая на 100 000 живородени деца през 2010 г. България подмина средния за държавите от ЕС-12 брой от 11,3 смъртни случая на 100 000 живородени деца и доближава средния за държавите от ЕС-15 брой от 7,6 смъртни случая на 100 000 живородени деца (Фигура 80).

Фигура 81: Детска смъртност на 1000 живородени деца: България и съпоставими държави; 1980-2012 г.

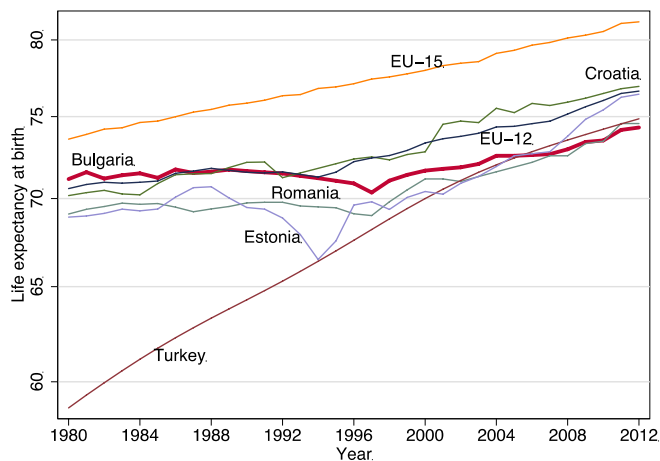


**Фигура 82: Майчина смъртност – брой смъртни случаи на 100 000 живородени деца: България и съпоставими държави; 1990-2010 г.**



20. Известно подобрение е постигнато по отношение на очакваната продължителност на живота. Продължителността на живота се е увеличила от 71,2 години през 1980 г. до 74,3 години през 2012 г. По-голямото увеличение е постигнато след 2000 г., тъй като очакваната продължителност на живота е останала под 71,7 години до 2000 г. Очакваната продължителност на живота в България обаче е все още значително по-ниска от средната за държавите от ЕС-15 продължителност от 81,2 години през 2012 г., но е подобна на очакваната продължителност в Турция (74,9 години) и Румъния (74,6 години) (Фигура 83).

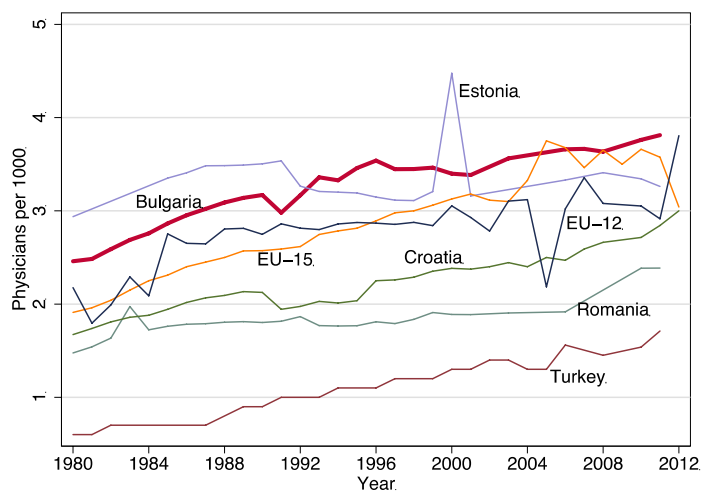
**Фигура 83: Очаквана продължителност на живота: България и съпоставими държави; 1980-2012 г.**



Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО, 2014

21. Броят на лекарите на глава от населението се е увеличил от 2,5 през 1980 до 3,8 лекари на 1000 души население през 2011 г.<sup>130</sup> Съотношението лекари/население е сравнимо със средното за държавите от ЕС-12 3,8 лекари на 1000 души население през 2012 г., но е по-високо от средното за държавите от ЕС-15 съотношение от 3,1 лекари на 1000 души население през 2012 г. (Фигура 84). Междувременно, броят на болничните легла на 1000 души население е намалял от 8,9 през 1980 г. до 6,4 легла на 1000 души население през 2011 г. (последната година, за която са налични данни). Броят на болнични легла на глава от населението обаче, стабилно се е увеличавал между 1980 и 1996 г., достигайки връх от 10,5 легла на глава от населението през 1996 г. Понастоящем, съотношението болнични легла/население е близо до средното за държавите от ЕС-15 съотношение от 6,5 легла на 1000 души население, но е по-високо от средното за ЕС-12 4,8 легла на глава от населението (Фигура 85).

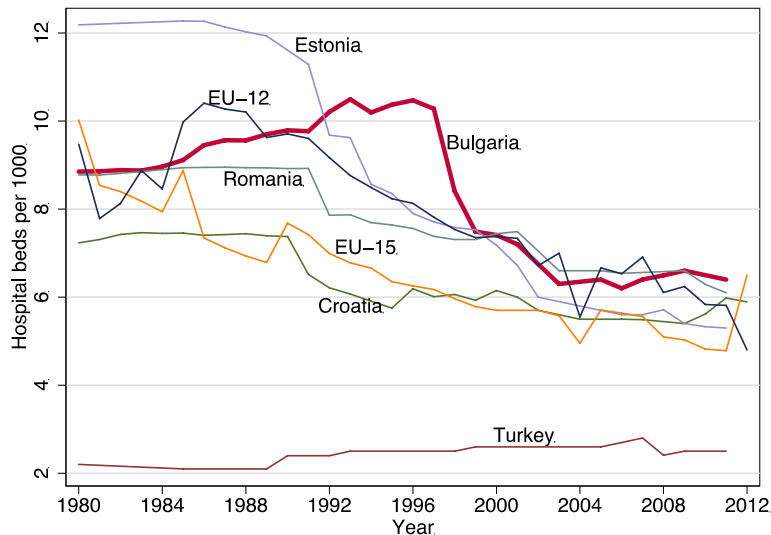
Фигура 84: Лекари на 1000 души население: България и съпоставими държави; 1980-2012 г.



Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО НЗС, 2014 г.

<sup>130</sup> Няма налични данни за 2012 г.

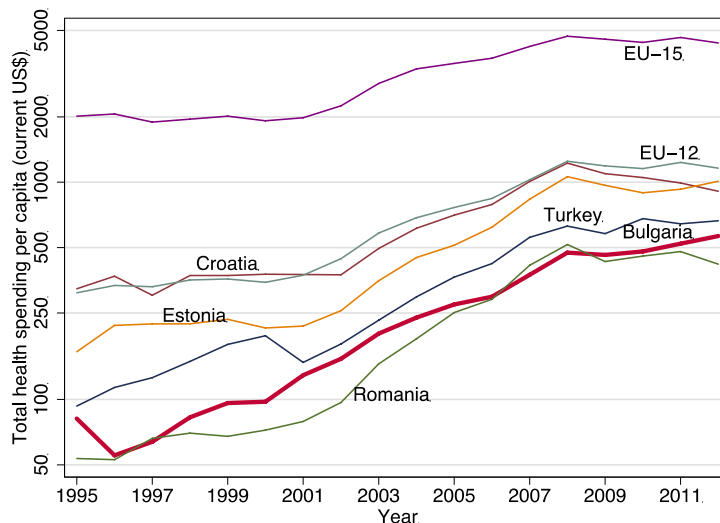
Фигура 85: Болнични легла на 1000 души население: България и съпоставими държави; 1980-2012



Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО НЗС, 2014 г.

22. Между 1995 и 2012 г. в България се увеличават значително както общите разходи, така и разходите на глава от населението. Общите разходи за здравеопазване като дял от БВП се увеличават от 5,2 процента през 1995 до 8 процента през 2012 г., а разходите на глава от населението са се увеличили от 82 в щатски долара и 295 в международни долари (ППС) през 1995 г., до съответно 566 щатски долара и 1139 ППС, през 2012 г. Разходите на глава от населението, обаче, са все още значително по-ниски от средните за държавите от ЕС-12 и ЕС-15 от съответно 1160 и 4379 щатски долара на глава от населението, през 2012 г. (Фигура 86).

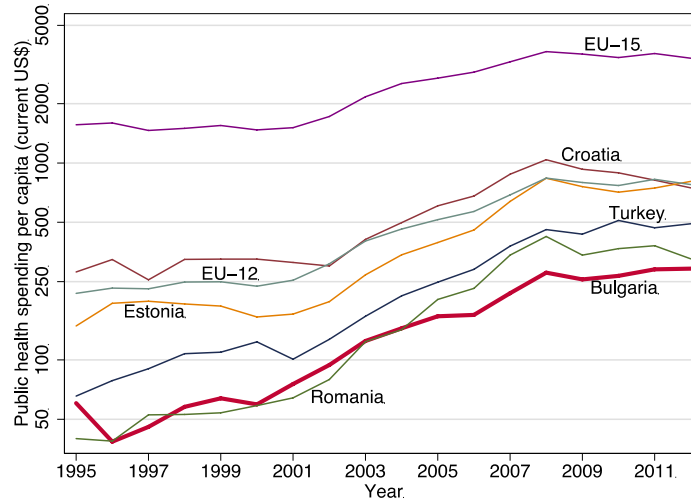
Фигура 86: Общи разходи за здравеопазване на глава от населението (преизчислени в щатски долари към днешна дата): България и съпоставими държави; 1995-201



Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО НЗС, 2014 г.

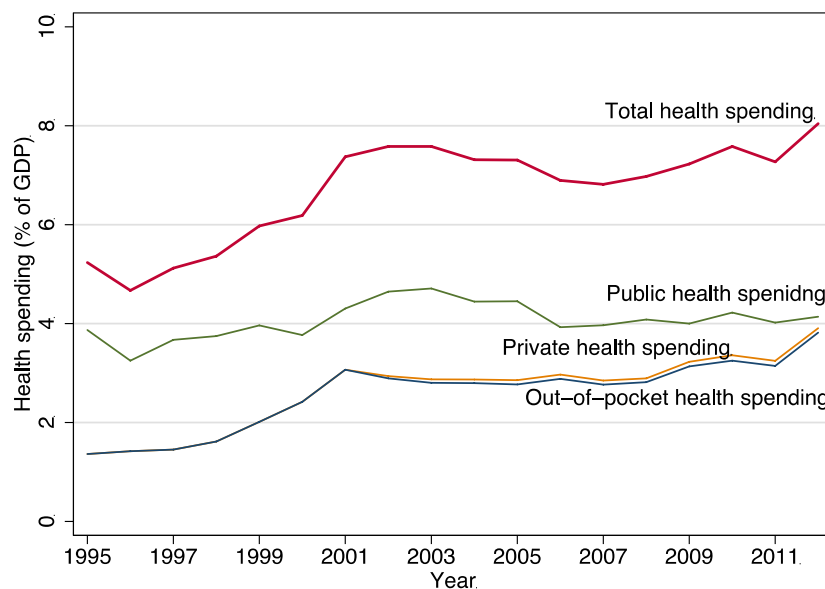
23. Публичните разходи за здравеопазване на глава от населението в България също са се увеличили от 60 щатски долара през 1995 г. до 291 щатски долара през 2012 г., но все още са значително по-ниски от средните за държавите от ЕС-12 и ЕС-15 стойности от съответно 777 и 3404 щатски долара през 2012 г. (Фигура 87). Като дял от БВП, публичните разходи за здравеопазване са се увеличили от 3,9 процента през 1995 г. до 4,1 процента през 2012 г., докато частните разходи за здраве са се увеличили съответно от 1,4 до 3,9 процента (Фигура 88).

Фигура 87: публичните разходи за здравеопазване на глава от населението (щатски долара, преизчислени към днешна дата): България и съпоставими държави; 1995-2012 г.



Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО НЗС, 2014 г.

Фигура 88: Разходи за здраве като дял от БВП, България, 1995-2012

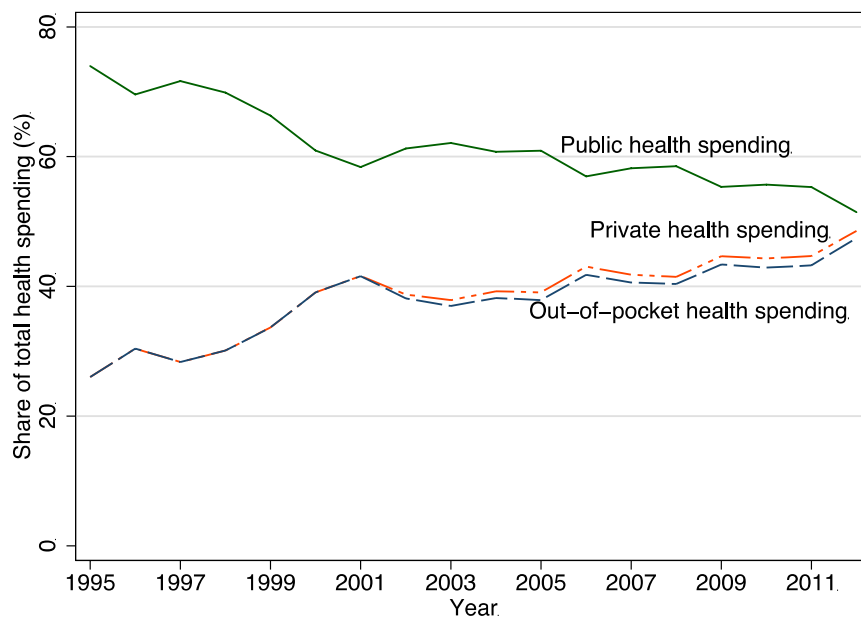


Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО НЗС, 2014 г.



24. Съставът на разходите за здравеопазване се е променил в течение на същия период от време. През 2012 г., публичният дял от общите разходи за здравеопазване представлява 51,4 процента, в сравнение с почти 74 процента през 1995 г. В резултат, частните разходи за здраве са се увеличили от 26 процента през 1995 до 48,6 процента през 2012 г., като делът на плащанията със собствени средства се е увеличил съответно от 26 до 47,5 процента.

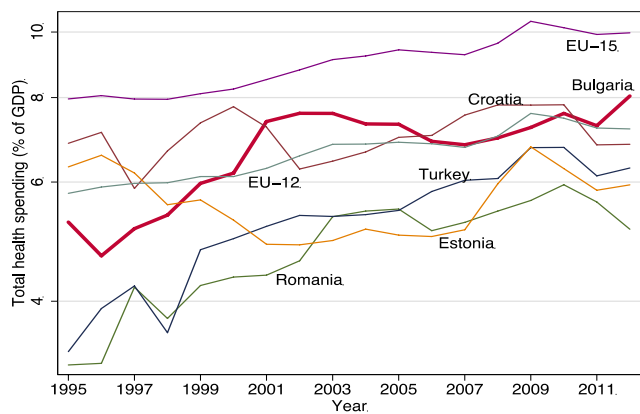
**Фигура 89: Публични, частни разходи и със собствени средства за здравеопазване като дял от общите разходи за здравеопазване, България, 1995-2012 г.**



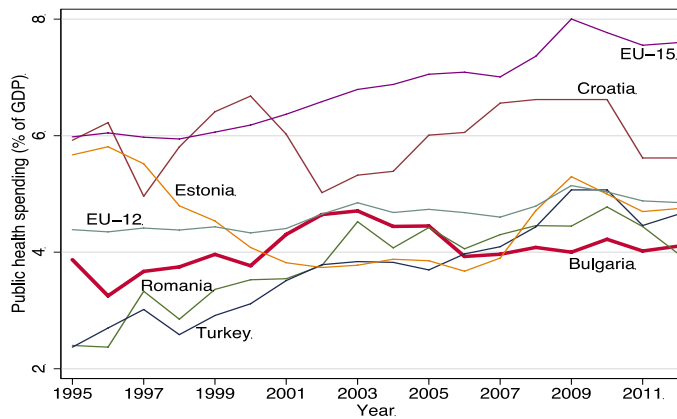
Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО НЗС, 2014 г.

25. От Фигура 90 до Фигура 96 са показани тенденциите във финансирането на здравеопазването за България и съпоставимите държави за периода от 1995 до 2012 г. Като дял от БВП, общите разходи са подобни на средните за държавите от ЕС-12, но публичните разходи за здравеопазване са по-ниски от средните за тези държави. Частните и допълнителните разходи за здравеопазване, като дялове от БВП са значително по-високи от тези, наблюдавани в съпоставимите държави. Същото важи и когато частните и допълнителните разходи се измерват като дялове от общите разходи за здравеопазване. От друга страна, публичните разходи за здравеопазване, като дял от общите разходи за здравеопазване са значително по-ниски от тези в други съпоставими държави.

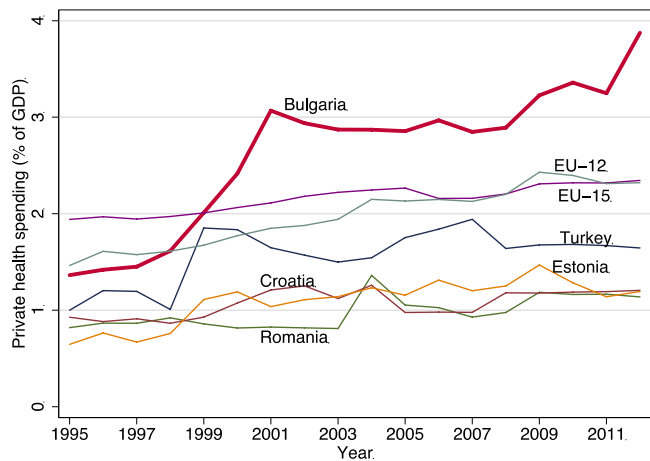
**Фигура 90: Общ разход за здравеопазване като дял от БВП: България и съпоставими държави; 1995-2012 г.**



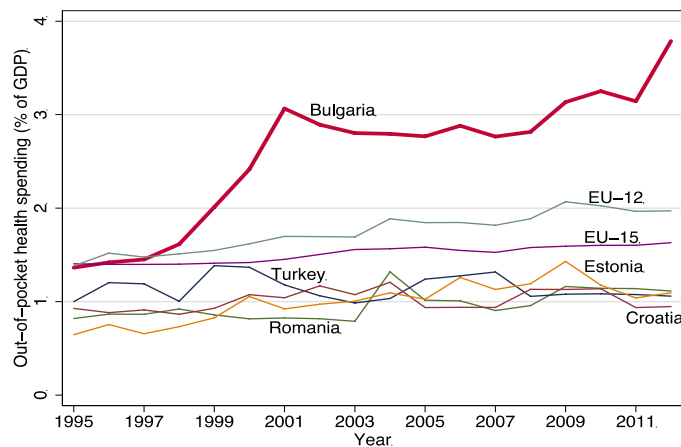
**Фигура 91: Публичен разход за здравеопазване като дял от БВП: България и съпоставими държави; 1995-2012 г.**



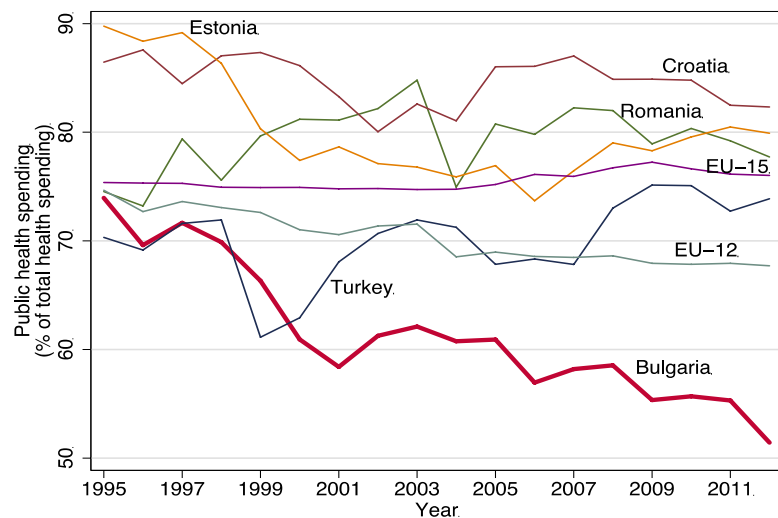
**Фигура 92: Частни разходи за здравеопазване като дял от БВП: България и съпоставими държави; 1995-2012**



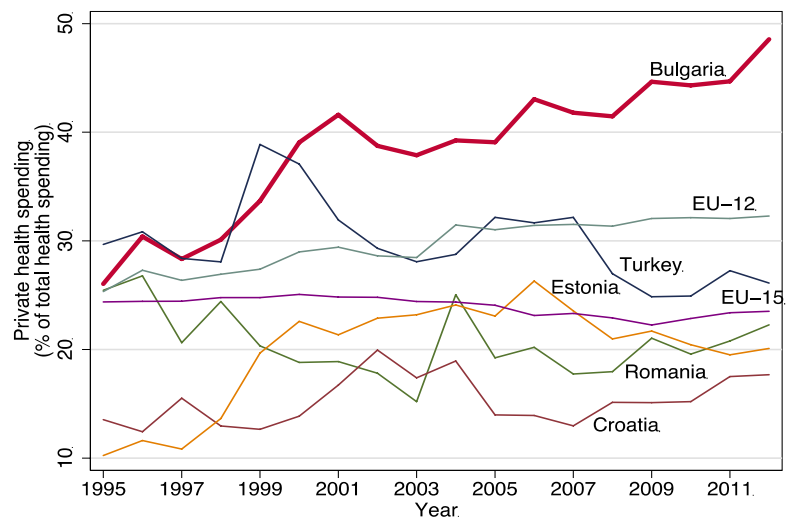
**Фигура 93: Разходи със собствени средства за здравеопазване като дял от БВП: България и съпоставими държави; 1995-2012**



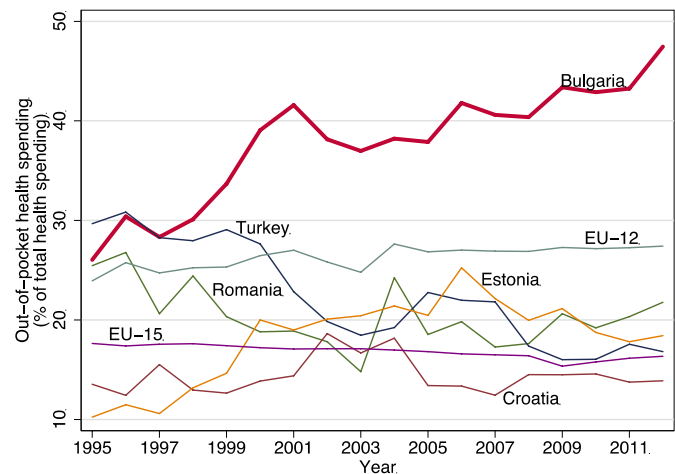
Фигура 94: Публични разходи за здравеопазване като дял от общите разходи за разходи за здравеопазване: България и съпоставими държави, 1995-2012



Фигура 95: Частни разходи за здравеопазване като дял от общите здравеопазване: България и съпоставими държави, 1995-2012



Фигура 96: Разходи със собствени средства за здравеопазване като дял от общите разходи за здравеопазване: България и съпоставими държави; 1995-2012



26. Таблица 26 изобразява номиналната еластичност на общите, публичните и частните разходи за здравеопазване по отношение на БВП от 1995 до 2012 г., както и за подпериодите 1999-2012 г. и 2005-2012 г. От гледна точка на съотношението между номиналните разходи за здравеопазване и номиналния ръст на БВП, общите разходи за здравеопазване за целия период от 1995 до 2012 г. са се увеличавали с 11,2 процента на година по-бързо от БВП (номинална еластичност от 1,112), публичните разходи са се увеличавали с 4,6 процента по-бързо от БВП (1,046), а частните разходи са се увеличавали с 23,2 процента по-бързо (1,232). Между 2005 и 2012 г., общите разходи за здравеопазване са се увеличили с 13,5 процента по-бързо от БВП (1,135), публичните разходи за здравеопазване са нарастнали със 7 процента по-бавно от БВП (0,930), а частните разходи са нарастнали със значително по-бърз темп от 40,2 процента (1,402).
27. Таблица 27 изобразява номиналната еластичност на общите годишни държавни приходи и разходи, съотнесени към БВП, както и публичните разходи за здравеопазване, спрямо общите държавни разходи. Между 1999 и 2012 г., държавните приходи са нарастнали със 7,2 процента по-бавно от БВП, а между 2005 и 2012 г. с 23 процента по-бавно. Междувременно, държавните разходи са нарастнали със 7,1 процента (еластичност от 0,929) по-бавно между 1999-2012 г., а между 2005 и 2012 г. – с 3,1 процента (еластичност от 1,031) на година по-бързо. Публичните разходи за здравеопазване са нарастнали с 3,6 процента по-бързо от общите държавни разходи между 1999 и 2012 г. (еластичност от 1,036), но с над 10 процента по-бавно за подпериода между 2005-2012 г. (еластичност от 0,898)

**Таблица 26: Еластичност на разходите за здравеопазване, спрямо БВП, 1995-2011 г.**

	<b>1995-2012</b>	<b>1999-2012</b>	<b>2005-2012</b>
Общи разходи за здравеопазване	1,112	1,100	1,135
Публични разходи за здравеопазване	1,046	0,970	0,930
Частни разходи за здравеопазване	1,232	1,287	1,402

*Източник: МВФ Световна икономическа перспектива и СЗО, 2014 г.*

**Таблица 27: Еластичност на държавните приходи и разходи, спрямо БВП, и публичните разходи за здравеопазване, спрямо държавните разходи, 2000-2012 г.\***

	<b>1999-2012</b>	<b>2005-2012</b>
Държавните приходи спрямо БВП	0,928	0,770
Държавните разходи спрямо БВП	0,929	1,031
Публичните разходи за здравеопазване спрямо държавните разходи	1,036	0,898

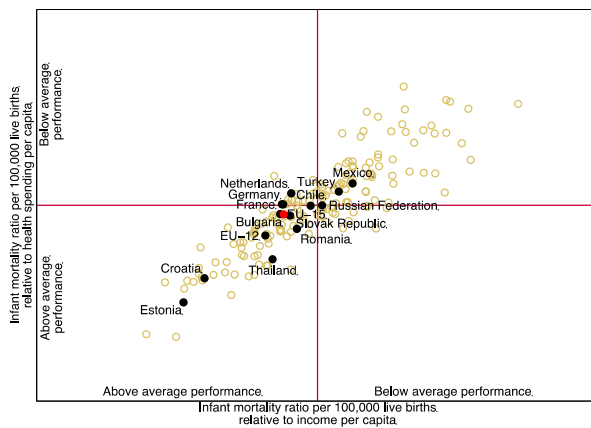
*Източник: МВФ Световна икономическа перспектива и СЗО, 2014 г.*

\*Данни за държавните приходи и разходи са налични само от началото на 1999 г.

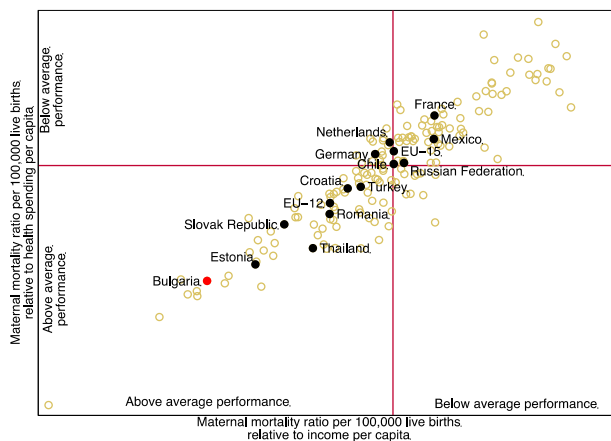
## 2.2. Сравнителен анализ на представянето на България спрямо държави с подобни нива на доходи и разходи за здравеопазване

Предвид липсата на подходящи данни и методики, е трудно да се направи точна оценка на една здравна система. По тази причина, изследователите често разчитат на глобалния сравнителен анализ на входящи здравни данни, резултати и на разходи за здравеопазване, за да осигурят перспектива върху представянето на държавата, спрямо държави със сравними нива на доходи и разходи за здравеопазване. Средните стойности в световен мащаб не представляват златен стандарт, а по-скоро са лесен за измерване и полезен показател за оценяване на сравнително представяне. При сравнение с други държави със съпоставими доходи и разходи за здравеопазване, по ключови резултати в здравеопазването България се представя над средното ниво (Фигура 97 – Фигура 99)

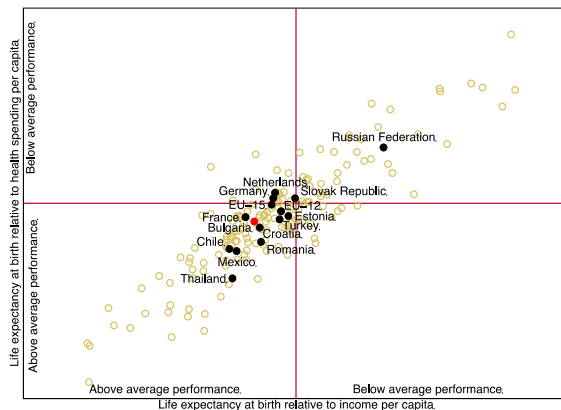
**Фигура 97: Сравнение в световен мащаб на детската смъртност спрямо доход и общите разходи за здравеопазване**



**Фигура 98: Сравнение в световен мащаб на майчината смъртност спрямо доход и общите разходи за здравеопазване, 2010**



**Фигура 99: Сравнение в световен мащаб на очакваната продължителност на живота спрямо доход и разходите, 2012**

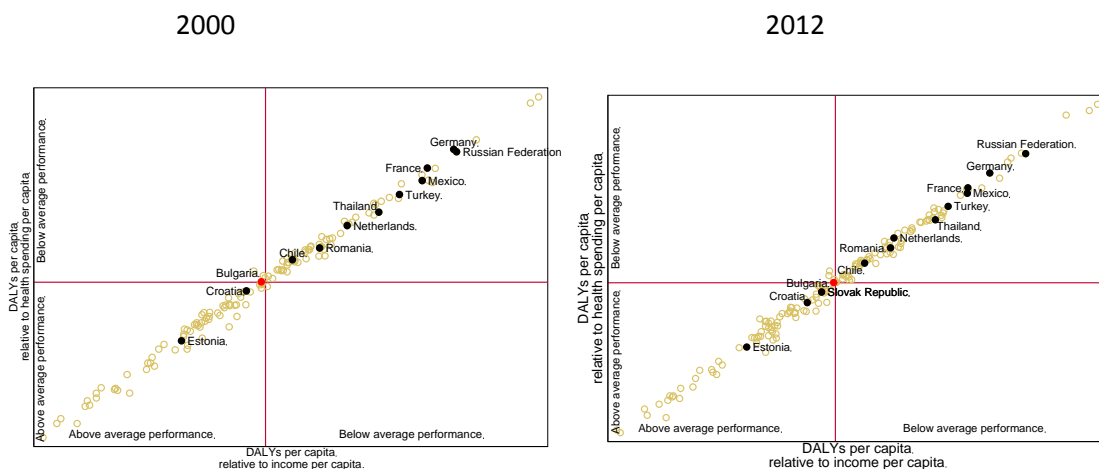


Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО, 2014

Бележка: Логаритмична скала по двете оси

28. **Фигура 100** по-долу показва как се представя България по отношение на отсрочването на преждевременната смърт и в ограничаването на инвалидността за своите нива на доходи и разходи за здравеопазване. Относителната позиция на България не се е променяла след 2000 г., а през 2012 г. държавата се представя над средното ниво по този показател за резултати в здравеопазването. Тъй като подобно представяне не е възможно да бъде отдадено на специфични политики или социоикономически/културни/институционални фактори, изглежда, че цялостните резултати по отношение на състоянието на здравеопазването в България, така както са измерени с годините живот, коригирани с нетрудоспособността (DALY), са около средните в сравнение с държави с подобни нива на доход и разходи за здравеопазване.

**Фигура 100: Години живот, коригирани с нетрудоспособността (DALY) спрямо дохода и разходите, 2000 и 2012 г.**

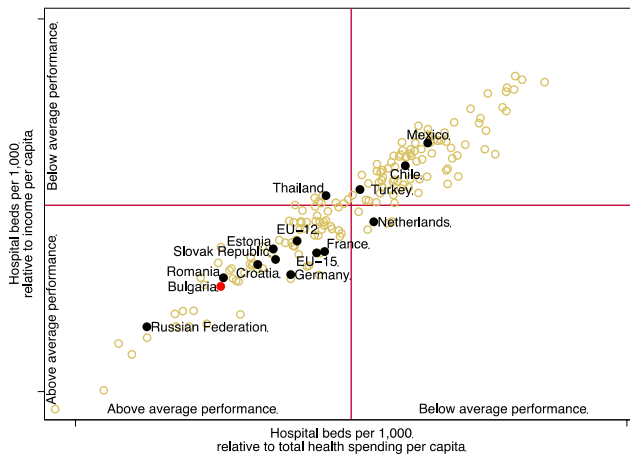


Източник: Индикатори за световно развитие, СЗО НЗС, и Прогнози за глобалното здраве на СЗО, 2014 г.

29. В България, съотношенията брой болнични легла/население и брой лекари/население са съответно 6,4 на 1000 и 3,8 на 1000.<sup>131</sup> Вложените човешки и материални ресурси са високи спрямо средните за държавите от ЕС-12 5,8 болнични легла на 1000 души население и 2,9 лекари на 1000 души население.

30. **Фигура 101** и **Фигура 102** позиционират в световен мащаб представянето на България по отношение на брой болнични легла и лекари. На фигурите е показано, че по двата показателя за вложени ресурси, България се позиционира значително над средното ниво, ако приемем дохода и разходите за здравеопазване за константни.

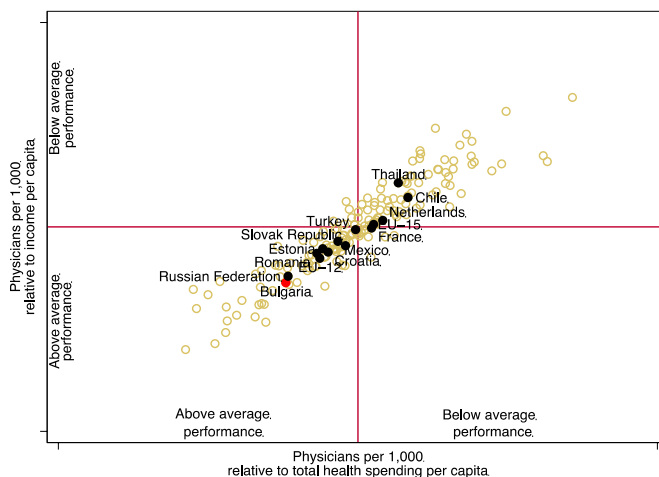
**Фигура 101: Съотношение брой болнични легла/население спрямо общите разходи за здравеопазване и дохода**



Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО, 2014.

Бележка: Данните за броя на болничните легла и БВП на глава от населението са за последната/първата година, за която има информация.

**Фигура 102: Съотношение брой лекари/население спрямо общите разходи за здравеопазване и доход**



Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО, 2014.

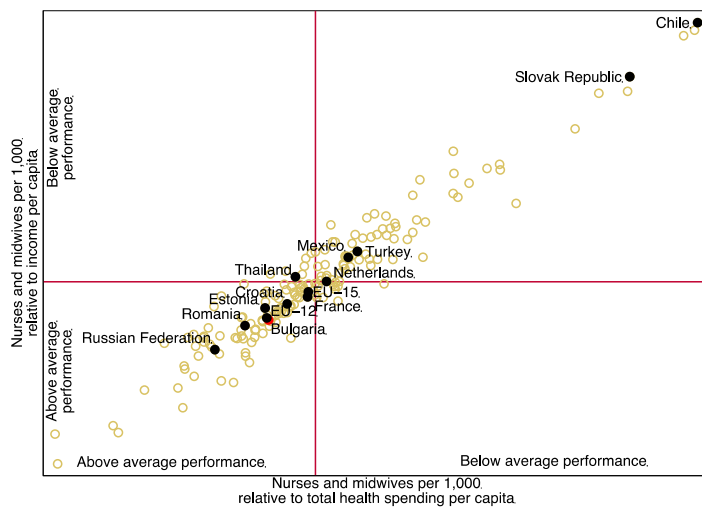
<sup>131</sup> Данни от последната година, за която има информация (2011).



Бележка: Данните за броя на лекарите и БВП на глава от населението са за последната/първата година, за която има информация.

31. Освен това, в България съотношението между брой медицински сестри и акушерки и население е 4,684 на 1000. Както е показано на **Фигура 10** и **Фигура** , България се позиционира значително над средното ниво по отношение на броя медицински сестри и акушерки спрямо населението, както и по общ брой здравни работници (лекари, медицински сестри и акушерки), ако приемем дохода и разходите за здравеопазване за константни.

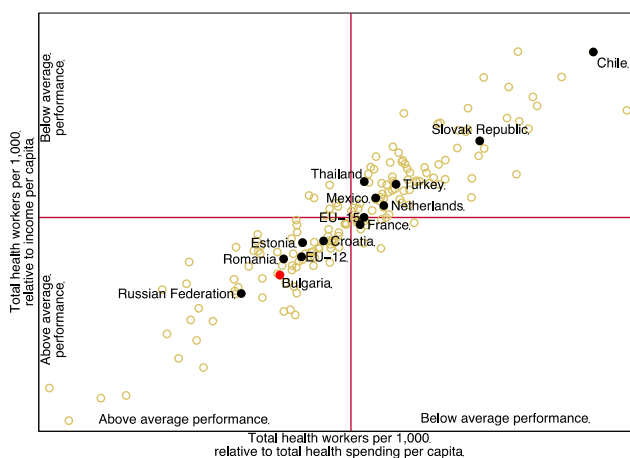
**Фигура 103: Съотношение брой медицински сестри и акушерки/население спрямо общите разходи за здравеопазване и доход**



Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО, 2014.

Бележка: Данните за броя на лекарите и БВП на глава от населението са за последната/първата година, за която има информация.

**Фигура 104: Съотношение общ брой здравни работници/население спрямо общите разходи за здравеопазване и доход**



Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО, 2014.

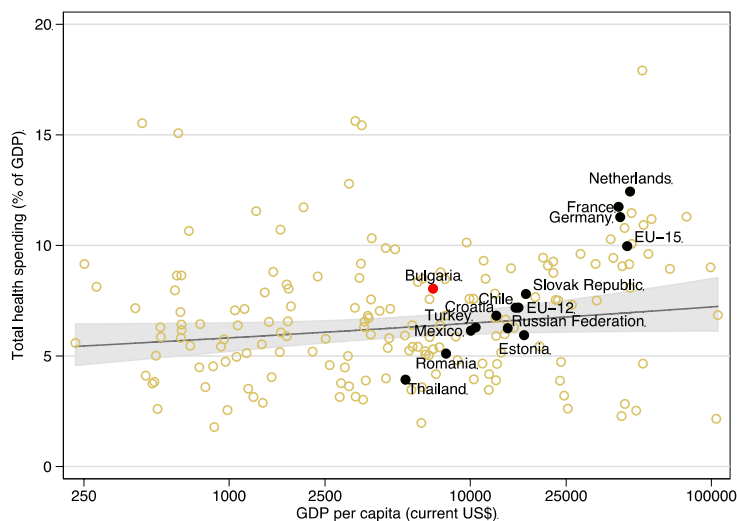
Бележка: Данните са за последната/първата година, за която има информация. Общият брой здравни работници (а) включва лекари, медицински сестри и акушерки.

32. От направения по-горе сравнителен анализ следва, че за нивото на разходи за здравеопазване и доход, съвкупните резултати в здравеопазването на България и вложените материални и човешки ресурси са значително над средните в световен мащаб. За да бъде напълно ясно и разбираемо представянето на системата, трябва да бъдат анализирани и финансовите ѝ резултати, включително нивото на финансова защита, справедливостта и безпристрастието на системата, както и обществената удовлетвореност.

### Анализът по-долу показва сравнение на финансирането на системата за здравеопазване в България спрямо глобалните тенденции.

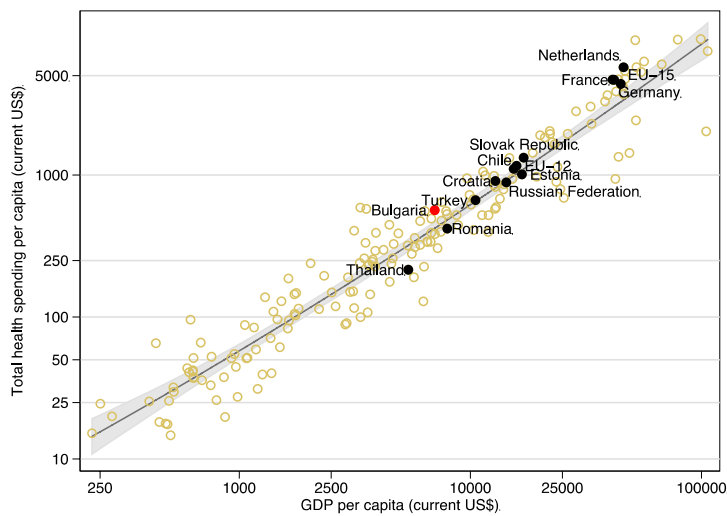
33. През 2012 г. общите разходи за здравеопазване в България представляват 8 процента от БВП, като държавата харчи 566 щ.д. на глава от населението или 1139 на глава от населението в международни долари (ППС). **Фигура 105** показва разходите на България за здравеопазване през 2012 г. като дял от БВП, в сравнение с други, съпоставими по своите доходи държави, а **Фигура 106** и **Фигура 107** изобразяват разхода на глава от населението по обменни курсове и в международни долари. Очертава се една последователна картина и по трите показателя за общи разходи в здравеопазването: общият разход за здравеопазване на България през 2012 г. е над средния за държава с подобно ниво на доходи.

**Фигура 105: Общи разходи за здравеопазване като дял от БВП спрямо доход на глава от населението, 2012 г.**



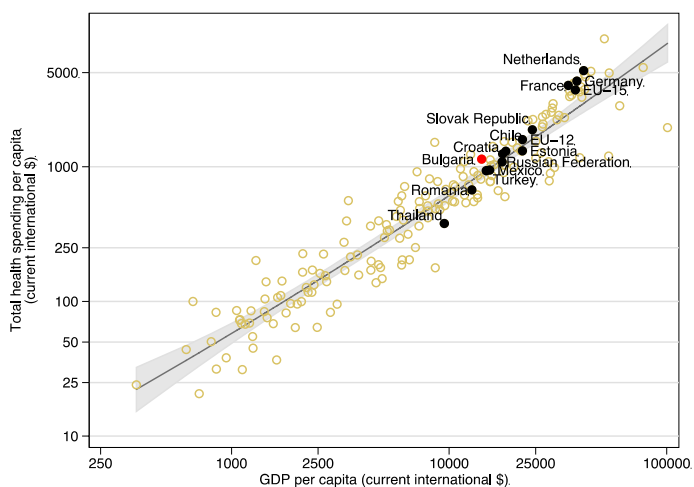
Бележка: Логаритмична скала по абсцисата.

**Фигура 106: Общ разход за здравеопазване на глава от населението спрямо доход на глава от населението, преизчислен в щатски долари към днешна дата, 2012**



Бележка: Логаритмична скала по двете оси

**Фигура 107: Общ разход за здравеопазване на глава от населението спрямо доход на глава от населението, преизчислен в международни долари към днешна дата, 2012**



Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО, 2014.

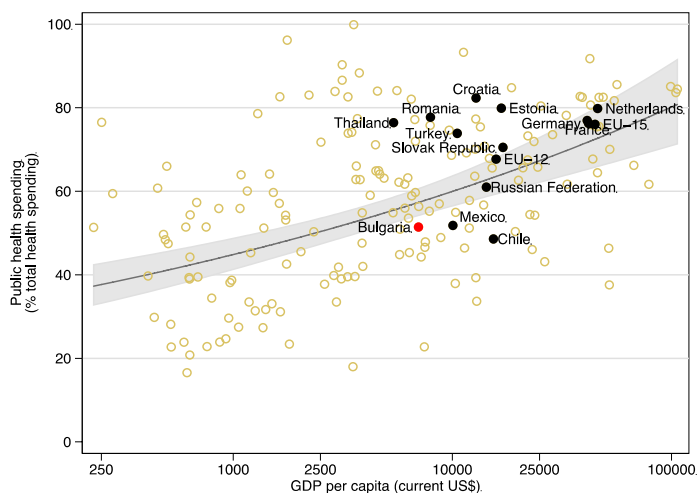
Бележка: Логаритмична скала по двете оси

34. Публичните разходи за здравеопазване могат също да бъдат измерени по редица начини, включително: като дялове от общите разходи за здравеопазване и БВП, публични разходи на глава от населението на база обменни курсове и в международни долари, и публични разходи за здравеопазване като дял от всички публични разходи. През 2012 г., публичните разходи за здравеопазване са представлявали 51,4 процента от общите разходи за здравеопазване. Като дял от БВП, това е съставлявало 4,1 процента. На база глава от населението, публичните разходи са били 291 щ.д по обменен курс. От **Фигура 108** до



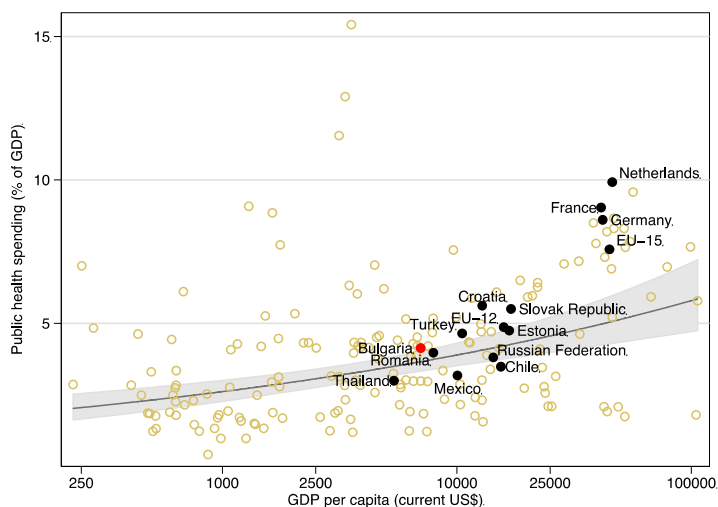
**Фигура** са показани сравнения в световен мащаб за 2012 г. Публичните разходи за здравеопазване като дял от общите разходи за здравеопазване са под средните в световен план, но, измерени като дял от БВП, те са леко над тях. На база глава от населението (както по обменни курсове, така и в международни долари), публичните разходи за здравеопазване са около средните спрямо други държави със съпоставим доход. Предвид средното ниво на публичните разходи за здравеопазване като дял от общия държавен бюджет и на база глава от населението, както и високите публични разходи за здравеопазване като дял от БВП, изглежда че България вече е приоритизирала здравеопазването в рамките на бюджетното си разпределение.

**Фигура 108: Публични разходи за здравеопазване като дял от общите разходи за здравеопазване и БВП на глава от населението, 2012 г.**



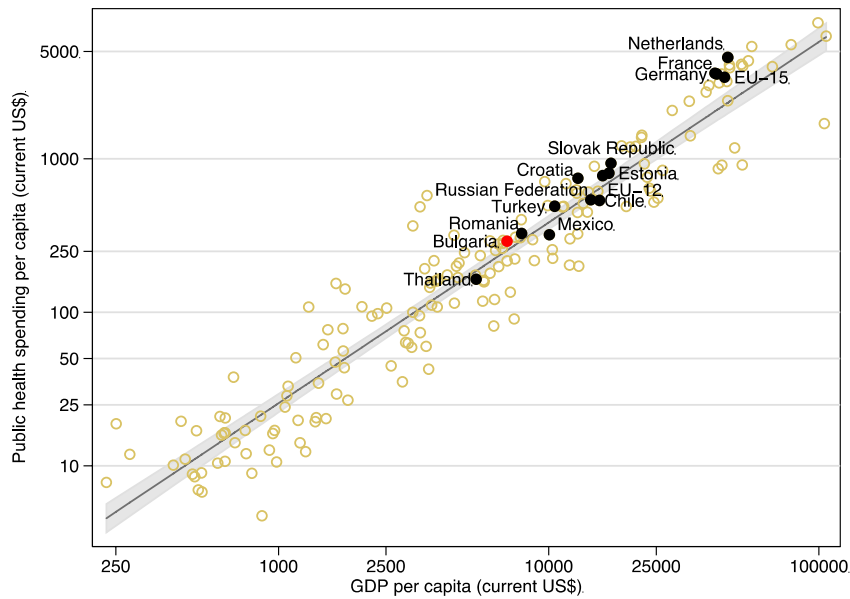
*Бележка: Логаритмична скала по абсцисата.*

**Фигура 109: Публични разходи за здравеопазване като дял от БВП спрямо приход на глава от населението, 2012 г.**



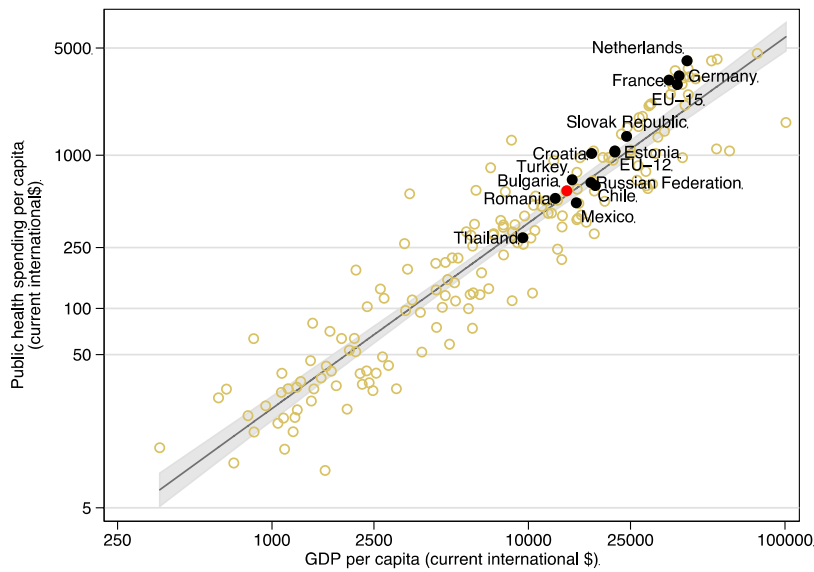
*Бележка: Логаритмична скала по абсцисата.*

**Фигура 110: Публични разходи за здравеопазване на глава от населението спрямо доход на глава от населението преизчислен в щатски долари към днешна дата, 2012**



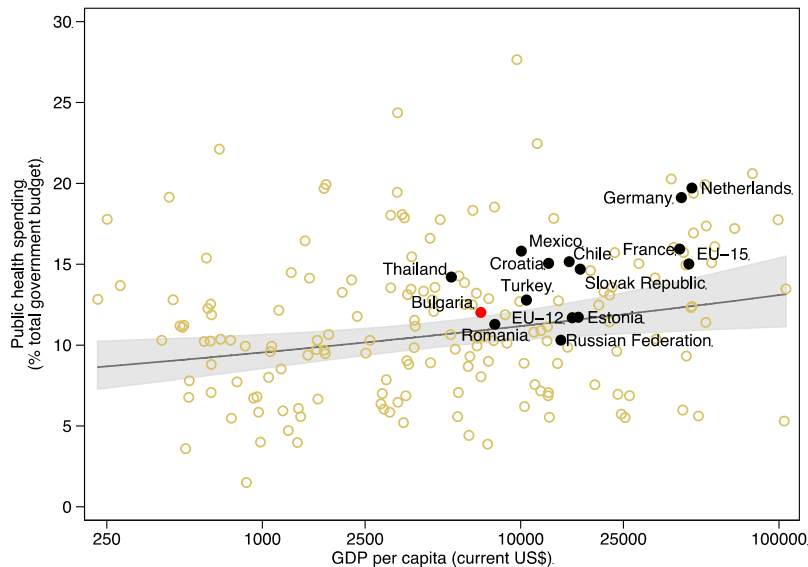
Бележка: Логаритмична скала по двете оси.

**Фигура 111: Публични разходи за здравеопазване на глава от населението спрямо доход на глава от населението преизчислен в международни долари към днешна дата, 2012 г.**



Бележка: Логаритмична скала по двете оси.

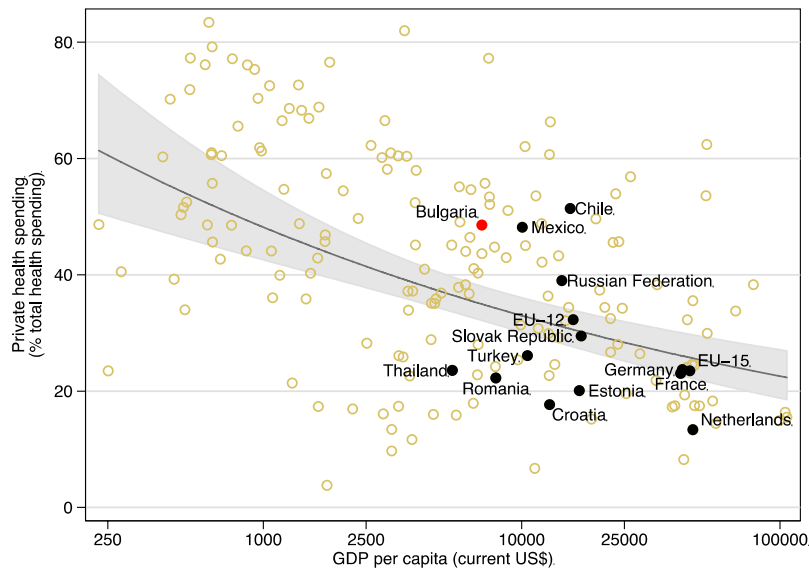
**Фигура 112: Публични разходи за здравеопазване като дял от общите държавни разходи спрямо доход на глава от населението, 2012 г.**



Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО, 2014.

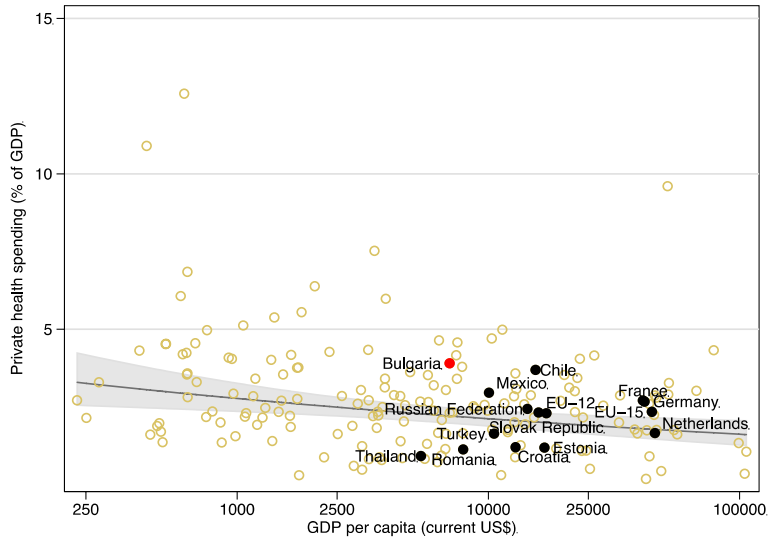
35. Особено важно е да се изследват нивата на частните разходи за здравеопазване, предвид изводите, свързани с финансовата защита и справедливостта на системата, които се съдържат в тях. Плащанията със собствени средства, в частност, имат директно въздействие върху финансовото състояние на домакинствата и могат да ги доведат до бедност. Разходите за частните застраховки от друга страна, предоставят известна финансова защита чрез обединяване на рисковете в общ фонд и преразпределянето им между здравите и болните представители на населението и домакинствата.
36. През 2012 г., частните разходи за здравеопазване в България са представлявали 48,6 процента от общите разходи за здравеопазване и 3,9 процента от БВП. От [Фигура 113](#) до [Фигура 116](#) са показани частните разходи като дялове от общите разходи за здравеопазване и от БВП, както и на база глава от населението по обменни курсове и в международни долари за 2012, спрямо други съпоставими по приход държави. Частните разходи са значително над средните по всички показатели за държава със съпоставими на България нива на доходи.

**Фигура 113: Частни разходи за здравеопазване като дял от общите разходи за здравеопазване спрямо дохода на глава от населението, 2012 г.**



Бележка: Логаритмична скала по абсцисата

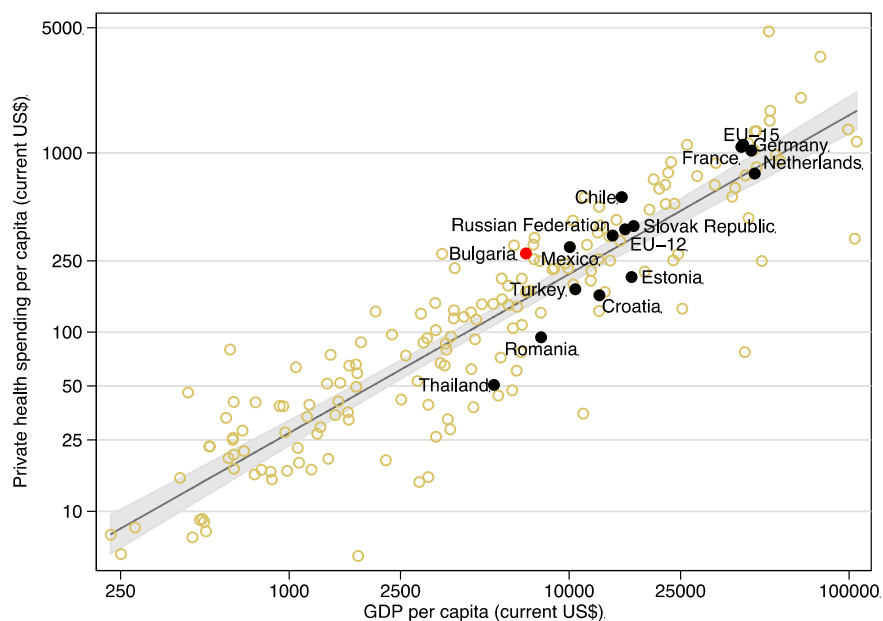
**Фигура 114: Частни разходи за здравеопазване като дял от БВП спрямо приход на глава от населението, 2012 г.**



Бележка: Логаритмична скала по абсцисата

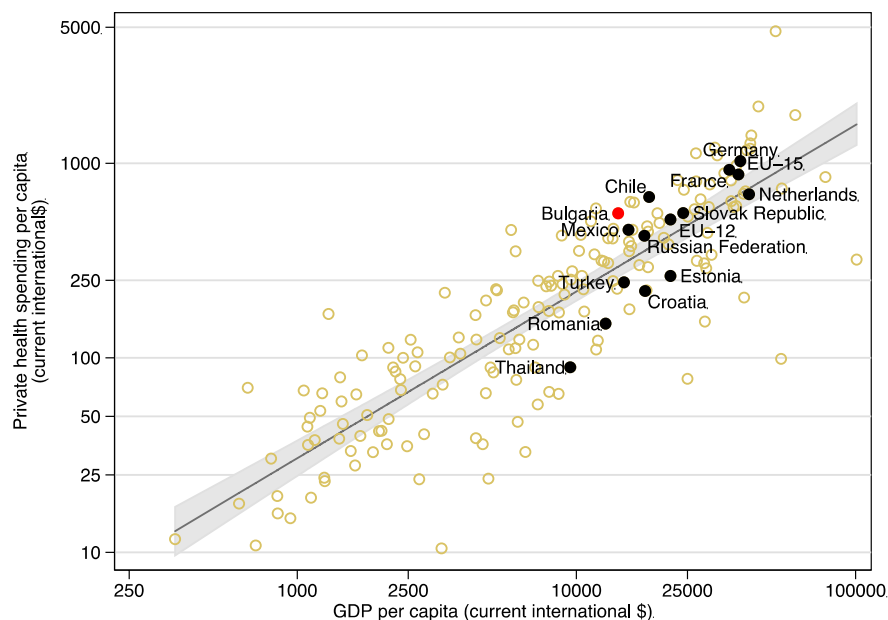


**Фигура 115: Частни разходи за здравеопазване на глава от населението спрямо доход на глава от населението, преизчислени в щатски долари към днешна дата, 2012 г.**



Бележка: Логаритмична скала по двете оси

**Фигура 116: Частни разходи за здравеопазване на глава от населението спрямо доход на глава от населението, преизчислени в международни долари към днешна дата, 2012 г.**



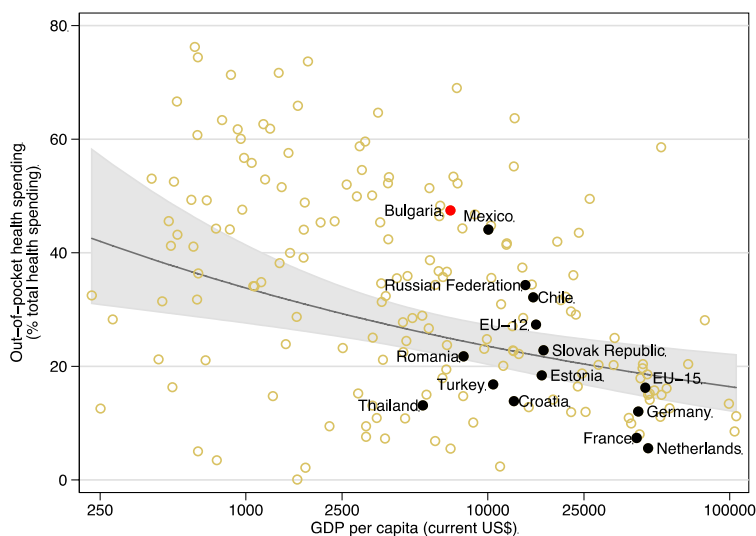
Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО, 2010.

Бележка: Логаритмична скала по двете оси

37. Както беше обсъдено по-горе, допълнителните разходи са общ показател за финансова защита. СЗО е определила, че държави с дял на допълнителните разходи под 15-20 процента от общите разходи за здравеопазване са в състояние да осигурят финансова защита на своите граждани. И тъй като общите проценти и нива на допълнителните разходи са полезни макроикономически показатели за наличието или липсата на финансова защита, с цел да бъде изяснена справедливостта на системата, трябва да бъдат разгледани данните на ниво домакинство и да бъде потърсена информация от различните по своите приходи слоеве на обществото относно дела на допълнителните разходи за здравеопазване като дял от общия цялостен доход/потребление на домакинството, както и на ефектите на обедняването в резултат на допълнителните разходи за здравеопазване.

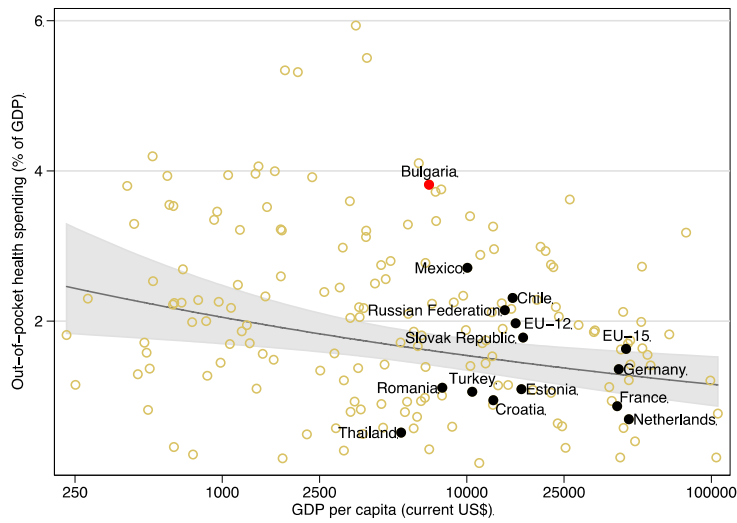
38. Разходите със собствени средства представляват 97,7 процента от всички частни разходи за здравеопазване. Като дял от общите разходи за здравеопазване, това съставлява 47,5 процента. От **Фигура 117** до **Фигура 118** са представени сравнения в световен мащаб на допълнителните разходи, измерени като: дялове от общите разходи за здравеопазване, от БВП и на база глава от населението по обменни курсове и в международни долари за 2012 г. Всички показатели за допълнителните разходи са значително над средните стойности в световен мащаб за държавите със съпоставими доходи. Предвид факта, че плащанията със собствени средства представляват 47,5 процента от общите разходи за здравеопазване, България не отговаря на широкия 15-20 процентен макроикономически критерий за финансова защита, определен от СЗО.

**Фигура 117: Разходи със собствени средства като дял от общите разходи за здравеопазване спрямо приход на глава от населението, 2012 г.**



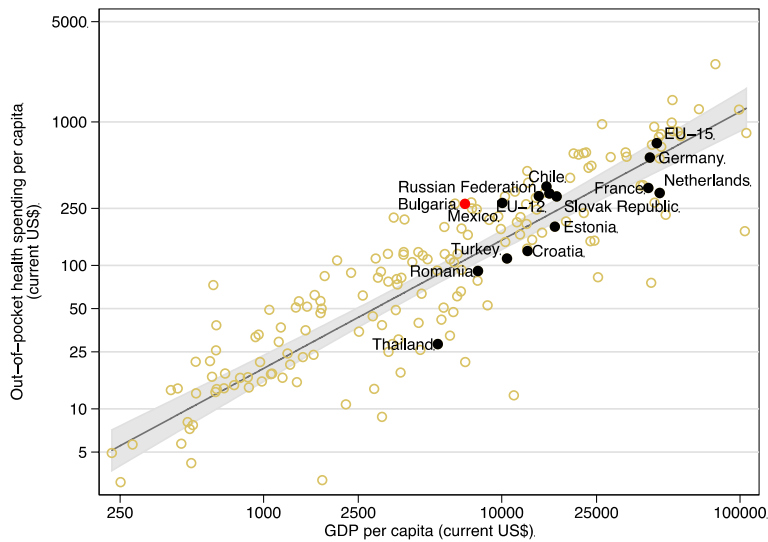
**Бележка:** Логаритмична скала по абсцисата

**Фигура 118: Допълнителни разходи като дял от БВП спрямо дохода на глава от населението, 2012**



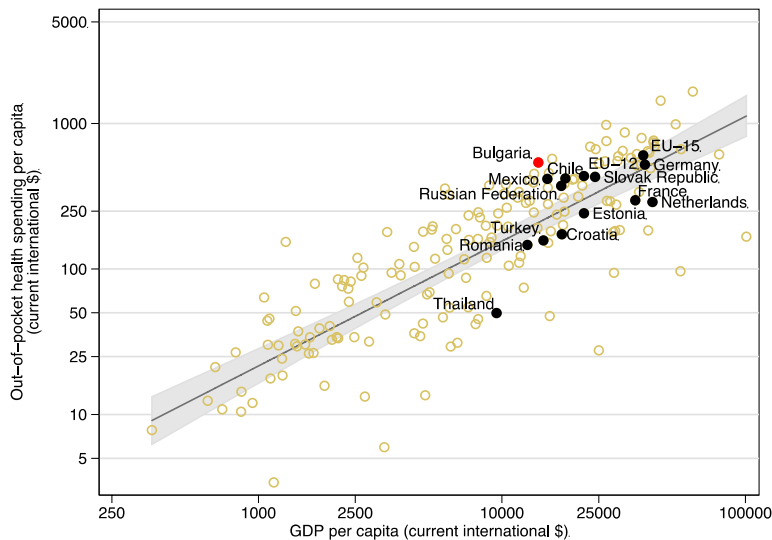
Бележка: Логаритмична скала по абсцисата

**Фигура 119: Разходи със собствени средства за здравеопазване на глава от населението спрямо доход на глава от населението, преизчислени в щ.д. към днешна дата, 2012**



Бележка: Логаритмична скала по двете оси

**Фигура 120: Разходи със собствени средства за здравеопазване на глава от населението спрямо доход на глава от населението, преизчислени в международни долари към днешна дата, 2012**



Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО, 2011.

Бележка: Логаритмична скала по двете оси

### 2.3. Фискална среда за здравеопазване

39. Важно е да се анализира съществуващата фискална среда, за да се изясни дали наблюдаваните тенденции в разходите ще бъдат устойчиви в бъдещето.

#### **Какво е фискална среда за здравеопазване?**

40. Фискалната среда може да бъде определена като способността на държавата да увеличи държавните разходи без да се подкопава бъдещата фискална устойчивост или платежоспособност на държавата (Heller, 2006). Допълнителни средства за здравеопазване могат да бъдат генерирани чрез комбиниране на различни източници, които в по-широк аспект могат да бъдат групирани в следните шест категории (Tandon, 2010, Heller 2006):

- 1) Благоприятни макроикономически условия, като икономически растеж и увеличаване на дела на приходите
- 2) Преразпределяне на приоритетите за разходите за здравеопазване, в рамките на държавния бюджет
- 3) Взимане на заеми
- 4) Увеличаване на други, специфични за здравеопазването ресурси (целево облагане или вноски)
- 5) Чуждестранна помощ и грантове конкретно за здравеопазването
- 6) Увеличаване на ефикасността на разходите за здравеопазване.

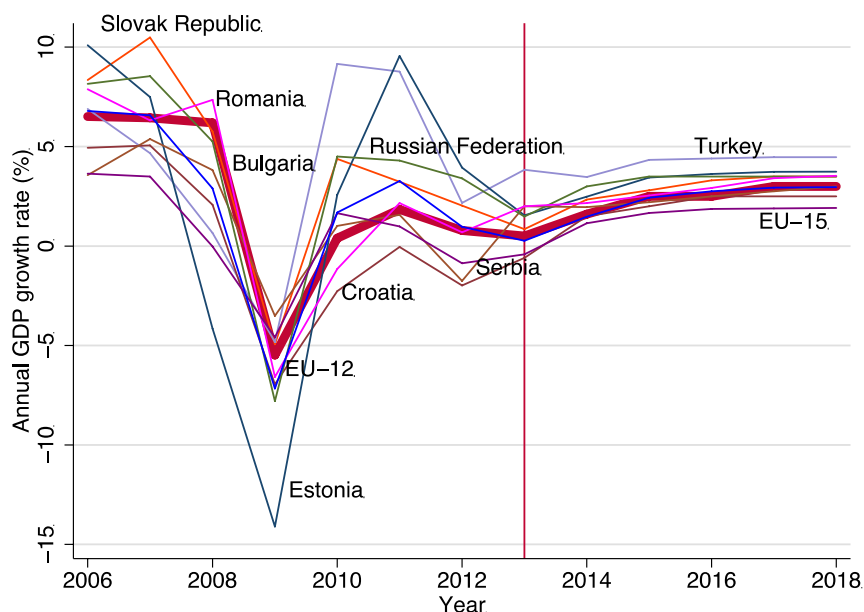
41. Първите четири категории се намират много извън обхвата на здравния сектор и зависят от макроикономически политики и условия. Въпреки това, е важно да се анализират последствията от тези политики и фактори върху съществуващата фискална среда за здравеопазването. Последните две се намират изцяло в сферата на здравния сектор и привличат особено внимание, тъй като са в състояние да генерират допълнителни ресурси, конкретно за този сектор (Tandon and Cashin, 2010), макар че не е много вероятно България да получи чуждестранна помощ и грантове конкретно за здравеопазване.
42. В следващите параграфи, ние само обсъждаме макроикономическата среда като използваме прогнозите на МВФ за бъдещите възможности до 2018 г.

#### *Благоприятни макроикономически условия*

#### *Икономически растеж*

43. Както е показано на **Фигура 121**, България преминава през голямо икономическо сътресение по време на финансовата криза. Докато икономическият ръст пада до най-ниската си стойност от -5,5 процента през 2009 г., прогнозите на МВФ показват, че стойностите на растежа се очаква да се вдигнат до 2,5 процента през 2015, с очаквано увеличение на БВП от грубо 3 процента до 2019 г.

**Фигура 121: Годишен икономически растеж; Действителен: 2006-2013; Прогнозен: 2014-2018**

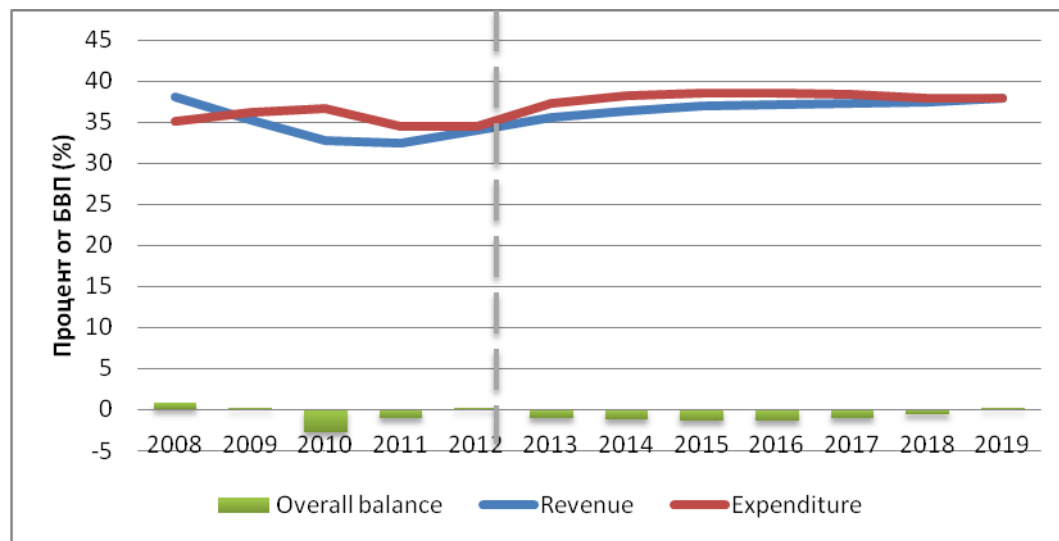


*Източник: МВФ Световна икономическа перспектива, 2014.*

*Бележка: Прогнозите за България започват от 2014 г.*

44. Независимо от това, за следващите пет години няма прогнозирана промяна по ключовите фискални показатели в България. Общите държавни приходи и разходи се очаква да останат приблизително стабилни около 38 процента през следващите четири години (**Фигура 122**).

Фигура 122: Ключови фискални показатели: Действителни: 2008-2012; Прогнозни: 2013-2019



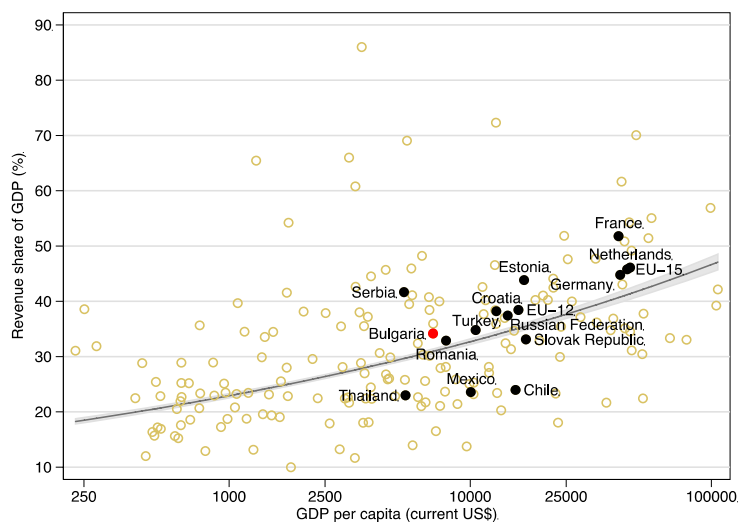
Източник: МВФ Световна икономическа перспектива, 2014.

Бележка: Прогнозите за България започват от 2013 г.

#### Подобрено генериране на приходи

45. Постигнатото от България по отношение на държавните приходи и разходи е над средното спрямо другите, съпоставими по доход държави (Фигура 123 и Фигура 124). Това означава, че би могло да бъде трудно да се увеличат публичните разходи за здравеопазване. Вместо това биха могли да бъдат приложени мерки за подобряване на ефикасността.

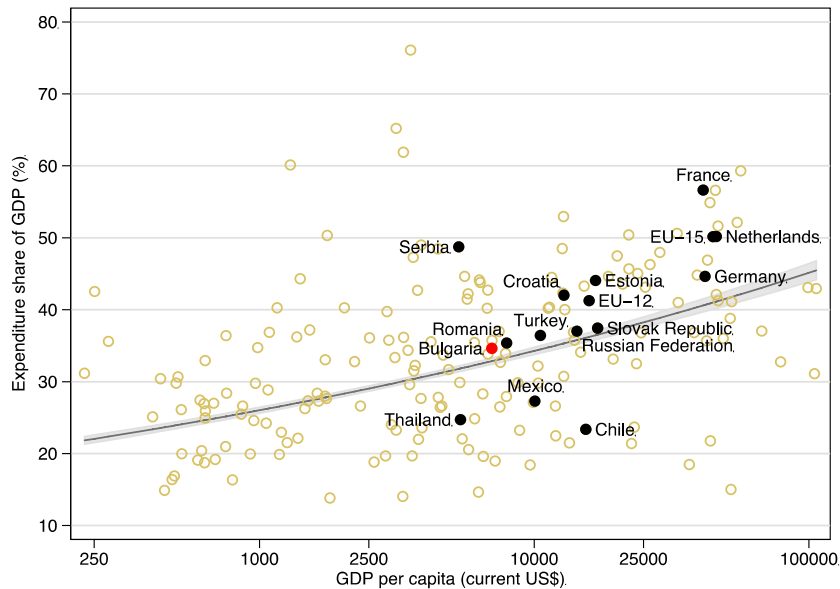
Фигура 123: Дял на държавния приход от БВП спрямо БВП на глава от населението, 2012 г.



Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО, 2014.

Бележка: Логаритмична скала по двете оси

Фигура 124: Дял от БВП на държавния разход спрямо БВП на глава от населението, 2011



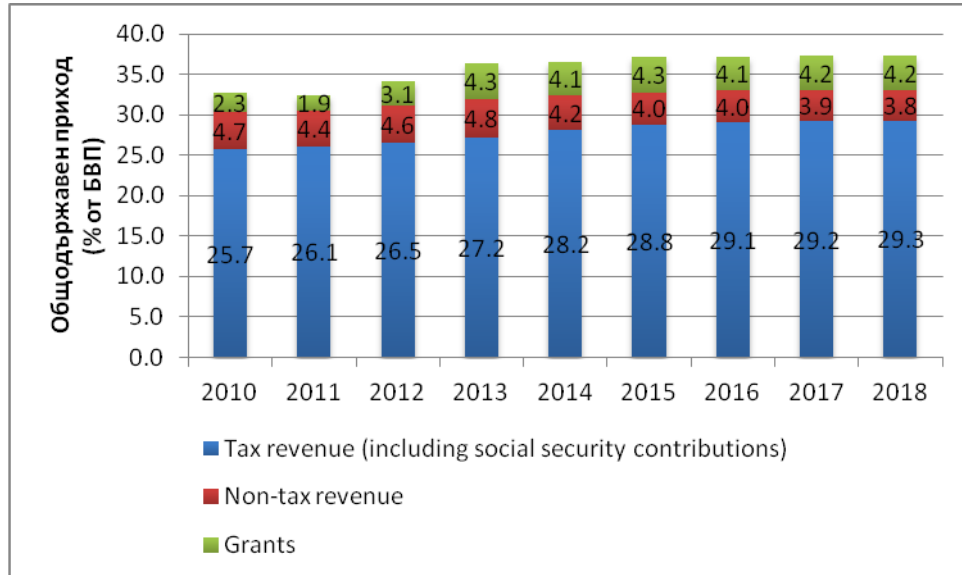
Източник: Индикатори за световно развитие и СЗО НЗС, 2014 г.

46. Съставът на държавните приходи не се очаква да се промени значително. Според Статия IV на МВФ, приходът от данъци (включително постъпленията от социалното осигуряване) ще продължи да представлява по-голямата част от държавните приходи (почти 80 процента). Основните източници на данъци са данъците добавена стойност, социалните плащания и акцизите (Фигура 126).
47. В различните източници са посочени различни стойности за държавните приходи. Според данните от Статия IV на МВФ, през 2012 г. общите държавни приходи представляват 34,2 процента от БВП. Междувременно, в Доклада на Световната банка за застаряване на населението се съобщава за 30,5 процента от БВП през 2012 г. Най-новият доклад от Евростат (2014) за тенденциите в данъчното облагане в Европейския съюз, представя число от 27,9 процента от БВП. Разликата може да бъде частично обяснена от разликата във вида/дефиницията на прихода.<sup>132</sup> Докато според стойностите

<sup>132</sup> Статия IV на МВФ използва общодържавните приходи, които се състоят от приходите на държавно ниво (бюджетни средства, допълнителни бюджетни средства и средства от социалните осигуровки) и на местно ниво. Приходите на държавно ниво включват приходи от данъци, включително социално-осигурителните плащания, неданъчни приходи и грантове. В Данъчния доклад на ЕС (2014 г.) изглежда също са използвани общите държавни приходи, но в тях е включен само приходът от данъци (косвени данъци, преки данъци и социално-осигурителни плащания). Там не се взимат предвид грантовете и неданъчните приходи. Ако сравняваме общодържавните данъчни приходи от Статия IV на МВФ с общодържавния приход в Данъчния доклад на ЕС, стойностите въпреки всичко ще се различават с повече от 1 процентен пункт (26,5 спрямо 27,9 процента от БВП, съответно). В Доклада на Световна банка за застаряването на населението (2013) и Onder et al. (2014), който служи като основа за стойностите, представени в Доклада за застаряването, не се уточнява дали числата се отнасят до общодържавния приход. Доклада за застаряването на населението обаче, включва приходите от данъци, неданъчните приходи и грантове при калкулиране на общата стойност на прихода.

посочени от МВФ, се очаква леко покачване на държавните приходи в средносрочен план, прогнозите от Доклада на Световна банка за застаряването на населението предполагат намаляване на прихода с малко над 1 процентен пункт между 2012 и 2020 г.

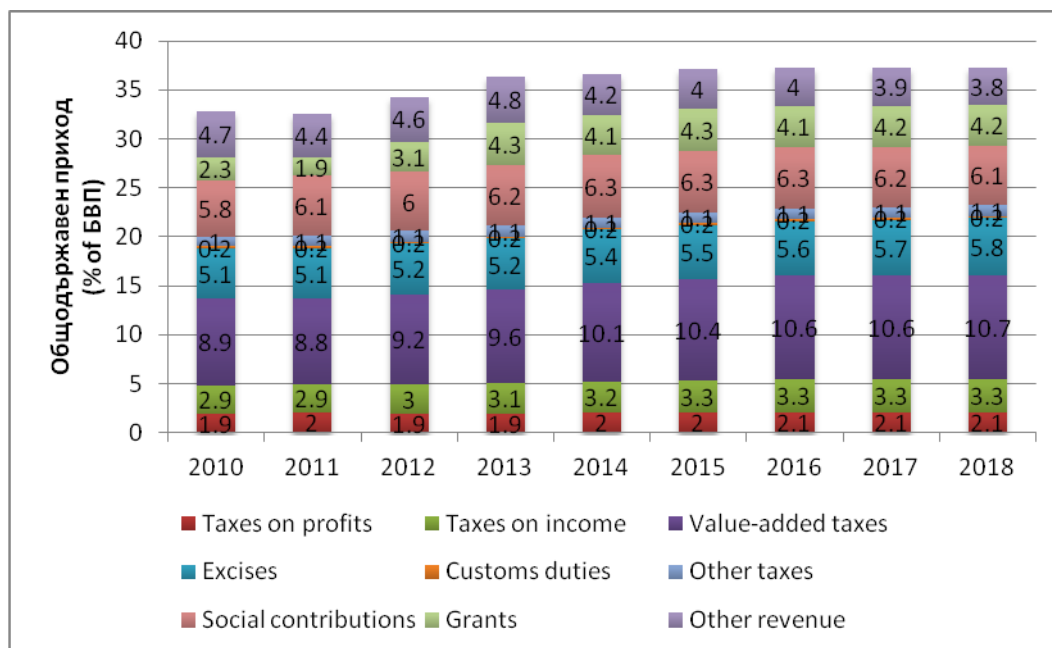
Фигура 125: Състав на държавния приход в България (процент от БВП), 2010-2018 г.



Източник: Статия IV на МВФ (2014 г.)

Бележка: Прогнозите започват от 2013 г.

Фигура 126: Състав на държавния приход в България (подробна разбивка), 2010-2018 г.



Източник: Статия IV на МВФ (2014 г.)

Бележка: Прогнозите започват от 2013 г.

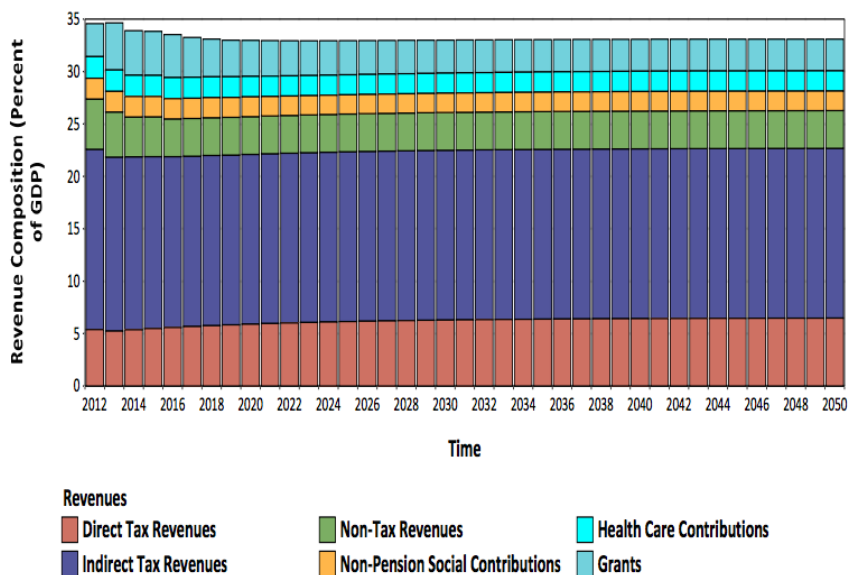


Фигура 127: Състав на държавния приход в България (процент от БВП), 2012-2050 г.

	2012	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Процент от БВП								
Приходи от преки данъци	5.4	5.5	5.9	6.1	6.3	6.4	6.4	6.5	6.5
Приходи от косвени данъци	17.2	16.4	16.2	16.2	16.2	16.2	16.2	16.2	16.2
Неданъчни приходи	4.8	3.8	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6
Грантове	3.1	3.8	3.4	3.3	3.2	3.1	3.1	3.0	3.0
Общо	30.5	29.5	29.1	29.2	29.3	29.3	29.3	29.3	29.3

Източник: Световна банка (2013 г.). „Смекчаване на икономическото въздействие на застаряването на населението: Възможни варианти за България“

Фигура 128: Състав на държавния приход в България (процент от БВП), 2012-2050 г.



Източник: Onder et al. (2014 г.)

48. България е една от двете държави в Европейския съюз, които силно разчитат на косвените данъци, представляващи над 55 процента от общодържавния приход през 2012.<sup>133</sup> Приходът от ДДС<sup>134</sup> е внесъл 61 процента от прихода от косвени данъци, а акцизите са представлявали 33,3 процента. Социалните плащания са представлявали 25,8 процента от общото данъчно облагане през 2012 г. (Евростат, 2014 г.).<sup>135</sup>
49. В сравнение с други държави от ЕС, България разчита повече на държавата за събиране на приходи. Според Евростат (2014 г.), приходите на държавно ниво са представлявали 70,3 процента от общодържавния приход в България. Това е с почти 22 процентни пункта над средния за ЕС дял от прихода, събиран от държавата. Останалите 25,8 процента са събрани чрез социалноосигурителните фондове, а местните приходи са представлявали само 3 процента от данъчните постъпления. (Евростат, 2014). Приходите от трудовото облагане остават ниски, съставляващи 9,2 процента от БВП. Това е най-ниският дял в ЕС и е почти 11 процентни пункта под средните стойности за ЕС.

---

<sup>133</sup> Другата държава е Хърватска, където косвените данъци също представляват над 50 процента от държавния приход.

<sup>134</sup> Стандартната ДДС ставка е 20 процента, като само за хотелските услуги е приложима намалена ставка от 9 процента (Евростат, 2014 г.).

<sup>135</sup> Социалноосигурителните фондове съдържат пенсионни вноски (17,8 процента), общо заболяване и майчинство (3,5 процента), здравно осигуряване (8 процента) и безработица (1 процент). За пенсионните вноски, работодателят е отговорен за 9,9 процента, а служителя – за 7,9 процента. Другите социални осигуровки се поделят между работодател и служител в съотношение 60:40. Таванът на месечния осигурителен доход е 2400 лв (1227 евро)

## Библиография

American Academy of Actuaries, *Actuarial Soundness*, American Academy of Actuaries, Washington, D.C., May 2012

Andre G et al. *Pharmaceutical Health Information System (PHIS) Pharma Profile, Bulgaria 2010*

Atanasova, E., Pavlova, M., Moutafova, E., Rechel, B., & Groot, W. (2013). *“Informal payments for health services: the experience of Bulgaria after 10 years of formal co-payments”*. The European Journal of Public Health, ckt165.

Cangiano, Marco; Curristine, Teresa; and Lazare, Michele (eds.), *“Public Financial Management and Its Emerging Architecture”*, IMF, 2013.

Clements, Benedict; Gupta, Sanjeev; and Shang, Baoping. *“Bill of Health”*. Finance and Development, IMF, December 2014

Coady, David; Francese, Maura; and Shang, ‘Baoping.”*The Efficiency Imperative”*, *Finance and Development*, IMF, December 2014

Credes (2009) HOSPITAL MASTER PLAN AND SPECIFIC REGIONAL IMPLEMENTATION PLANS.

*“Decision-making and changes in the regulations and their impact on the activities and stability of NHIF”*, NHIF, November, 2014

Dimova A. Rohova et al., *“Bulgaria: Health System Review”*, European Observatory, 2012.

Dimova, A., Rohova, M., Moutafova, E., Atanasova, E., Koeva, S., Panteli, D., & van Ginneken, E. (2012). *“Health Systems in Transition: Bulgaria”*. Health, 14(3).

*Dimova et al, 2012; National Revenue Agency (2013), “Analysis of Persons Lacking Health Insurance”*

Draft Concept Paper on Bulgarian National Drug Policy – *“КОНЦЕПЦИЯ ЗА ЛЕКАРСТВЕНА ПОЛИТИКА”*

Eurostat (2014). *Taxation Trends in the European Union. Data for the EU Member States, Iceland and Norway. Taxation and Customs Union. Office of the European Union: Luxembourg.*

Figures National Statistical Institute; retrieved from

<http://www.nsi.bg/en/content/6316/labour-market>

Gillingham, Robert “*Fiscal Policy for Health Policy Makers*”, World Bank, 2014.

Grigoli, Francesco and Kapsoli, Javier. “*Waste Not, Want Not: The Efficiency of Health Expenditure in Emerging and Developing Economies*”, IMF, 2013

Golinowska, Stanislaw, et.al., “*Health Expenditure Scenarios in the New Member States*”. December 2007

Health Consumer Powerhouse (2013). *Euro Health Consumer Index 2013*. Retrieved from <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>

Health Insurance Act; Publication – State Gazette No. 70/19.06.1998; Last Amendment – SG No. 18/ 04.03.2014

Heller 2006. "The Prospects of creating 'Fiscal Space' for the health sector," *Health Policy and Planning*, Vol. 21, No.2 (January)

IMF (2014) “*Bulgaria: Selected Issues Paper*”, Country Report No. 14/24. Retrieved from [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/eu/forecasts/2014\\_autumn/bg\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/eu/forecasts/2014_autumn/bg_en.pdf)

*IMF World Economic Outlook and WHO, 2014*

Lakwijk, F., Garcia, B., and A. Weber (2014). “*Bulgaria: Selected Issues Paper*”. IMF Country Report 14/24. Washington, D.C.: IMF. Retrieved from <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2014/cr1424.pdf>

Medicinal Products in Human Medicine Act 2007. Retrieved from [http://en.bda.bg/images/stories/documents/legal\\_acts/ZLPHM\\_en.pdf](http://en.bda.bg/images/stories/documents/legal_acts/ZLPHM_en.pdf)

Ministry of Foreign Affairs, Denmark. *Pharmaceutical and Healthcare Sector, Bulgaria, 2014*. At [http://bulgarien.um.dk/da/~/\\_media/Bulgarien/Documents/Pharmaceutics%20and%20Healthcare\\_2014.pdf](http://bulgarien.um.dk/da/~/_media/Bulgarien/Documents/Pharmaceutics%20and%20Healthcare_2014.pdf)

National health accounts 2011 Retrieved from [http://www.ncpr.bg/images/News/Tariff%20on%20the%20fees\\_exerpt\\_GS.pdf](http://www.ncpr.bg/images/News/Tariff%20on%20the%20fees_exerpt_GS.pdf)

Onder, H., Pestieau, P., & Ley, E. (2014). “*Macroeconomic and fiscal implications of population aging in Bulgaria*”. Policy Research Working Paper 6774. Poverty Reduction and

Economic Management Network. World Bank: Washington, D.C

Open Society institute (2009) Health Uninsured individuals and Health Insurance in Bulgaria  
*Ordinance on the Terms, Rules and Procedure for Regulation and Registration of Prices for Medicinal Products*, effective 30 April 2013. Retrieved from  
<http://www.ncpr.bg/en/regulations/bulgarian-legislation/regulations/>

Rohova M, Dimova A et al. *“Balancing regulation and free markets: the Bulgarian pharmaceutical sector”*. *Eurohealth* 2013; Vol.19, No.1.

Savedoff, William and Gottret, Pablo, *Governing Mandatory Health Insurance*, World Bank, 2008

Smith, O. & Nguyen, S.N. (2013). *Getting Better : Improving Health System Outcomes in Europe and Central Asia*. Washington, DC: World Bank. Retrieved from  
<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13832>

Streveler, D., *Health Management Information Systems: Linking Purchasers and Providers*, in Langenbrunner, J. et al, Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals, World Bank Press, 2009

Tandon, A., and C. Cashin. 2010. *“Assessing Public Expenditure on Health from a Fiscal Space Perspective.”* World Bank, Washington, DC.

Tandon, Ajay; Fleisher, Lisa; Li, Rong; and Yap, Wei Aun. *Reprioritizing Government Spending on Health: Pushing an Elephant Up the Stairs?*, World bank, 2014

Todorova, Rumanya and Salchev, Petco. *“Challenges and Alternatives to the Health Insurance Model in Bulgaria”*, PPT, Sophia Bulgaria, 2014

Transparency International (2013). *Global Corruption Barometer*. Retrieved from  
<http://www.transparency.org/gcb2013/country?country=bulgaria>

Weir, Dirk and Weber, Anke, *“Fiscal Multipliers in Bulgaria: Low But Still Relevant”*, IMF, 2013.

World Bank (2013). *Mitigating the Economic Impact of an Aging Population. Options for Bulgaria*. World Bank: Washington, D.C. Retrieved from .  
<http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/09/18262916/mitigating-economic-impact-aging-population-options-bulgaria>

World Health Organization (2010) *The world health report – Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva.