

# 1. ЗДРАВНАТА РЕФОРМА В БЪЛГАРИЯ ИЛИ ЗА СИНДРОМА НА ПРИДОБИТАТА ИНСТИТУЦИОНАЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

## 1.1. ЗАКЪСНЕЛИ И НЕДОВЪРШЕНИ РЕФОРМИ

Трябваше да минат десет години от началото на прехода към пазарна икономика преди реално да започнат реформите в здравния сектор. При това при стартирането им през 1999 г. България избра половинчат вариант на реструктуриране, в който само доболничната помощ бе поверена на частния сектор. Болниците останаха в публичния. На практика и здравното осигуряване е държавно, тъй като е задължително и се ръководи от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК).

При предишната система здравното обслужване се извършваше в поликлиники и болници. Всички медицински услуги и необходимите за тях лекарства бяха безплатни и се финансираха от държавния бюджет. Недостатъците при тази система са добре известни. Те са свързани с факта, че централното разпределение на финансовия ресурс и липсата на конкуренция намаляват ефективността на здравната помощ и не предлагат стимули за по-качествено обслужване. Обратно, конкуренцията на пазара стимулира доставчиците да предоставят по-качествени здравни услуги на по-ниска цена и насърчава застрахователите да предлагат по-изгодни застрахователни пакети. Доброволното (частно) здравно осигуряване е неизменна част от съвременните пазарни икономики. При него потребителите и техните работодатели купуват здравни полици от частните здравноосигурителни фондове, които от своя страна покриват частично или изцяло разходите им за здравни услуги.

Главните недостатъци на тази система са свързани с някои пазарни несъвършенства. Частното здравно осигуряване не може автоматично да даде резултатите, които би имала една активна здравна политика – широк обхват на планови имунизации, гарантиран достъп до здравни услуги, протекция на рисковите групи (които обикновено остават извън обсега на частното осигуряване). При профилактиката и превенцията на болестите обществените ползи са повече от съответните частни разходи, което е основателна причина за финансова подкрепа от страна на държавата. Намаляването на здравните рискове в обществото зависи в голяма степен от достъпа до здравни услуги на хората с по-ниски доходи, които са изложени на по-голям здравен риск. Освен това застраховането и пазарът на здравни услуги обикновено изискват определена степен на държавна регулация и контрол, за да се защитят правата на потребителите и се гарантира спазването на минимални стандарти на лечение и обслужване.

Ето защо много страни прибягват до комбинирана здравна система, която обединява отговорностите на държавата относно здравната политика и здравната и социалната закрила на тези групи от населението, изложени на най-голям риск

от една страна, с възможностите за пазарен избор на доставчик на здравни услуги според платежоспособността на пациента. За държавата остават отговорностите по регулацията и надзора на пазара, за да може да гарантира определен стандарт на здравните услуги и защита на правата на потребителя. Това включва лицензиране и контрол на застрахователите и акредитация и надзор на лечебните заведения.

Българската здравна реформа също съчетава публични и частни отговорности. Страната има държавна здравноосигурителна система, управлявана от Националната здравноосигурителна каса, с частна доболнична помощ и обществена болнична помощ. Реформата, започната през 1999 г., въведе три нива на здравни услуги. Първото ниво включва услуги, предоставяни от общопрактикуващите лекари (ОПЛ), които са на „входа“ на здравната система. При тях пациентите получават първичен медицински преглед и лечение или се препращат към специалист или болница. При необходимост личният лекар може да издаде и болничен лист, който удостоверява временна нетрудоспособност.

Второто ниво обхваща медицинските (и стоматологични) услуги, предлагани от специалисти. Те спадат към доболничния сектор, въпреки че физически кабинетите на специалистите и специализираните лаборатории могат да се намират в болнични заведения. Ако е нужно те също издават направления за болнична помощ или друг специалист.

Третото равнище на здравни услуги е болничната помощ, тоест услугите получавани в болниците и диспансерите. Разходите по тях се покриват от здравната осигуровка когато осигуреният има направление от личния си лекар или от специалист. Броят на направленията, издадени от един лекар всеки месец обаче е ограничен. Това води до много оплаквания от пациентите, че личният им лекар е отказал да даде направление или го е отложил за следващия месец, защото направленията за този са свършили.

## 1.2. НЕДОСТИГ НА СРЕДСТВА

Здравната реформа в България е инспирирана в голяма степен от недостига на обществени средства за здравеопазване, които са от порядъка на 4-5% от БВП (Таблица 1).

**Таблица 1. Публични разходи за здравеопазване в България**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Процент от БВП	3,9	3,7	4,0	4,4	4,9	4,6	4,7	4,1
Процент от общите публични разходи	9,7	10,1	10,0	11,3	12,1	11,6	12,1	11,1
Дял на здравното осигуряване в разходите за здравеопазване (%)	9,9	13,0	35,8	40,6	51,6	63,2	76,1	–

Източник: НСИ, Министерство на финансите

Според международните сравнения, представени в Таблица 2, публичните разходи за здравеопазване у нас – и като процент от БВП и на глава от населението – са сред най-ниските в ЕС. По разходи на глава от населението след нас е само Румъния, а по дял на публичните разходи за здравеопазване в БВП, Румъния и Латвия. Дори на Балканите изоставаме по тези показатели след Хърватска, Сърбия и Македония.

**Таблица 2. Публични разходи за здравеопазване в България: международни сравнения**

Разходи на публичния сектор	Процент от БВП*						USD на глава от населението в средногодишен курс**				
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003
Чехия	6,0	6,0	6,3	6,6	6,8	6,5	347	327	373	471	600
Унгария	5,4	5,0	5,1	5,5	6,1	6,0	250	231	258	348	495
Полша	4,2	4,0	4,3	4,7	4,5	4,5	177	172	210	234	248
Словакия	5,2	4,9	5,0	5,1	5,2	5,1	196	186	193	228	318
Словения	5,8	6,7	6,9	6,8	6,7	6,7	628	640	683	751	930
Естония	4,9	4,3	4,0	3,9	4,1	4,2	197	170	176	203	282
Латвия	3,8	3,3	3,2	3,3	3,3	3,3	114	107	110	129	155
Литва	4,7	4,5	4,6	4,9	5,0	4,9	145	148	160	197	267
<b>България</b>	<b>3,9</b>	<b>3,7</b>	<b>4,0</b>	<b>4,5</b>	<b>4,1</b>	<b>4,3</b>	<b>63</b>	<b>58</b>	<b>69</b>	<b>88</b>	<b>104</b>
Румъния	3,4	3,5	3,6	3,8	3,8	3,4	54	59	65	79	100
Албания	3,1	2,8	2,8	2,8	2,7	2,7	35	33	37	41	49
Хърватска	7,5	8,1	7,2	6,5	6,5	6,6	333	330	317	325	413
Босна и Херцеговина	6,1	5,0	4,4	4,4	4,8	4,6	76	58	54	62	85
Сърбия и Черна гора	4,1	3,6	–	–	–	–	45	34	54	86	136
Македония	5,4	5,1	5,1	5,8	6,0	5,9	98	91	86	107	136

Източник: \* TransMONEE 2007; \*\*WHR 2006

Доброволното частно здравно осигуряване все още не се е наложило като алтернатива на държавното. Според Световната здравна организация средствата за частно здравно осигуряване у нас са под 1% от разходите за здравеопазване. Всъщност онези 2-3 % от БВП които допълват публичните разходи за здраве в действителност са директни допълнителни плащания от страна на пациентите (Таблица 3). Тези данни не включват нерегламентираните (корупционни) плащания. Ето защо тежестта на здравното финансиране, което се поема от пациентите в България е много по-голяма от тази в останалите страни. Основателен е въпросът: защо, след като в България пациентите официално и неофициално плащат почти същата сума като държавата, те не избират доброволното частно здравно осигуряване.

Таблица 3. Публични и частни разходи за здравеопазване в България

Индикатор	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Процент от БВП	6,0	6,2	7,2	7,9	7,5	7,7
В това число публични (%)	65,4	59,2	56,1	56,6	54,5	55,8
частни (%)	34,6	40,8	43,9	43,4	45,5	44,2
В това число „от джоба“ (%)	99,0	99,0	99,2	98,4	98,4	–

Източник: WHR 2006 (до 2003 г.), Health Systems in Transition: Bulgaria 2007 за 2004 г.

Обяснението обикновено се свежда до това, че частното осигуряване за сега трудно може да се конкурира с държавното здравно осигуряване и не може да предложи по-голямо покритие и избор на пакети. Предимствата за пациента при сключване на частна застраховка, заедно със задължителното здравно осигуряване са по-големият избор на доставчика на здравни услуги. Както и възстановяване на разходите за предписани лекарства, които може да не фигурират в списъка на държавното здравно осигуряване. Тези предимства засега у нас остават по скоро на теория отколкото на практика. С нарастващите възможности за избор на лекар и покриване на разходите за лекарства, които предоставя НЗОК, те намаляват. Частните застрахователи не могат да предложат много различни пакети. Както частните застрахователи, така и НЗОК разчитат на едни и същи доставчици (изпълнители) на здравни услуги, като последните почти изцяло зависят от договорите си със здравната каса.

Докато предимствата при плащане на частна здравна застраховка не са особено големи, то разходите са значителни. Първо, при сключване на частна здравна застраховка не отпада, нито се намалява задължението за плащане на здравни осигуровки към здравната каса. Второ, данъчните стимули за индивидуалните здравни полици са ограничени до отчисление, не по-високо от 10% от облагаемата основа на личния подоходен данък. И трето, може да не е толкова лесно да се сключи атрактивен индивидуален застрахователен план. Пазарът на частното здравно осигуряване в България все още не е достатъчно развит и е насочен предимно към корпоративните клиенти. Обикновено допълнителните здравни осигуровки, доколкото ги има, са част от допълнителните стимули за работниците и служителите, приети от работодателя.

Ползите за работодателите при сключване на частни здравни застраховки на служителите също не са големи. При данъчното облагане разходите за тези застраховки се третират като социални разходи, които са освободени от данък до определена сума за човек на месец<sup>1</sup>. С цел допълнително стимулиране, някои частни застрахователни дружества се опитват да привлекат нови корпоративни клиенти, като им предлагат и задължителните медицински прегледи на служителите и мониторинг на безопасността на труда на работното място заедно със здравната застраховка.

<sup>1</sup> За 2007 г. тази сума е 60 лв.

Накратко, държавата е поставила доста ограничения пред развитието на пазара на частното здравно осигуряване. Тези ограничения довеждат до отеглянето на застрахователите от пазара и намаляват конкуренцията. Вместо да предприеме мерки и да подпомогне този сектор, политиката по отношение на българското здравеопазване третира този пазар като недоразвит и неефикасен и е насочена към по-строги регулации и контрол на качеството на предлаганите услуги от страна на НЗОК. Необходима е радикална промяна в досегашните схеми на публично-частни партньорства.

### 1.3. НЕСТАБИЛНА РЕГУЛАТОРНА СРЕДА, ЗАЛАГАЩА НА АДМИНИСТРАТИВЕН КОНТРОЛ

#### НОРМАТИВНАТА УРЕДБА

Нормативната уредба на управлението на здравния сектор у нас бе коренно обновена през последните 9 години (*Виж Каре 1*). Финансирането на здравния сектор се урежда от Закона за държавния бюджет на Република България и Закона за бюджета на НЗОК. Вторичното и третично законодателство включва множество наредби и постановления на Министерския съвет, на Министерството на здравеопазването и на другите ведомства и агенции, чиято дейност е свързана с различни здравни рискове и опазването на общественото здраве. Широката и сложна законова рамка търпи постоянни промени в процеса на реформи и хармонизиране на българското законодателство с това на ЕС. Само Законът за здравното осигуряване претърпя 44 промени през последните 9 години. Подобни постоянни изменения рядко са съпроводени с оценка на действието на регулациите. Не бяха съобразени и с капацитета на администрацията и съдебната система за ефективно прилагане. Така се отвориха много вратички поради вертикални и хоризонтални несъответствия между различни компоненти на нормативната уредба<sup>2</sup>. Това създаде сериозни предизвикателства пред синхронизацията на реформаторските усилия и връзките между различни институции и заинтересованите и засегнатите страни. Нещо повече – това доведе до създаването на благоприятни условия за злоупотреби и корупция от страна на администрацията. Част от бюрократичния хаос в здравеопазването може да се обясни именно с това прекомерно и разнопосочно нормотворчество през годините на здравната реформа.

<sup>2</sup> Вертикалните несъответствия са между първичното и вторичното законодателство, докато хоризонталните са между регулациите в различните здравни или обществени сектори, предмет на регулиране.

### Каре 1. Нормативна рамка

- Закон за здравето (2004 г.), променян 16 пъти, наследник на Закона за народното здраве, (1973), променян 22 пъти между 1991 г. и 2003 г.
- Закон за здравното осигуряване (1998 г.), променян 44 пъти
- Закон за лечебните заведения (1999 г.), променян 22 пъти
- Закон за лекарствата и аптеките в хуманната медицина (1995 г.), променян 25 пъти
- Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (1999 г.), променян 11 пъти
- Закон за храните (1999 г.), променян 12 пъти
- Закон за здравословни и безопасни условия на труд (1997 г.), променян 13 пъти
- Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите (1998 г.), променян 7 пъти
- Закон за съсловните организации на медицинските сестри (2005 г.), променян 4 пъти
- Закон за трансплантация на органи, тъкани и клетки (2003 г.), променян 2 пъти
- Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането (2003 г.), променян 3 пъти

Източник: Министерство на здравеопазването

## ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА

Приоритетите в здравния сектор се определят от около 25 национални здравни стратегии и програми (Каре 2). Те са насочени към проблемите, които се възприемат като най-високи рискове за здравето: СПИН, туберкулоза, шарка и рубеола, болести на сърдечносъдовата система, ранна диагностика на ракови заболявания, остеопороза, психично здраве, превенция на самоубийствата, наркотици и цигари, сигурност на храните и трансплантации. Повечето от тези програми и стратегии са част от международни кампании и проекти. Според проекта за Национална здравна стратегия от 2006 г. бюджетните средства, отделени за профилактични програми се равняват на 18 млн. лева, което възлиза на по-малко от 1% от годишния бюджет за здравеопазване през 2006 г.<sup>3</sup>

Тези приоритети са от компетенцията на Министерство на здравеопазването, но други ведомства също имат водещи отговорности. Министерството на труда и социалната политика носи основната отговорност за въвеждането на стандарти за безопасни условия на труд, а Министерството на околната среда и екологията отговаря за прилагането на стандарти за защита на околната среда.

<sup>3</sup> Национална здравна стратегия 2007-2012 г., с. 17.

## Каре 2. Политически стратегии и програми

- Национална здравна стратегия 2007-2012 г.
- National strategy on supply of medicines 2004 г.
- Национална програма за развитие на инвазивната кардиология , 2002 – 2008 г.
- Превенция, лечение и рехабилитация от наркотични зависимости, 2001 – 2005 г.
- Национална стратегия и работна програма за профилактичен онкологичен скрининг, 2001 – 2006 г.
- National Program for psychic health reform 2001 – 2010; и Политика за психично здраве на Република България, 2004 – 2012 г.
- Национална програма по нефрология и диализно лечение
- Национална програма за контрол на туберколозата, 2004 – 2006 г.
- Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето, 2002 – 2006 г.
- Национална програма за суицидопрофилактика
- Национален план за действие по околна среда - здраве
- Програма за превенция и контрол на ХИВ/СПИН, 2001 – 2007 г.
- Национална програма за ограничаване на остеопорозата, 2006 – 2010 г.
- Национална програма за елиминация на морбили и вродена рубеола, 2005 – 2010 г.
- Стратегия на Република България по безопасност на храните, 2000 г.

Заедно с това съществуват над десет специализирани агенции с образователни, информационни и контролни функции. Много от тях бяха създадени през последните 16 години в рамките на различни донорски програми. От днешна гледна точка и поради липсата на реално реструктуриране, по-голямата част изглеждат нужен, но скъп принос в здравната реформа, като ползите от него все още не са напълно реализирани.

## УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО

Управлението на качеството на здравните услуги залага почти изцяло на всеобхватен административен контрол за сметка на адекватни финансови стимули. При това контролът е главно на входа на системата. Основни негови инструменти са акредитацията на лечебните заведения и медицинските стандарти.

**Акредитацията на лечебните заведения** цели да осигури минимални стандарти на техническо оборудване и квалификация, необходими за съответните услуги, които се покриват от НЗОК. Тези изисквания са изброени в Наредба за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения към Закона за лечебните заведения. Процесът на акредитация обаче не може да играе ролята на филтър на входа на системата – на практика почти всички стари и неефективни болници и медицински центрове получиха акредитация. Една от причините е, че в голяма част от страната покритието и

достъпът до здравни услуги са по-важни, отколкото качеството. Друга причина е, че обикновено местните политически и социални приоритети надделяват над грижата за качеството.

Освен чрез акредитацията, качеството в здравния сектор се регулира от **24 медицински стандарта за обслужване според различните групи заболявания**, които разписват в детайли изискванията за медицинско оборудване, необходимият медицински персонал и квалификация; съдържат подробни дефиниции за различните синдроми, покрити от съответния стандарт, както и съответните интервенции.

Накратко, управлението на качеството силно разчита на строгите и изчерпателни регулаторни изисквания и контрол, което е свързано със значителни административни разходи за прилагането им. При това парите, които НЗОК възстановява, не са обвързани с качеството на предлаганите услуги. Така, след като получат акредитация и покрийт стандартите, медицинските практики и болници нямат никакъв стимул да вложат средства за развитие на човешките ресурси, да инвестират в нови технологии и да направят други капиталовложения, които биха повишили качеството на здравната помощ. Системата е проектирана така, че да може да покрие единно минимално ниво на стандарти.

В същото време прилагането ѝ не е достатъчно ефективно, защото нито Министерството на здравеопазването, нито НЗОК имат необходимия капацитет да наложат санкции или да откажат акредитация на лечебни заведения в райони с ограничено покритие и достъп, където проблемите с качеството на медицинската помощ са най-критични. Тази система, която залага главно на контрола и санкциите, но в същото време има недостатъчен капацитет за административна принуда поставя взимашите политически решения в порочен кръг, в който все повече се увеличават административните изисквания и контрола, което влошава степента на съобразяването от страна на лекарите и здравните мениджъри със законите, а взаимното доверие и зачитане на интересите между държавата, здравните специалисти и пациентите е все по-крехко.

## ЧОВЕШКИЯТ И ФИЗИЧЕСКИЯТ КАПИТАЛ

В резултат на изброените дотук слабости в управлението на здравния сектор, той страда от свръхкапацитет по отношение на амортизирани материалните активи, слаба поддръжка, неефективно използване на ресурсите и стари технологии за диагностициране и лечение. Броят на **болничните легла** беше намален (Виж Таблици 8 и 9, стр. 28, 33), а средната годишна използваемост на легловата база от един пациент (в дни) се увеличи. Това обаче не доведе до значително оптимизиране на разходите, тъй като намаляването на броя на болничните легла не доведе до намаляване на стаите и съоръженията за лечение на един пациент.

По отношение индикатора **лекари на глава от населението**, България е поддържала винаги високи стойности. От друга страна обаче има много вакантни длъжности, особено за доктори със специалност. Свръхпредлагането от



една страна и концентрацията на лекари в градовете води до двоен проблем – ниски възнаграждения и липса на мотивация на медицинските работници от една страна и лошо регионално покритие от друга. Допълнителен проблем е **недостигът на медицински сестри**. Той се дължи на миграцията на медицински сестри към Европа и малкия брой специализирани колежи. Съотношението брой медицински сестри на един лекар в България е около два пъти по-нисък от това в другите страни в Европа, като перспективите за неговото оптимизиране в близко бъдеще не са оптимистични.

Като цяло, въпреки че много бе направено и значителни средства похарчени, резултатите от реформите съществено се разминават с очакванията на мнозинството и от пациентите и от лекарите. Ако от гледна точка на потребителите целта на реформата бе замяна на държавното здравеопазване със здравноосигурителна система, която да гарантира достъп и покритие заедно с възможност за избор от страна на пациента едновременно с конкуренцията между доставчиците на медицински услуги, то тази цел не е достигната. Ако от гледна точка на доставчиците (докторите и мениджърите в здравния сектор) целта на реформата бе да се наложи принципът „парите следват пациента“, т. е. разпределението на публични средства да става на основата на броя на пациентите, извършените дейности и постигнатите резултати и качество на обслужването, тази цел също не е постигната.

Накратко, нито по отношение на резултатите, още по-малко по отношение на направените досега разходи, реформата в управлението на публичното здравеопазване може да получи задоволителна оценка. Общата сума на средствата, отделяни за здраве не е толкова ниска по международните стандарти, но сравнително голяма част от нея са индивидуални директни плащания за здравни услуги, като по-голяма част от последните се дават под масата. Българинът плаща повече (здравноосигурителни вноски, формални и неформални индивидуални плащания), отколкото гражданите на други страни в преход, при това – за по-лоши услуги. Сегашната система игнорира инвестициите в нови технологии и продължаващото обучение на медицинските специалисти. Здравеопазването, превенцията на болестите и профилактичната дейност остават извън обсега на реструктурирането и все още са недостатъчно финансирани и лошо управлявани. Не на последно място, достъпът на най-уязвимите групи на обществото до медицински услуги е ограничен и неравностоен.

