

# ЗДРАВНОЕОСИГУРЕНИТЕ

## и здравното осигуряване в България

ДОКЛАД



**2009**

*Изказаните становища и мнения в настоящия доклад са отговорност единствено на авторите на отделните текстове и не отразяват непременно мненията и политиката на Институт "Отворено общество" - София. Авторите следва да бъдат цитирани при всяко преиздаване на материала, целия или част от него.*

## **ЗДРАВНОНЕОСИГУРЕНИТЕ и здравното осигуряване в България**

**Доклад**

© 2008, Институт "Отворено общество", София

© 2008, Калин Семерджиев, корица и оформление

ISBN 978-954-9828-68-9

# **ЗДРАВНО НЕОСИГУРЕНИТЕ и здравното осигуряване в България**

**ДОКЛАД**

*Този анализ е изготвен по проект "Наблюдение на публичните бюджети" с възложител Институт "Отворено общество" - София.*

**Екипът включва:**

<b>Десислава Кузнецова</b>	ръководител на проекта към програма "Управление и публични политики", Институт "Отворено общество" - София
<b>н. с. д-р Екатерина Маркова</b>	автор, част 1, Институт по социология към БАН
<b>н. с. д-р Васил Киров</b>	автор, част 1, Институт по социология към БАН
<b>Боян Захариев</b>	автор, част 2, Институт "Отворено общество" - София
<b>д-р Мими Виткова</b>	автор, част 3 и 4
<b>д-р Христо Хинков</b>	автор, Качеството на медицинските услуги като фактор за нивото на осигуреност на гражданите
<b>Ивайло Иванов</b>	автор, част 5
<b>Георги Ангелов</b>	автор, част 6, Институт "Отворено общество" - София

**Рецензенти**

**доц. д-р Евгения Делчева**  
**проф. Веселин Борисов, д.м.н.**

## **СЪДЪРЖАНИЕ**

РЕЗЮМЕ / 7

### **I. ЗДРАВНОЕОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА В БЪЛГАРИЯ – ПРОФИЛ И ПРИЧИНИ / 11**

*Методически бележки / 11*

*Профил на здравноосигурените лица / 14*

*Стратегии за справяне на здравноосигурените лица / 19*

*Ползване на здравни услуги / 21*

*Здравен статус и обща информация за респондентите / 22*

*Здравноосигурените - основни изводи / 24*

### **II. АНАЛИЗ НА БЕДНОСТТА СРЕД ЗДРАВНОЕОСИГУРЕНИТЕ В БЪЛГАРИЯ / 27**

*Дефиниции на бедността / 28*

*Многомерната бедност / 29*

*1) Парична бедност / 30*

*2) Субективна бедност / 31*

*3) Образователна маргинализация (образователна бедност) / 34*

*4) Жилищна бедност / 34*

*5) Здравна маргинализация (здравна бедност) / 36*

*6) Многомерна бедност / 39*

### **III. ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В СТРАНИТЕ ОТ ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ КАТО ЧАСТ ОТ СИСТЕМИТЕ ЗА СОЦИАЛНА ЗАЩИТА / 42**

*Реформиране на националните здравни системи  
в Западна Европа / 43*

*Реформиране на националните здравни системи в Централна и  
Източна Европа / 51*

### **IV. СИСТЕМАТА ЗА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ / 53**

*Нормативно-правна уредба на здравното осигуряване в  
Република България – кратък преглед / 53*

*Характеристики на здравноосигурителния модел в България / 54*  
*Задължително здравно осигуряване / 55*  
*Доброволно допълнително здравно осигуряване / 59*  
*Финансиране на системата за здравно осигуряване*  
*(задължително здравно осигуряване) / 62*  
*Приходи за здравно осигуряване / 62*  
*Разходи за здравно осигуряване (разходи на НЗОК) / 65*  
*Бюджетът за здравно осигуряване в общите параметри*  
*на финансиране на здравеопазването / 71*  
*Проблеми и предизвикателства пред здравното осигуряване в*  
*България, имащи пряко отношение към финансирането, участието*  
*и справедливостта на системата / 75*  
*Здравното осигуряване – основни изводи / 87*

#### **V. ДОСТЪП ДО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ НА ЗДРАВНОНЕОСИГУРЕНИТЕ / 90**

*Граждани с нередовен здравноосигурителен статус / 90*  
*Система за социална защита на лица в неравностойно положение*  
*относно здравното им осигуряване / 92*

#### **VI. ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА, НЕОСИГУРЕНИТЕ И МАКРОРАЗВИТИЯТА / 98**

*Политически аспекти на реформата / 98*  
*Резервът в БНБ / 98*  
*Кризата и бюджетът за здравеопазване / 99*  
*Неосигурените и кризата / 100*

#### **ПРИЛОЖЕНИЯ / 103**

## РЕЗЮМЕ

Анализът на здравнонеосигурените лица в България е част от поредица проучвания на публичните бюджети и преглед на политиките на правителството в различни сфери, финансирани от Институт "Отворено общество" – София, в последните години.

Официални данни за профила на здравнонеосигурените в България и за стратегиите, които прилагат тези български граждани за здравето си, липсват, което е сериозен проблем при формирането на мерки за събиране на просрочените задължения, привличане към системата на отпадналите от нея и за подкрепа на лицата, които реално нямат шанс да възстановят здравноосигурителните си права поради ниски доходи.

Тази проблематика има силен социален заряд в условията на икономическа криза. При стартирането на наблюдението в средата на 2007 г. прогнозите за икономически растеж бяха оптимистични, а фокусът бе насочен към проблемите, свързани със задълженията към системата на българските граждани зад граница – по различни данни около 500 хил. души. В периода на провеждане на изследването и анализа, който продължи до края на 2008 г., бяха предприети две основни промени в политиката за здравно осигуряване:

- регламентиране, през 2008 г., на здравноосигурителните права за български граждани, живеещи в чужбина, и на условията на възстановяването им;
- увеличение на здравната вноска от 6% на 8% за 2009 г.

Същевременно данните на Националната здравноосигурителна каса показват, че за наблюдавания период броят на здравнонеосигурените остава непроменен – около един милион души - прецедент за страните - членки на ЕС.

Настоящата публикация се фокусира върху събраните данни за здравнонеосигуреното население в градовете в България, представя профила на тези лица и основните причини за здравна неосигуреност.

Тези данни провокираха и търсенето на различни гледни точки към проблемите на тези хора – системата за здравно осигуряване, бедността сред неосигурените, политиките на държавата и тяхната адекватност към съществуващата ситуация, в условията на икономически динамична среда.

На базата на информацията от изследването на здравнонеосигурените и на данни от Многоцелево проучване на домакинствата<sup>1</sup>, проведено съвместно от Световната банка и Институт “Отворено общество” – София, е анализирана бедността сред здравнонеосигурените, допълваща картината за социалния статус на здравнонеосигурените.

Направен е преглед на състоянието на здравното осигуряване, както и анализ на основните проблеми, които имат отношение към справедливостта на системата. Предприетите от държавата социални мерки в подкрепа на здравнонеосигурените са представени с данни за лицата, възползвали се от тях, и преглед на основните причини за отказ на достъп до тези мерки.

Картината на останалите извън системата и на проблемите и ограниченията на самата система, имащи отношение към здравната неосигуреност, са допълнени от макроикономически анализ, който акцентира на основните предизвикателства пред бюджета и приходите на системата в условията на увеличена здравноосигурителна вноска и икономическа криза.

Изводите, направени по отношение за здравнонеосигурените и на свързаните с тях проблемни области, могат да бъдат обобщени в следното:

- Социодемографското разпределение на изследваните лица от градовете, които посочват, че не са здравноосигурени, показва, че е по-вероятно това да са млади хора с ниско или средно образование, идващи от домакинства с ниски доходи, със засилено присъствие на представители на ромската етническа група. Около половината от здравнонеосигурените, около 60% от здравнонеосигурените турци, над 80% от здравнонеосигурените роми и само 21.5% от здравнонеосигурените българи се намират в тежка форма на бедност, от която индивидът няма ресурс да се измъкне сам.
- Като цяло здравнонеосигурените лица не разбират характера на солидарната система. Те не са съгласни да плащат нещо, което не ползват. Процентът на заможни домакинства (5.6%) потвърждава хипотезата, че не само финансовите проблеми водят до изключване и самоизключване от системата за здравно осигуряване.
- Здравнонеосигурените не подават молби-декларации за ползване на здравна социална помощ. Лицата без осигуровки не се възползват от предприетите социални мерки от страна на държавата.

<sup>1</sup> Изследването е проведено през 2007 г.



Същевременно системата за защита на лица в неравностойно социално положение поради регламентираните високи критерии за достъп до ползване на здравна социална помощ превръща спешната медицинска помощ в единствената достъпна здравна помощ за немалка част от тези уязвими групи граждани. Необходимо е цялостно преразглеждане на системата за здравно осигуряване при тези лица.

- Лимитираният достъп на пациентите до специалисти в извънболничната помощ чрез регулативните стандарти, които се определят от НЗОК и които на практика възпрепятстват достъпа до лекар специалист (ползването на талони), наред с ниското качество на медицинската услуга, наличието на регламентирани и корупционни доплащания за ползване на здравеопазване, усещането за лошо отношение към пациента са фактори, влияещи негативно на мотивацията за участие в системата за здравно осигуряване.
- Избраните методи за ограничаване на разходите (регулативните стандарти) по задължителното здравно осигуряване в извънболничната помощ не отчитат реалните потребности на населението от медицинска помощ и ограничават достъпа до това ниво на здравеопазването. Ограниченията в извънболничната помощ водят до увеличено търсене на директен достъп до болниците и са една от причините за нарастващия брой хоспитализации. По този начин мерките за ограничаване разходите за специализирана извънболнична помощ и диагностика се превръщат в стимул за увеличаване на разходите в най-скъпата медицинска помощ – болничната.
- Цената на здравеопазването през годините нараства, като финансовата тежест се измества не към обществените средства, както е в развитите европейски страни, а към домакинствата. Това налага цялостна преоценка на здравноосигурителния модел и на данъчната формула с цел увеличаване размера на обществените средства за здравеопазване и ограничаване размера на индивидуалните плащания.
- В ситуация на влошаване на икономиката, свиване на сивата икономика и на очаквано намаляване на трансферите от чужбина идентифицирането на основните групи здравнонеосигурени и насочването на конкретна политика към тези лица става още по-важен приоритет.

Какви мерки трябва да бъдат предприети, за да мотивират здравнонеосигурените да се върнат в системата? Как да бъде реформирана системата, за да намали несправедливостта на достъпа? Какво да бъде включено в пакета, предлаган от държавата в рамките на социалната защита, за да отговори социалната подкрепа на нуждите на здравнонеосигурените от уязвимите групи?

Това са важните въпроси за дебат и решения, върху които настоящата публикация поставя акцент.

## I. ЗДРАВНОЕОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА В БЪЛГАРИЯ – ПРОФИЛ И ПРИЧИНИ

Какъв е профилът на здравнонеосигурените лица в България? Дали става дума за хора основно от малцинствен произход? За българи, които живеят в чужбина и дължат вноски в България? За работещите на черно?

В отговор на въпроса какви са българските граждани, които имат задължения към здравноосигурителната система или не са осигурени, Институт "Отворено общество" – София, инициира провеждането на национално емпирично социологическо изследване на профила на тези лица. Изследването бе осъществено от екип от социолози от Института по социология при БАН в периода 6-25 август 2007 г.

### Методически бележки

Теренната работа бе проведена в периода 6-25 август 2007 година. Методът на регистрация на информацията е полустандартизирано face-to-face интервю в дома на респондента. В процеса на набиране на информация взеха участие около 100 интервюери от цялата страна. Проведени са 1204 ефективни интервюта. Обходени са общо 3339 адреса.

Целевата група на изследването са здравнонеосигурени лица над 18-годишна възраст. Съгласно нормативните документи<sup>2</sup> здравнонеосигурените от държавата лица са:

- безработни без право на обезщетение, които не се осигуряват от фонд „Безработица“;
- социално слаби лица без право на социална помощ;
- всички студенти над 26-годишна възраст;
- земеделските производители, които не внасят осигурителни вноски върху половината от минималния месечен доход – 100 лв.;

<sup>2</sup> Закон за здравното осигуряване. Отражена деноминацията от 05.07.1999 г. Обн. ДВ, бр. 70 от 19 юни 1998 г., изм. ДВ, бр. 93 от 11 август 1998 г., изм. ДВ, бр. 153 от 23 декември 1998 г., изм. ДВ, бр. 62 от 9 юли 1999 г., изм. ДВ, бр. 65 от 20 юли 1999 г., изм. ДВ, бр. 67 от 27 юли 1999 г., изм. ДВ, бр. 69 от 3 август 1999 г., изм. ДВ, бр. 110 от 17 декември 1999 г., изм. ДВ, бр. 113 от 28 декември 1999 г., изм. ДВ, бр. 1 от 4 януари 2000 г., изм. ДВ, бр. 64 от 4 август 2000 г., доп. ДВ, бр. 41 от 24 април 2001 г., изм. ДВ, бр. 1 от 4 януари 2002 г., изм. ДВ, бр. 54 от 31 май 2002 г., доп. ДВ, бр. 74 от 30 юли 2002 г., изм. ДВ, бр. 107 от 15 ноември 2002 г., доп. ДВ, бр. 112 от 29 ноември 2002 г., изм. ДВ, бр. 19 от 27 декември 2002 г., изм. ДВ, бр. 120 от 29 декември 2002 г., изм. ДВ, бр. 8 от 28 януари 2003 г., доп. ДВ, бр. 50 от 30 май 2003 г., изм. ДВ, бр. 107 от 9 декември 2003 г., доп. ДВ, бр. 114 от 30 декември 2003 г., изм. ДВ, бр. 28 от 6 април 2004 г., доп. ДВ, бр. 38 от 11 май 2004 г., изм. ДВ, бр. 49 от 8 юни 2004 г., изм. ДВ, бр. 70 от 10 август 2004 г., изм. ДВ, бр. 85 от 28 септември 2004 г., изм. ДВ, бр. 111 от 21 декември 2004 г., изм. ДВ, бр. 39 от 10 май 2005 г., изм. ДВ, бр. 45 от 31 май 2005 г., изм. ДВ, бр. 76 от 20 септември 2005 г., изм. ДВ, бр. 99 от 9 декември 2005 г., изм. ДВ, бр. 102 от 20 декември 2005 г., изм. ДВ, бр. 103 от 23 декември 2005 г., изм. ДВ, бр. 105 от 29 декември 2005 г., изм. ДВ, бр. 17 от 24 февруари 2006 г., изм. ДВ, бр. 18 от 28 февруари 2006 г., изм. ДВ, бр. 30 от 11 април 2006 г., изм. ДВ, бр. 33 от 21 април 2006 г., изм. ДВ, бр. 34 от 25 април 2006 г., изм. ДВ, бр. 59 от 21 юли 2006 г., изм. ДВ, бр. 95 от 24 ноември 2006 г., изм. ДВ, бр. 105 от 22 декември 2006 г., изм. ДВ, бр. 11 от 2 февруари 2007 г., изм. ДВ, бр. 26 от 27 март 2007 г., изм. ДВ, бр. 31 от 13 април 2007 г., изм. ДВ, бр. 46 от 12 юни 2007 г., изм. ДВ, бр. 59 от 20 юли 2007 г.

- всички работници и служители от сивата икономика, които не работят по трудово правоотношение.

### Методика на извадката

Информация за генералната съвкупност от здравноосигурени лица в страната са пациентските листи на Националната здравноосигурителна каса. При конструиране на извадката е проведен прост случаен подбор на единици за извадката – основна (1200) и резерви. Допълнително рекрутиращо изискване за подбор е да бъде интервюиран само един член от домакинство. Също така изследователският екип предостави възможност на респондентите да посочат сами дали са здравноосигурени или не – разработен е рекрутиращ раздел в основния въпросник.

### Параметри на извадката

Извадката е двустепенна, стохастична и се състои от две части – основна – 1200 души и планирано разширение от минимум 5000 души (т. нар. резерви) (Таблица 1). В Кюстендил има определени за изследване само 20 души поради изключително ниското качество на информацията за местоживеенето на респондентите.

Поради непълноти в информацията за адресите на лицата извадката не съдържа адреси в села.

Таблица 1<sup>3</sup>

Област	Основна извадка	Минимално планирано разширение
Бургас	35	190
Благоевград	35	190
Варна	35	190
Велико Търново	35	190
Видин	35	190
Враца	35	190
Габрово	35	190
Добрич	35	190
Кърджали	35	190
Кюстендил	20	150
Ловеч	35	190
Монтана	35	150

<sup>3</sup> В Таблица 1 е посочен минимален брой планирано разширение (резерви). Поради неточност на информацията на терен са правени по-голям брой замени от първоначално планирания.

Област	Основна извадка	Минимално планирано разширение
Пазарджик	35	190
Перник	35	100
Плевен	35	190
Пловдив	45	190
Разград	35	190
Русе	35	190
Силистра	35	150
Сливен	35	150
Смолян	35	150
София-град	200	200
София-област	60	150
Стара Загора	45	190
Търговище	35	190
Хасково	40	190
Шумен	45	190
Ямбол	45	190
<b>Общо</b>	<b>1200</b>	<b>5000</b>

Значителна част от ненамерените за изследване лица са продължително отсъстващи или в чужбина. Голяма част от адресите (почти всеки десети) са непълни или неверни. Отказите за участие в изследването са незначителен дял – само 3,5% (Таблица 2).

Таблица 2

Резултат от посещението	Брой	Процент
Анкетирани	1204	36.1
Отказ	118	3.5
Неверен/непълнен адрес	397	11.9
Недостъпен адрес	121	3.6
Продължително отсъствие на лицето	633	19.0
Друго	262	7.8
В чужбина	449	13.4
Сменен адрес	153	4.6
<b>Общо</b>	<b>3339</b>	<b>100,0</b>

## Профил на здравнонеосигурените лица<sup>4</sup>

Какво показва изследването? На въпроса дали лицето е здравноосигурено положително отговарят 35.2% от анкетираните - т.е. това означава, че част от хората, които според НЗОК не са осигурени, всъщност са или смятат, че са<sup>5</sup>. И в двата случая това представлява проблем - както за институцията, така и за съответния индивид. Прави впечатление, че само един от респондентите ни не знае какъв е неговият статус към момента на изследването.

***В анализа са посочени само обобщени резултати от респондентите, които изрично са заявили, че не са здравноосигурени, тъй като не можем да знаем каква част от останалите лица са скрили информацията за статуса си и каква част, поради неточност, фигурират в списъците на НЗОК.***

Като цяло тези хора са:

- малко повече мъже, отколкото жени – 51% към 49%, но това едва ли може да се интерпретира като свързано със специфични професии, които не се осигуряват;
- 74.3% от интервюираните лица, които не са здравноосигурени, са етнически българи, 10.7% - турци, а 14.6% - роми. ***Това показва, че при ромите съществува по-голяма вероятност едно лице да не е здравноосигурено, отколкото при другите етнически групи.***
- Когато анализираме тези данни според фактора възраст, можем да констатираме, че ***почти една трета от тези хора са до 30 г.*** (31.8%), а едва 21.3% са над 50 години (виж Таблица 2). Интерпретациите на този факт могат да бъдат свързани с това, че младите хора са по-склонни да приемат работа без трудов договор, че сигурно има повече млади хора, които живеят в чужбина, студенти, които са навършили 26 г. или временно са прекъснали обучението си. От друга страна, тази възрастова група по презумпция е в по-добро здраве, най-вероятно по-рядко ѝ се налага да посещава лекари и здравни заведения, а това демотивира младите да бъдат здравноосигурени на всяка цена.
- Като образователно равнище трябва да отбележим, че ***над една четвърт от лицата, които посочват, че не са здравноосигурени (25.5%), са с начално или по-ниско, или основно образование,*** най-много, 56.8%, са със завършено средно, а едва 11.3% са с висше образование (независимо дали става дума за степен бакалавър или магистър).
- От всички изследвани лица 31,8% са посочили, че през последните три месеца работят на трудов договор, съответно 17% от тях са посочили, че не са здравноосигурени. Това може би означава, че те са започнали

<sup>4</sup> Поради особености, свързани с рекрутиране на респондентите, извадката обхваща само градско население. За повече информация виж методически бележки.

<sup>5</sup> По данни от интервюерската мрежа част от респондентите са скрили факта, че не са здравноосигурени, притеснявайки се от евентуални последващи санкции.

да работят сравнително скоро и правата им не са възстановени поради наличие на стари задължения.

- На въпроса за финансовото положение на домакинството, в което живее изследваното лице, можем да видим, **че над половината респонденти се самоопределят като бедни** (виж Таблица 3), близо една трета (31.5%) - нито като бедни, нито като богати, а едва 5.6% смятат, че принадлежат към богатите домакинства. Данните, които лицата посочват за средномесечния нетен доход на домакинството, в което живеят, показват, че за едва 6.3% той е над 1000 лева, за общо една четвърт (25.4%) той е над 400 лева. Тук една пета от анкетираните лица, които не са здравноосигурени, не са пожелали да посочат дохода на домакинствата си. Не е изненадващо, че мнозинството от респондентите произлизат от домакинства с много ниски доходи, но процентът на заможни домакинства потвърждава хипотезата, че не само финансовите проблеми водят до изключване и самоизключване от системата за здравно осигуряване;

### Социално-демографски характеристики на здравнонеосигурените лица (%)

Таблица 3<sup>6</sup>

<b>Пол</b>	
Мъж	51.0
Жена	49.0
Общо	100.0
<b>Етническа принадлежност</b>	
Българин	74.3
Турчин	10.7
Ром	14.6
Друг	.4
Общо	100.0
<b>Образование</b>	
Начално или по-ниско	7.8
Основно	17.7
Незавършено средно	3.4
Завършено средно	56.8
Полувисше	2.9
Висше – бакалавър	4.5
Висше – магистър	6.8
Общо	100.0

<sup>6</sup> На въпроса "Как бихте оценили финансовото положение на вашето домакинство?" респондентите отговарят по 5-степенна скала, където 5 е богат, а 1 е беден, 3 е „нито богат, нито беден“.

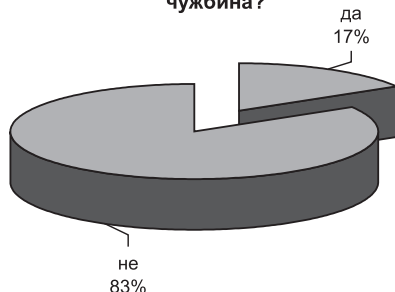
<b>Възраст</b>	
18-30	31.8
31-40	23.8
41-50	23.0
51+	21.3
Общо	100.0
<b>Как бихте оценили финансовото положение на вашето домакинство?</b>	
Беден	31.9
2	28.6
3	31.5
4	5.2
Богат	.4
Не знае	2.5
Общо	100.0
<b>Какъв е средномесечният чист доход на домакинството през последните 3 месеца?</b>	
До 100 лв.	11.9
101-200 лв.	15.3
201-300 лв.	14.1
301-400 лв.	12.9
401-600 лв.	12.0
601-800 лв.	4.8
801-1000 лв.	2.3
Над 1000 лв.	6.3
Отказ	20.5
<b>Общо</b>	<b>100.0</b>

През последните години много български граждани пребивават постоянно или за определени периоди в чужбина, за да работят. Известно е, че те дължат здравни осигуровки в България, ако не са предприели определените мерки. Не е ясно доколко тези лица са добре информирани и доколко предприемат необходимото, преди да заминат. **Затова не е изненадващо, че по време на провеждането на изследването през 2007 г. сред здравнонеосигурените лица близо една пета (16.5%) са работили в чужбина през последните години** (Графика 1).



Графика 1

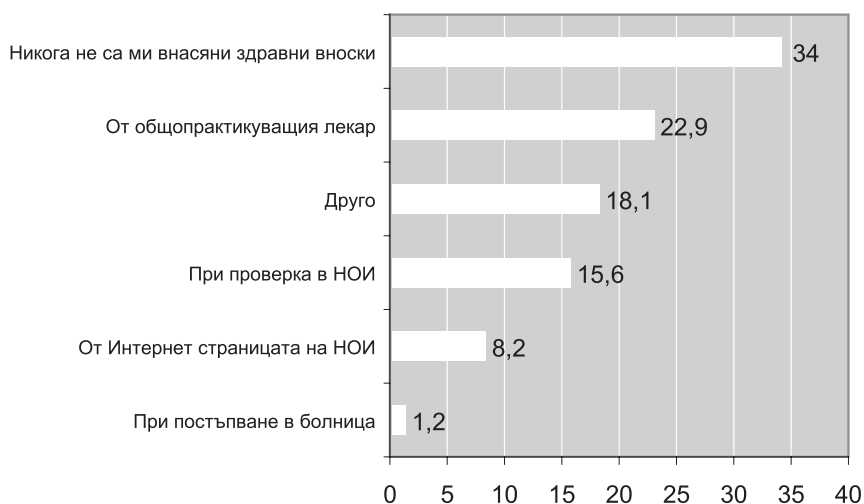
През последните години работили ли сте в чужбина?



Според изследването здравнонеосигурените лица **са информирани**, че съществува законово задължение да се осигурят. Най-честите **източници на информация** за това задължение са **медиите и общопрактикуващите лекари** (Графика 2).

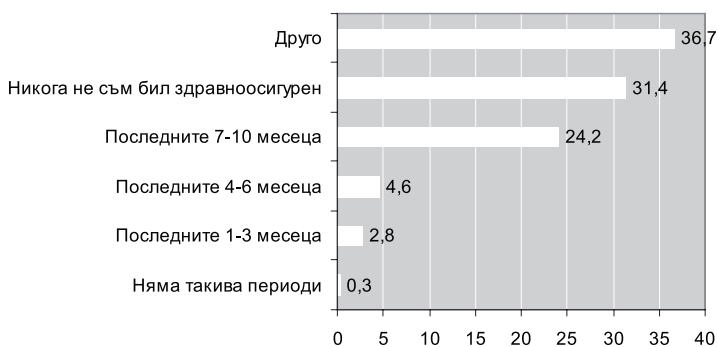
34% от анкетираните лица, които не са здравноосигурени, никога не са били от момента на въвеждане на законовото задължение. Най-често респондентите са си дали сметка, че не са здравноосигурени, при посещение при общопрактикуващия лекар или при проверка в НОИ. Трябва да се отбележи, че 8.2% от лицата са си направили справка в интернет страницата на НОИ.

Графика 2 Откъде разбрахте, че не сте здравноосигурен/а?



Близо една трета от респондентите декларират, че никога не са били здравноосигурени (има се предвид от началото на реформата – виж Графика 3). Важно е да се обърне внимание на факта, че близо една четвърт не са осигурени от последните 7-10 месеца. т.е. **от системата непрекъснато изпадат нови лица**. Бихме могли да направим и хипотезата, че съществува “текучество” сред неосигурените лица. Едва 5.8% не са осигурени от последните 6 месеца. Тук бихме могли да разсъждаваме доколко системата е достатъчно “бърза”, за да регистрира тези лица.

Графика 3 Откога не сте здравноосигурен/а? (%)<sup>7</sup>



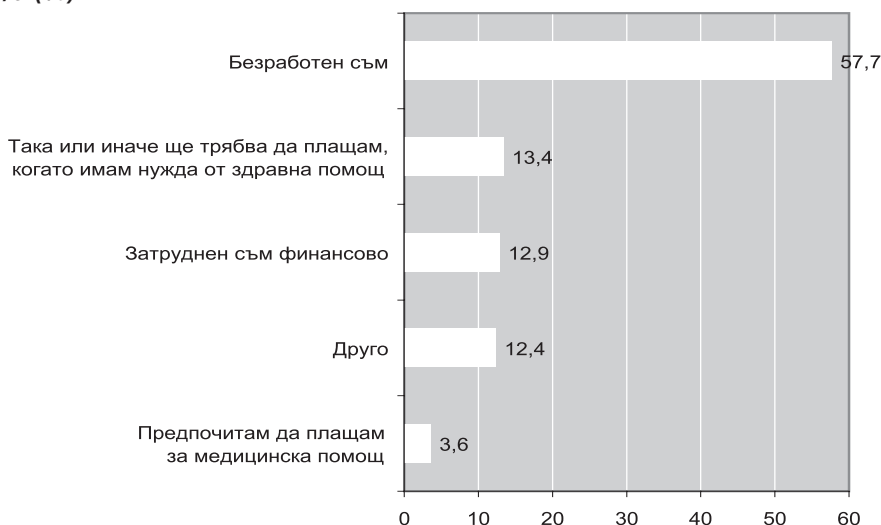
За близо 60% от здравнонеосигурените лица основната причина, поради която не са осигурени, е, че са **безработни**. Всъщност за този въпрос, трябва да се има предвид, че за някои от тях “безработен” означава не само “административното” определение, но и фактът човек да не работи или да работи нещо “на черно”.

Наред с хората, които са без работа и са затруднени финансово, трябва да се обърне внимание на наличието на една втора група, която така или иначе плаща в брой, когато има нужда от медицинско обслужване (17%), но за която това сякаш е въпрос на избор човек да не се осигурява (да не се включи в националната здравноосигурителна система).

61,8% от неосигурените респонденти имат общопрактикуващ лекар, а 38,2% посочват, че нямат (независимо че са избрани за участие в проучването от пациентските листи на НЗОК). Това би могло да означава, че те само формално се водят в списъците на съответното “джипи. За да твърдим последното, би могъл да ни помогне и аргументът, че почти половината от тези, които “имат” общопрактикуващ лекар, посочват, че не са го посещавали въобще., а едва 3.9% - веднъж на месец.

<sup>7</sup> Отговор „Друго“ включва отговорите на лицата, които не са здравноосигурени за повече от 7-10 месеца, а също и на тези, които не могат да посочат за какъв период имат прекъснати здравноосигурителни права. В приложението е дадена оригиналната некодирани променлива с отговорите на опцията „друго“, която ще бъде полезна при подготовката на адекватна скала на въпроса „Откога не сте здравноосигурен/а?“ при бъдещи изследвания.

Графика 4 Посочете основната причина, поради която не сте здравноосигурен/а (%)



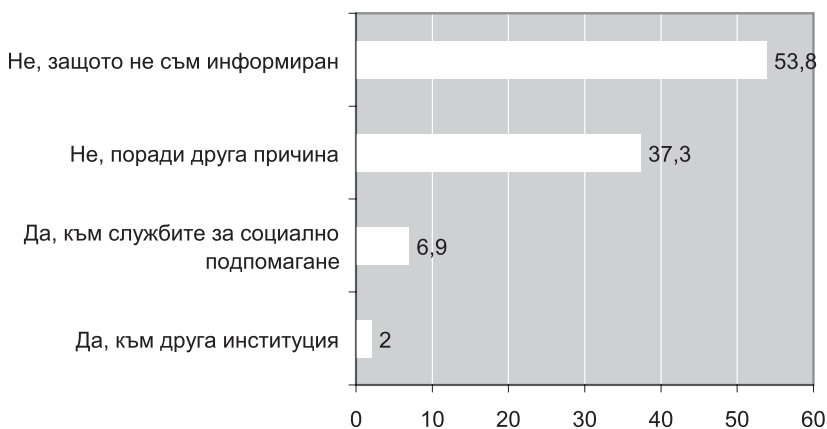
13,4% са отговорили, че основната причина да не са здравноосигурени е, че така или иначе ще трябва да плащат, когато имат нужда от здравна помощ, т.е. тук не става дума за техния личен избор, а по-скоро за принуда, наложена от обстоятелствата. Хората, които биха имали нагласата и биха желали да плащат за медицинска помощ, са 3,6% от запитаните.

### Стратегии за справяне на здравнонеосигурените лица

Както вече споменахме, сред неосигурените лица можем да открием група на хора, които предпочитат да си плащат за медицинско обслужване. Все пак те са малцинство спрямо тези, които не работят, изпитват финансови затруднения и т. н.

В този смисъл би било логично да очакваме, че мнозинството от хората, които не са здравноосигурени, търсят някакви начини да се справят с възникналия проблем. Това, което можем да констатираме, е, че **неосигурените лица в редки случаи се обръщат за съдействие към службите за социално подпомагане или към други държавни служби**, за да решат проблема със здравните си вноски (Графика 5). **Основната причина за това е, защото не са информирани, че има такава възможност (54%)**. Има и една немалка група, която посочва най-разнообразни причини за нежеланието си да се обърне към съответните държавни служби – сред отговорите все пак можем да видим липсата на доверие в институциите, че могат да решат проблемите, декларацията, че това не интересува съответния респондент, и т. н.

Графика 5 Обръщали ли сте се към държавни институции за съдействие за решаване проблема със здравните вноски?



Значителен дял от **неосигурените** респонденти (Таблица 4) не са се обръщали към службите за социално подпомагане за уреждане на въпроса с вноските си, защото смятат, че не са информирани и не познават правата си (42.7%). Тук определено има една група хора, които просто нямат доверие в системата (19.8%). Има и група от здравнонеосигурени лица, които считат, че търсенето на такова съдействие и по-конкретно отиването в служба за социално подпомагане е под достойнството им. Всъщност в рамките на проведени фокус-групи<sup>8</sup> по проекта за наблюдение на публичните бюджети също се оказва, че при всички случаи търсенето на съдействие от държавни институции, особено от социалното подпомагане, се разглежда като неприемлива алтернатива за тези, които работят.

**Защо не сте се обръщали към службите за социално подпомагане за поемане на здравните ви вноски? (%)**

Таблица 4

Не е информиран, не е наясно с правата си	42.7
Не се е налагало	11.6
Живее и работи в чужбина	5.7
Няма смисъл; липса на доверие в институциите	19.8
Справям се сам, когато се наложи, си плащам	4.9
Безработен, беден, няма пари да оправи задълженията си	2.7
Работи без договор, непостоянна работа	1.0
Няма право, не е социално слаб	1.7

<sup>8</sup> Фокус-групи, проведени през февруари 2007 г. от авторите на изследването в рамките на същия проект.

Не желае, не се интересува от това	6.2
Лична небрежност	0.9
Друго	2.9
Общо	100.0

На тези, които все пак са поискали социална помощ, в повечето случаи им е отказано. По-голямата част от тях са жени, от български и ромски етнически произход, до 40-годишна възраст. Почти половината от тези, на които им е отказана помощ, не знаят каква е причината за това.

Съвсем незначителна част от здравнонеосигурените лица (1,8%) са подали молба-декларация за заплащане на медицинска помощ като здравнонеосигурено лице от началото на 2007 г. В повечето случаи молбите не са били удовлетворени. Причините, поради които здравнонеосигурените лица не са подавали молби, са многобройни, но най-често са свързани с това, че хората не са били информирани за съответната възможност или не са били болни.

### ***Ползване на здравни услуги***

В рамките на изследването се поинтересувахме доколко и по какъв начин лицата, които не са осигурени, ползват здравни услуги.

По принцип 84% от здравнонеосигурените лица не са посещавали общопрактикуващ лекар през последните 12 месеца, а 94.5% не са посещавали болница през същия период от време. Можем да предположим, че това е свързано с добрия здравен статус на респондентите (77 на сто преценяват здравето си състояние като добро и много добро). Всъщност при провеждането на фокус-групи по същото изследване се натъкнахме на интересен факт – лица без осигуровки решават да платят сумата, която дължат, ако им се налага да бъдат лекувани – например разберат, че им предстои операция и т. н.

Все пак тогава, когато за последен път им се е наложило да ползват медицинска помощ, на 89.1% от хората, които не са здравноосигурени, е била отказана медицинска помощ (при последното им посещение в болница).

Тогава най-често неосигурените лица е трябвало да заплатят (на половината от тези респонденти е било поискано да заплатят) такса за прегледа или друго плащане. В някои случаи им е искана само потребителска такса или изобщо не е изисквано заплащане. 83% от респондентите, на които им е поискано да заплатят, са заплатили поисканата такса.

Макар че около половината респонденти (51.3%) смятат, че безплатното здравеопазване е онова, което е съществувало в България преди 1989 г., почти 83.4% от отговорилите са напълно или частично съгласни с твърдението, че не трябва да се заплаща услуга, която не се ползва. Това показва, че като цяло сред

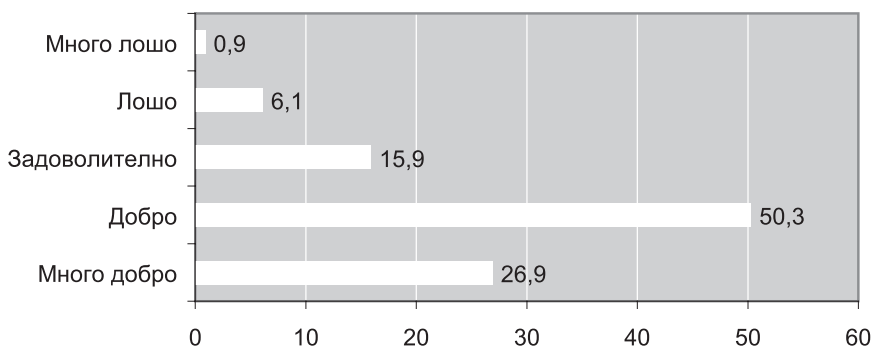
изследваните лица има слабо разбиране на смисъла на солидарността в здравната система.

Може би и затова част от респондентите не биха проявили активност, ако разберат, че работодателят им не плаща осигуровките за тях. За над една трета това автоматично означава, че ще подадат сигнал до компетентните органи. За още 14% това би се случило само ако сигналът е анонимен. За една малко над една пета не би имало смисъл да се предприема подобна стъпка, тъй като според тях това няма да промени нищо.

### Здравен статус и обща информация за респондентите

По-голямата част от респондентите (77%) оценяват личното си здравословно състояние през последната година като добро и много добро (Графика 6). Можем да приемем, че действително здравето на изследваните лица е добро, тъй като много малка част от тях са посочили, че боледуват от различни хронични заболявания (Таблица 5).

**Графика 6 Като цяло как оценявате здравословното си състояние през последните 12 месеца? (%)**



**Боледувам от следните хронични заболявания (%):**

Таблица 5

Сърдечносъдови заболявания	8.1
Дихателни заболявания	5.5
Заболявания на опорно-двигателния апарат	6.2
Неврологични заболявания	7.0
Онкологични заболявания	1.6
Гастро-интестинални заболявания	6.3

Провокирахме хората да оценят качеството на здравното обслужване, получавано от различни специалисти. Трябва да подчертаем, че по-голямата част от тях посочват, че не са посещавали общопрактикуващ лекар (45%), специалисти в доболнична помощ (68%), звена за спешна и неотложна помощ (75%), частни кабинети/клиники (66%) или болници (71%).

Това са най-вече мъже (61%) с българска етническа принадлежност (78%). Една трета от тях са на възраст до 30 години. 61% са със завършено средно образование, но 13 на сто – с основно. 24 на сто от тези хора посочват, че през последните три месеца работят на трудов договор.

Най-ниско са оценени здравните услуги, предоставяни от звената за спешна и неотложна помощ (средна оценка 3,68), а най-високо – частните кабинети и клиники, които нямат договор със здравната каса (добра оценка 4,58 – Таблица 6).

### **Средна оценка за качеството на здравното обслужване от:**

Таблица 6

Общопрактикуващ	4.37
Специалист доболнична помощ	4.07
Звена спешна и неотложна помощ	3.68
Частни кабинети/ клиники (без договор с НЗОК)	4.58
Лекар специалист, работещ в болница	4.18

Данните от изследването показват, че малко над една трета от всички интервюирани, ако разберат, че работодателят не плаща здравните осигуровки, при всички случаи биха сигнализирали компетентните органи. 40% от тях през последните 3 месеца работят на трудов договор, а 36% не са работили. 21% от всички интервюирани обаче не биха сигнализирали, тъй като са убедени, че не би имало никакъв ефект. Приблизително половината от тези хора не са работили през последните три месеца, а 12 на сто от тях са се самоопределили като роми.

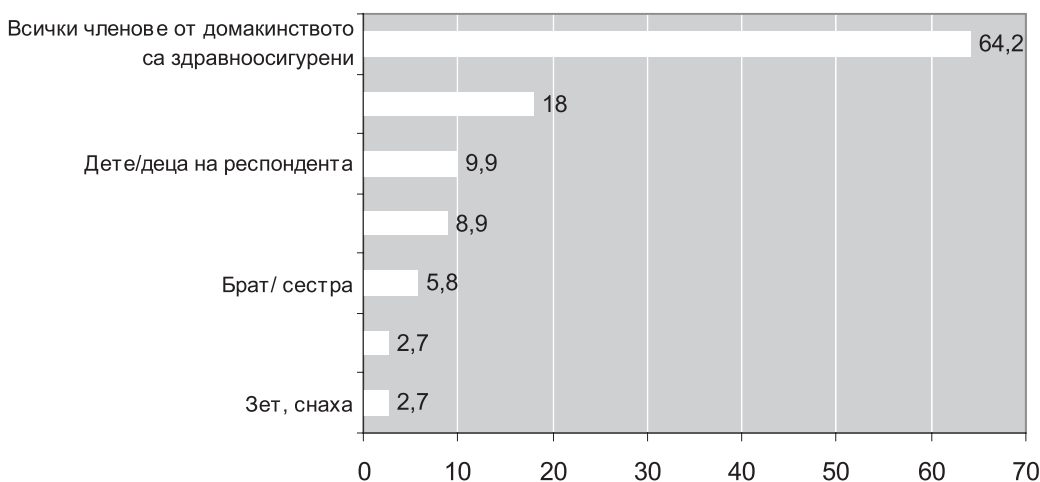
**За да изследваме нагласите относно стойността на здравеопазването,** провокирахме респондентите да споделят какво разбират под „безплатно здравеопазване“. Повече от половината от запитаните смятат, че това е когато всякаква медицинска помощ е безплатна както преди 1989 година. 17% смятат, че ако си плащат здравните осигуровки, всичко останало трябва да бъде безплатно. Само 12 на сто смятат, че не съществува безплатно здравеопазване никъде по света.

Попитахме кои членове от домакинството освен респондента не са осигурени. Прави впечатление, че по-голямата част от отговорите са, че всички членове от домакинството са здравноосигурени (64% от случаите). Почти всички

(89%), отговорили така, са с българска етническа принадлежност, със средно и висше образование.

Най-често освен респондента здравнонеосигурен е и съпругът/партньорът (18%) – Графика 7. От тях 30% са се самоопределили като роми, а повече от половината са с българска етническа принадлежност, съответно 47% са с основно и по-ниско образование. 42% не са работили през последните три месеца, а 17% са били на временна работа.

**Графика 7 Кои членове от домакинството не са здравноосигурени?**  
(% посочвания<sup>9</sup>)



### Здравнонеосигурените - основни изводи

Фактът, че част от респондентите са посочили неверни данни за статута си по отношение на здравното осигуряване, показва наличието на страх – в този смисъл институциите, които трябва да се обърнат към тези групи, е необходимо да намерят правилния подход, за да не получат насреща невярна информация.

Социодемографското разпределение на изследваните лица, които посочват, че не са здравноосигурени, показва, че е по-вероятно това да са млади хора, с ниско или средно образование, идващи от домакинства с ниски доходи, със засилено присъствие на представители на ромската етническа група. Не е изненадващо, че мнозинството от респондентите произлизат от домакинства с много ниски доходи, но процентът на заможни домакинства потвърждава хипо-

<sup>9</sup> Сборът от процентите е повече от 100, тъй като са давани повече от 1 възможни отговори.



тезата, че не само финансовите проблеми водят до изключване и самоизключване от системата за здравно осигуряване. Все пак трябва да посочим, че данните показват и наличие и на други профили, които трябва да бъдат взети предвид при формулирането на политики – например за хората, които работят за известно време в чужбина, за младите хора и т. н. Познаването на тези профили може да послужи за формулиране на адекватни политики, които да се базират на различни подходи към различните целеви групи. Например съществува група хора, която е пребивавала по-дълго в чужбина, за да работи. Тези хора не са направили необходимото, за да се информират, макар че от страна на НЗОК и НОИ е дадена информация. Тук опираме до по-общия проблем: че понякога информационната кампания от страна на институциите не е достатъчна – те трябва и да измерят ефектите от нея. Тук най-вероятно може да се потърсят практични решения – информационни табла на ГКПП, в паспортните бюра и т. н. Би трябвало и да се помисли за това как може да бъдат възстановени правата на хора, които не са били здравноосигурени, но започват работа на трудов договор и понеже все още дължат вноски, се водят неосигурени.

За хората от нискостатусните групи рискът за отпадане от здравноосигурителната система е по-висок. Това са хора с основно и по-ниско образование, с временна работа или безработни, от ромски произход. Повечето от тях са мъже. Често при тези респонденти съпругът/партньорът също има прекъснати здравноосигурителни права.

Причините за това хората да не са здравноосигурени според интервюираните лица са основно две – безработицата или личният избор да не се плащат вноски. Би трябвало да се потърси по-детайлно как да се въздейства върху тази група, която тъй или иначе плаща директно – най-вероятно тези хора не проявяват разбиране относно солидарния принцип на здравната система, но за сметка на това може да им се покаже за какво точно дават парите си.

Здравнонеосигурените лица не разбират характера на солидарната система. Те не са съгласни да плащат нещо, което не ползват. Следователно е необходимо държавните институции, включително НЗОК, да продължат да разясняват на разбираем език какъв е принципът на действие и къде отиват парите от вноските на всеки един българин.

Здравнонеосигурените лица не търсят съдействие от държавните институции, за да решат проблемите си. Причините за това са разнообразни, но сред тях има и хора, които са обезверени – т.е. пред държавните институции стои предизвикателството да спечелят наново доверието на хората. Има и респонденти, които считат, че прибегването до социални помощи и т. н. е под достойнството им – тук също е важно да се помисли за необходимите политики. Например не може ли гражданите да не се обръщат директно към службите за социално подпомагане (които, както и бюрата за безработни, сякаш се отнасят до определени категории хора, някак си възприемани като "втора ръка")? Комуникацията

между институциите и гражданите би трябвало да бъде по-гъвкава – например кореспонденция по пощата.

Като цяло здравнонеосигурените не подават молби-декларации. Какво се получава? Администрацията предприема мерки, за да стигне до тези хора, но те не се възползват от това. Т.е. трябва да се търси някакъв по-добър начин за комуникация и за убеждаване. Тъй като НЗОК разполага с данните на съответните лица, може да бъдат използвани различни методи за директна комуникация (директната поща).

Голямата част от запитаните преценяват, че имат добро и много добро здравословно състояние. Това е едната вероятна причина тези лица да не плащат здравни вноски, тъй като не им се налага да получават здравна помощ в момента.

## II. АНАЛИЗ НА БЕДНОСТТА СРЕД ЗДРАВНОЕОСИГУРЕНИТЕ В БЪЛГАРИЯ

Целта на настоящия анализ е да отговори на въпроса какъв е социалният статус на здравнонеосигурените в България. Анализът е направен на базата на данните от национално проучване сред здравнонеосигурените (НПЗН), представено подробно в предходната част, и на данни от Многоцелевото проучване на домакинствата от 2007 г. НПЗН е част от поредица проучвания на публичните бюджети, финансирани по многогодишен проект на Институт "Отворено общество" – София, затова на някои места текстът се позовава на НПЗН като "проучването на публичните бюджети". Многоцелевото проучване на домакинствата от 2007 г. (МЦПД 2007) е извършено съвместно от Световната банка и Институт „Отворено общество“ – София<sup>10</sup>.

В НПЗН не са обхванати здравнонеосигурените, които към момента на провеждането на интервюто са били в чужбина или са отсъствали продължително (за немалка част от последните може да се предположи, че също са били в чужбина), както и здравнонеосигурените, които живеят в селата. Докато за здравнонеосигурените, които пребивават в чужбина, може с голяма степен на вероятност да се предположи, че биха „подобрили“ повечето социално-икономически характеристики в извадката, за жителите на селата е трудно да се каже какъв ефект биха имали върху извадката. Така или иначе нашата извадка може да се счита за представителна само за здравнонеосигурените жители на градовете, които не са се заселили трайно в чужбина. От процента на несъстоялите се анкети може косвено да се съди за ориентировъчния дял на здравнонеосигурените поради продължителен престой в чужбина – между 13 и 35%. Около 15% от попадналите в извадката през последната година са работили в чужбина. С голяма степен на вероятност може да се предполага, че преобладаващото мнозинство от тези граждани не са от постоянно заселилите се в чужбина, които са здравноосигурени в друга държава, а временно пребиваващи с цел работа (законна или незаконна).

Таблица 7

Резултат от посещението	Брой	Процент
Анкетирани	1204	36.1
От тях през последната година били в чужбина	175	5.24
Отказ	118	3.5
Неверен/непълнен адрес	397	11.9
Недостъпен адрес	121	3.6

<sup>10</sup> Данните от МЦПД 2007 могат да бъдат предоставени на отделни изследователи, екипи или изследователски организации след заявка до Институт "Отворено общество" - София.

Резултат от посещението	Брой	Процент
Продължително отсъствие на лицето	633	19.0
Друго	262	7.8
В чужбина	449	13.4
Сменен адрес	153	4.6
Общо	3339	100.0

В НПЗН е зададен и начален филтриращ въпрос относно здравноосигурителния статус на респондентите. Около 35% от тях твърдят, че са здравноосигурени, въпреки че са подбрани за изследването именно защото фигурират като здравнонеосигурени в базата данни на НОИ. Този интересен факт е коментиран по-долу в контекста на направения анализ на данните.

От МЦПД 2007 взехме лицата, които на въпроса „Имате ли здравна осигуровка?“ са дали отрицателен отговор (Раздел 6. Здраве, въпрос 3). Може да се предположи, че по състав тази група е по-близо до групата на тези, които на филтриращия въпрос за здравноосигурителния им статус в НПЗН отговарят, че са здравнонеосигурени, макар че има и някои многозначителни разлики, които ще разгледаме по-нататък в текста.

### **Дефиниции на бедността**

В настоящия анализ сме използвали т. нар. многомерен анализ на бедността. Като едно от измеренията на бедността са включени и общоприетите индикатори за бедност, базирани на сравнение с линия на бедността.

През 2007 година в България за първи път беше въведена официална линия на бедността. Това улеснява много в избора на индикатор за подходна бедност. Определената от Министерския съвет линия на бедността за 2007 г. беше 152 лева.

Анализът, базиран на линиите на бедността, може да установи каква част от домакинствата или индивидите могат да бъдат считани за бедни. Допълнително те могат да бъдат разделени на групи с различна степен на бедност съобразно разстоянието, което ги дели от линията на бедността. Така може да се направи оценка на допълнителния доход на домакинство, необходим за да излезе всяка една група от бедността. Може да се направи и оценка на сумарните социални трансфери, за да бъдат на теория извадени всички домакинства от бедността. Естествено, трансферите рядко са единственото използвано средство за борба с бедността. На базата на данните от анализа на линията на бедността може вече да се планира определена политика на доходите и трансферите, която да доведе до намаляване или премахване на бедността.

Все пак аналитичните възможности на подхода, базиран на линиите на

бедността, са ограничени. За по-фин анализ на бедността добавихме и други измерения на бедността, към които приложихме многомерния подход. Многомерният подход дава големи възможности за задълбочаване на анализа, но за сметка на това методологическите му основи са доста по-размити и зависят до голяма степен от целите на анализа и избора на конкретни индикатори. Прилагането на многомерния подход в конкретния случай беше ограничено от достъпните данни и от изискването част от използваните измерения да се срещат и в многоцелевото проучване на домакинствата от 2007 г.

### **Многомерната бедност**

Разглеждането на бедността като многомерно явление тръгва от идеята, че бедността по своята природа е сложен социален проблем, който има много различни аспекти или много различни измерения. Паричната бедност е само един от аспектите на бедността. Като други аспекти на бедността могат да бъдат разглеждани потреблението, достъпът до различни услуги и тяхното качество, качеството на жилищната среда, субективното усещане за благосъстояние и здраве и други според конкретните цели на анализа и наличните данни. Няма изчерпателен или общоприет списък на измеренията на бедността, макар че някои изследователи настояват, че такъв трябва да има<sup>11</sup>. Горният списък, който няма претенциите за универсалност, съдържа някои от ключовите аспекти на бедността, потвърдени емпирично в многобройни изследвания и присъстващи заедно или поотделно в повечето стратегии за борба с бедността.

Идеята за многомерния анализ на бедността има корени в публикациите върху бедността на Амартия Сен и най-вече в така наречения подход на способностите (*capabilities approach*)<sup>12</sup>.

Конкретният метод за извършване на вторичен анализ на данни на базата на вече проведено проучване е разработен на базата на анализа на изследването на детската бедност, представен от Джонатан Брадшо<sup>13</sup> на обсъждане, организирано от УНИЦЕФ в София на 29 ноември 2007 г. Списъкът с конкретни измерения на бедността е специфичен за целите на настоящия анализ и не се припокрива с този на Брадшо. Така или иначе изработването на такива списъци за целта на конкретен анализ или на базата на ограниченията, наложени от наличните данни, е нормална практика<sup>14</sup>.

<sup>11</sup> Например за изработването на подобен списък настоява Нъсбаум - Nussbaum, M. (2000). *Women and Human Development. The Capabilities Approach*. Cambridge: Cambridge University Press. Liisa.

<sup>12</sup> Едно от най-ранните представяния на подхода се съдържа в Sen, Amartya (1985). *Commodities and Capabilities*. Amsterdam: North-Holland. По-нов преглед на дискусиата за способностите може да бъде намерен в Sen, Amartya (2004). *Capabilities, lists, and public reason: continuing the conversation*. *Feminist Economics*, 10(3), 77-80.

<sup>13</sup> Bradshaw, Jonathan & John Holmes (2007, October). *Child Poverty in Bulgaria*. Sofia: The University of York, UNICEF. Докладът не е публикуван.

<sup>14</sup> Използването на налични данни или съобразяването с общоприети списъци с измерения на бедността е поставено на първо място сред възможните подходи в Alkire, Sabina (2007, October 31). *Choosing dimensions: the capabilities*

От гледна точка на многомерната бедност самата липса на здравна осигуровка или който и да било друг аспект от неравния достъп до здравеопазване вече сами по себе си са проявление на бедността. В нашия случай този аспект на бедността е именно характеристиката, чието обяснение търсим. Всички респонденти са включени в изследването именно защото са фигурирали в списъците на Националния осигурителен институт като здравнонеосигурени.

По същество „измеренията“ на бедността са различни аспекти на социалната маргинализация. Така бедността престава да се разглежда просто като нисък доход или дори не само като невъзможност да се постигне определено равнище на потребление, а като цялостен дефицит от възможности за нормално функциониране в обществото.

### **Аспекти на бедността, разгледани в многомерния анализ**

#### **1) Парична бедност**

За определяне на паричната бедност и останалите измерения на бедността в НПЗН използвахме както данните за цялата извадка, така и отделно само данните за тези, които са се определили като здравнонеосигурени. Данните за цялата извадка дават една значително по-позитивна картина, тъй като тези, които са заявили, че са здравноосигурени, се представят по-добре по всички социално-икономически показатели. Очевидно причините за тяхното обособяване в отделна група не са случайни. Въпреки това нямаше достатъчно основания да ги изключим от анализа, тъй като основанията те да твърдят, че са здравноосигурени, не са ясни. Възможно е в част от случаите да става дума за неточности в самата база данни на Националния осигурителен институт или за ефекти, свързани с обичайното забавяне при въвеждането на нова информация. Възможно е обаче да става дума и за неинформираност на самите респонденти или за нежелание да се идентифицират като здравнонеосигурени по една или друга причина<sup>15</sup>.

От друга страна, въпреки че тези, които твърдят, че са здравноосигурени, подобряват повечето социално-икономически характеристики на групата, дори с тяхното участие пред нас се разкрива профилът на една като цяло социално маргинализирана група.

Във въпросника на НПЗН на респондентите се дава възможност да поставят своето домакинство в една от осем категории – от “до 100 лева” до “над 1000 лева”. Преобразуването на доходите по тази скала в точен доход за всяко домакинство е направено, като във всяка категория е взета медианата, а за категорията “над 1000 лева” е взета стойността 1000 лева. Тази процедура със сигурност подценява в някаква степен дохода на най-високодоходната категория и съответно би имала подценяващ ефект при пресмятане на подоходното нера-

*approach and multidimensional poverty. Oxford: Chronic Poverty Research Centre, University of Oxford.*

<sup>15</sup> Анкетаторите в своите наблюдения, свързани с участниците в проучването, специално са отбелязали тази хипотеза. Според тях част от респондентите вероятно са се притеснявали от последващи санкции.

венство. Тези ефекти обаче са незначителни, още повече че в извадката на здравнонеосигурените делът на най-богатите е много малък – 6,3%.

В извадката на здравнонеосигурените в НПЗН 60% от медианния доход на домакинствата, към които те принадлежат, е 100 лева. Това е една много ниска линия на бедност, която илюстрира колко ниски са доходите сред здравнонеосигурените като цяло. Дори при тази ниска линия на бедността 32% от анкетираните остават под нея – това е една ясно обособена група от бедни сред бедните, която илюстрира факта, че дори при много ниски средни равнища на дохода може да има голяма диференциация. При използване на официалната линия на бедност за 2007 г., определена от Министерския съвет – 152 лева, - 45% от анкетираните в нашата извадка (съответно от техните домакинства) са бедни. Медианата на претеглените доходи на домакинствата в МЦПД е 271 лева (със закръгляне), съответно 60% линия на бедността е 163 лева – малко по-висока от утвърдената от Министерския съвет.

Според изследването по методологията на Евростат делът на домакинствата в риск от бедност в България е 14% за 2006 година<sup>16</sup>. Средногодишният праг на бедност в еквивалентни единици през 2005 г. е бил 932 евро, или 77.67 евро на месец. Това е именно еквивалентът в евро по официален обменен курс на линията на бедност, определена от правителството за 2007 г. Равнището на бедност сред здравнонеосигурените, попаднали в нашата извадка, и сред домакинствата, в които те живеят, е над 3 пъти по-високо, отколкото средно сред населението.

## **2) Субективна бедност**

Субективната бедност оценяваме през въпрос 404 „Как бихте оценили финансовото положение на вашето домакинство?“ от НПЗН. Отговорът предлага петстепенна скала за оценка на положението на домакинството, като 1 е „беден“, а 5 е „богат“, а средните точки в скалата са без словесен еквивалент. Въпросът е сравнен с въпрос 13 от Раздел 14: Субективни вярвания и схващания на МЦПД. Въпросът в МЦПД е зададен по следния начин: „Според вас какво е финансовото състояние на домакинството ви?“ Отговорът предлага петстепенна несиметрична скала за оценка, като всички точки в скалата имат словесен еквивалент (1=много лошо, 2= лошо, 3=добро, 4=много добро, 5=богато).

За обработка на субективните скали отново прилагаме метода на Евростат, използван при обработката на различни субективни скали за нагласи. Методът е използван например при наблюдението на потребителите, където се използва петстепенна симетрична скала за оценка на оптимизма и песимизма. Според тази методология неутралният отговор не играе роля, докато разположените

<sup>16</sup> Официалните данни за 2007 година не са публикувани, но може да се очаква, че равнището на бедност е спаднало с още няколко десети от процента.

от двете му страни разпределения се сумират, като положителните отговори получават знак плюс, а отрицателните – знак минус. Освен това по-отдалечените от централния неутрален отговор симетрични двойки се умножават с по-висок коефициент, като на силно положителното и силно негативното мнение се присвоява коефициент 1, а на по-умерено положителните и по-умерено негативните мнения - коефициент 0.5.

Извели сме два баланса, като в единия случай сме приели добро за неутрален отговор, а в другия случай сме приели, че неутралният отговор отсъства, добро е умерено позитивният отговор, а много добро и богато са обединени в крайно позитивния отговор. Двата баланса не дават никаква разлика по отношение на подреждането на групите, но общият резултат изглежда по-малко негативен.

Таблица 8

Квинтил	1. (бедно; много лошо)	2. (лошо)	3. (добро)	4. (много добро)	5. (богато)	Баланс 1	Баланс 2
Проучване							
НПЗН (обща извадка)	25.5%	28.4%	37.3%	5.5%	0.7%	-37.7	-14.9%
НПЗН (самоопределили се като здравно- неосигурени)	31.9%	28.6%	31.5%	5.2%	0.4%	-44.0	-24.9%
МЦПД (обща извадка)	7.7%	41.9%	47.6%	2.7%	0.1%	-27.40	-2.1%
МЦПД (здравно- неосигурени)	17.5%	48.0%	31.1%	3.1%	0.2%	-40.15	-22.7%
МЦПД (турци, напрегната извадка) N=1909	12.8%	52.1%	33.0%	2.1%	0.0%	-37.80	-20.3%
МЦПД (турци, напрегната извадка, здравно- неосигурени); N=364	17.6%	59.6%	22.3%	0.5%	0.0%	-47.15	-35.8%
МЦПД (роми, напрегната извадка) N=2543	48.0%	37.7%	14.0%	0.3%	0.0%	-66.70	-59.6%
МЦПД (роми, напрегната извадка, здравно- неосигурени); N=551	51.7%	34.3%	13.8%	0.2%	0.0%	-68.75	-61.8%



Прави впечатление, че като цяло респондентите в МЦПД са песимисти. Средният респондент няма много по-добри показатели по критерий субективно благосъстояние от здравнонеосигурения респондент. Наистина в групата на най-големите песимисти има по-малко домакинства, но общо в долните две групи (много лошо и лошо финансово състояние) са съсредоточени почти половината респонденти в извадката (49.6%). Като лошо или много лошо определят финансовото състояние на домакинствата си съответно 65.5% от здравнонеосигурените в МЦПД, 53.9% от анкетираните и 60.5% от определилите се като здравнонеосигурени в изследването на публичните бюджети (НПЗН).

Едно от възможните обяснения за тази разлика е, че в изследването на публичните бюджети липсва селското население, макар че твърдението, че сред жителите на селата нивата на песимизъм са по-високи е донякъде спекулативно. Не са ни познати изследвания в България, които да го потвърждават. Друг важен факт е че хората, попаднали в извадката на изследването на публичните бюджети са такива, които са регистрирани като здравнонеосигурени. Както беше споменато в хода на интервютата се оказва, че една немалка част от тях не се считат за такива, било защото не знаят или защото не желаят по някаква причина да разкриват пред други, че са загубили здравноосигурителния си статус. Може да се каже, че групата на здравнонеосигурените в МЦПД е много по-малко разслоена (съсредоточена във втория квинтил<sup>17</sup>), основно за сметка на свиването на горните три квинтила, т.е. чрез намаляване на дела на онези, които смятат, че финансовото състояние на домакинствата им е добро, много-добро или богато. При здравнонеосигурените турци това групиране е още по-подчертано, а при здравнонеосигурените роми тежестта се измества към най-долния квинтил – 57.1% от анкетираните оценяват финансовото състояние на домакинството си като много лошо, а още 34.3% - като лошо.

Подредането в скалата на субективната доходна бедност е изключително логично и предсказуемо и съответства на подредането по обективни показатели. Най-добро е самочувствието на общата извадка в МЦПД, т.е. на средния български гражданин. Здравнонеосигурените и малцинствата се поставят сами в по-ниски доходни категории, като двата ефекта се натрупват – здравнонеосигурените турци и роми се чувстват още по-бедни от останалите турци и роми. Тази логичност на самооценката обаче, както ще видим по-долу, е по-скоро изключение, отколкото правило при субективните скали, които дават системни, но интуитивно неочаквани подредения. Една от ключовите тези по отношение на субективните индикатори е, че те работят по-добре в богатите страни, отколкото в бедните<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> Във втората пета отдолу нагоре, т.е. между 20% и 40%. В случая става дума за тези, които оценяват финансовото състояние на домакинството си като лошо.

<sup>18</sup> Phipps, Shelley (2003). *The Impact of Poverty on Health: A Scan of Research Literature*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

### 3) Образователна маргинализация (образователна бедност)

Образователната маргинализация дефинирахме през въпрос 403. „Какво е вашето образование?“ от НПЗН. За сравнение от въпросника на МЦПД беше използван въпрос 4 от раздел 5В: Обучение – общо. Въпросът гласи: „Кое е най-високото ниво на образование, завършено от [ИМЕ]?“

Използваната образователна номенклатура в двете проучвания е сходна, но в МЦПД има значително повече детайли, които за съжаление не могат да бъдат използвани в сравнителен план. В таблицата по-долу са дадени само основните образователни степени.

Таблица 9

Образование	Начално	Основно	Средно	Висше
Прочуване				
НПЗН (обща извадка)	5.4%	17.4%	64.5%	12.7%
НПЗН (самоопределили се като здравно-неосигурени)	7.8%	21.1%	59.8%	11.3%
МЦПД (обща извадка)	14.9%	25.4%	44.0%	15.7%
МЦПД (здравно-неосигурени)	16.5%	27.1%	42.2%	14.3%
МЦПД (турци, напрегната извадка)	40.5%	40.1%	18.3%	1.2%
МЦПД (турци, напрегната извадка, здравно-неосигурени)	45.16%	37.37%	15.59%	1.88%
МЦПД (роми, напрегната извадка)	43%	38.5%	16.8%	1.9%
МЦПД (роми, напрегната извадка, здравно-неосигурени)	44.76%	35.71%	17.86%	1.67%

Както в НПЗН, така и в МЦПД не се наблюдава съществена разлика в образованието според здравноосигурителния статус нито като цяло, нито в рамките на отделни етнически групи. Разбира се, въпреки това имаме всички основания да смятаме, че степента на маргинализация на тези от здравнонеосигурените, които имат по-ниско образование, е по-голяма.

### 4) Жилищна бедност

За оценяване на жилищната бедност са използвани следните въпроси:

Таблица 10

Въпросник НПЗН	Въпросник МЦПД
Размер на жилището	Модул 1 Жилище, въпрос 6 „Каква е площта на жилището заедно с обитаете мите и спомагателните помещения?“
Жилищна площ на човек от домакинството	Модул 1.6 /Модул 2. Състав на домакинството. Въпрос 1 (Преброяване)
Достъп до течаща вода	Модул 1. Жилище, въпрос 7 „Има ли в жилището водопровод?“
Душ извън дома, но в сградата	Модул 1. Жилище, въпрос 7 „Има ли в жилището баня?“
Душ извън сградата	Модул 1. Жилище, въпрос 7 „Има ли в жилището баня?“

Таблица 11

Жилище	м <sup>2</sup> /човек (средно/медиана)	До 15 м <sup>2</sup> /12 м <sup>2</sup> /10м <sup>2</sup> на човек	Без достъп до течаща вода	Без душ в дома
Проучване НПЗН (обща извадка)	24.28/22.25	22.3% /11.9%/6.5%	2.2%	6.9%
НПЗН (самоопределили се като здравно неосигурени)	24.14%/22.25%	26.4%/14.9%/8.3%	3.1%	10.2%
МЦПД (обща извадка)	26.63/22.5	21.6%/11.2%/7.3%	0.8%	9.1%
МЦПД (здравно неосигурени)	20.29/17.5	41.8%/27.9%/21.2%	1.6%	14.7%
МЦПД (турци, напрегната извадка)	21.28/18.60	35.6%/18.0%/12.0%	4.9%	46.1%
МЦПД (турци, напрегната извадка, здравно неосигурени)	23.24/20.00	24.20/10%/5.5%	9.6%	45.4%
МЦПД (роми, напрегната извадка)	23.33/19.00	40.2%/29.8%/23.8%	19.6%	52.5%
МЦПД (роми, напрегната извадка, здравно неосигурени)	13.75/12.00	68.5%/52.3%/40.9%	17.7%	46.4%

По отношение на размерите на жилището и на наличната жилищна площ се забелязват значими разлики между общата извадка и подгрупата на здравнонеосигурените в МЦПД. Медианната жилищна площ на човек в общата извадка на МЦПД е 22.5 кв. м, докато сред групата на здравнонеосигурените е 17.5 кв. м – здравнонеосигурените разполагат средно с 5 кв. м, или почти с 1/4 по-малко жилищна площ. Обособихме и 3 групи домакинства, живеещи в най-пренаселени жилища. Групите са до 15 кв. м, до 12 кв. м и до 10 кв. м на човек включително.

Веднага прави впечатление, че здравнонеосигурените в МЦПД са свръхконцентрирани в пренаселени жилища. Над 40% от тях разполагат с до 15 кв. м жилищна площ при 21.6% в общата извадка – почти двойно по-висок дял. Делът от здравнонеосигурените, живеещи в най-пренаселените жилища (до 10 кв. м на обитател включително), е почти 3 пъти по-висок от обичайния сред населението (21.2% спрямо 7.3%). Малката жилищна площ на човек от домакинството се дължи и на факта, че здравнонеосигурените обитават по-малки жилища, но разликата не е чак толкова значима. По-голямата част от ефекта се дължи на факта, че здравнонеосигурените живеят в по-големи домакинства.

В НПЗН разликите между тези, които се определят като здравноосигурени, и тези, които се определят като здравнонеосигурени, по отношение на разполагаемата жилищна площ на човек от домакинството е незначителна.

В достъпа до течаща вода и до баня (душ) в дома има съществена разлика по етнически признак. В рамките на самите етнически малцинства не се наблюдава разлика по тези два показателя между здравноосигурените и здравнонеосигурените. В НПЗН и в общата извадка на МЦПД 2007 има такава разлика, но при много ниски дялове – сред населението като цяло домакинствата без достъп до течаща вода и без душ в дома са твърде малко. В НПЗН 2.2% от общата извадка са без достъп до течаща вода срещу 3.1% от здравноосигурените. В МЦПД 2007 съответните дялове са 0.8% и 1.6%. По отношение на наличието на душ в дома разликата в МЦПД е 9.1% към 14.7% във вреда на здравнонеосигурените.

### ***5) Здравна маргинализация (здравна бедност)***

Здравната маргинализация оценяваме по два основни компонента – субективното здравословно състояние и хроничните заболявания.

Субективно здравословно състояние е оценено в по един въпрос в НПЗН и МЦПД.

- НПЗН – Раздел 3: Въпрос 300. (Като цяло как оценявате здравословното си състояние през последните 18 месеца?; много добро, добро, задоволително, лошо, много лошо)
  - МЦПД – Раздел 6: Здраве, въпрос 2. (Как най-общо оценявате здравословното си състояние?; отлично, добро, задоволително, лошо, не зная)
- Двете скали не са съвсем идентични, но са съпоставими. Скалата от

МЦПД е несиметрична. Приравнили сме 4-те ѝ степени (без "не зная") към горните 4 степени на скалата от НПЗН. За обработка на субективните скали отново прилагаме метода на Евростат, използван при обработката на различни субективни скали за нагласи<sup>19</sup>.

В НПЗН и МЦПД има по един въпрос за хроничните заболявания.

В МЦПД, Раздел 6: Здраве, въпрос 17 гласи: "Страдате ли от хронично заболяване, което продължава повече от 6 месеца?" Този въпрос следва да се разбира като „страдате ли от поне едно хронично заболяване“. Въпросът в НПЗН (Раздел 3: Въпрос 301) гласи: "Боледувате ли от следните хронични заболявания...?", като следва изброяване на заболяванията без уточнение за продължителността на боледуването. Приемаме, че тези, които са дали положителен отговор на поне един от въпросите за конкретни хронични заболявания, са отговорили идентично с респондентите от МЦПД, които са заявили, че страдат от хронично заболяване.

Таблица 12

Здравна маргинализация	Субективна самооценка на здравословното състояние (позитивен баланс, изчислен по метода на Евростат)	Хронични заболявания (с продължителност повече от 6 месеца)
Проучване		
НПЗН (обща извадка)	70.2	26.0%
НПЗН (самоопределили се като здравно-неосигурени)	63.6	27.8%
МЦПД (обща извадка)	57.3	26.5%
МЦПД (здравно-неосигурени)	68.8	14.7%
МЦПД (турци, напрегната извадка)	65.9	21.3%
МЦПД (турци, напрегната извадка, здравно-неосигурени)	78.2	10.7%
МЦПД (роми, напрегната извадка)	66.2	20.0%
МЦПД (роми, напрегната извадка, здравно-неосигурени)	72.2	9.3%

<sup>19</sup> В нашия случай в МЦПД липсва силно негативната самооценка, така че за да запазим сравнимостта, се налага да използваме еднакъв коефициент за отговорите "лошо" и "много лошо", съответно "добро" и "много добро". Така скалата става тристепенна симетрична.

В МЦПД 28.9% от тези, които са казали, че са здравноосигурени, са се самоопределили като хора с отлично здраве, а 45.7% - с много добро. При тези, които са казали, че са здравнонеосигурени, съответните дялове са 21.4% и 59.2%. Сумарно 74.6% от здравноосигурените са субективно поне в добро здраве, а при здравнонеосигурените - 80.6%. Съответно 11.1% от здравноосигурените се чувстват в лошо здраве срещу 5.6% при здравнонеосигурените. Като цяло балансът при здравнонеосигурените е по-добър спрямо средния (68.8 към 57.3).

Парадоксалният извод е, че здравнонеосигурените се чувстват по-добре от здравноосигурените, макар разликата да не е голяма. Етническите малцинства от напрегнатата извадка се чувстват по-добре в здравословно отношение от средното за страната, а здравнонеосигурените сред тях се чувстват още по-добре.

В НПЗН подобен парадокс не се наблюдава, но по-лошата самооценка на тези, които са заявили, че са здравнонеосигурени, е с много малка дистанция от средната. Като цяло скалата в НПЗН дава сходен баланс в самооценката на здравословното състояние с този в МЦПД, а резултатите на самоопределилите се като здравнонеосигурени са много близки до тези на здравноосигурените.

Изреждането на хронични заболявания от страна на респондентите също поражда парадокс. В НПЗН по този показател няма съществена разлика между здравноосигурените (26%) и неосигурените (27.8%).

В МЦПД данните за основната извадка са на практика идентични с тези от НПЗН (26.5%). При здравнонеосигурените и етническите малцинства обаче се проявяват същите парадокси както при субективното здраве. Само 14.7% от здравнонеосигурените декларират, че страдат от хронично заболяване. Самодекларираната хронична заболеваемост при турците и ромите е средно съответно с 6.5 и 7.8 пт<sup>20</sup> по-ниска. А неосигурените турци и роми са съответно най-малко засегнати от хронични заболявания (10.7% и 9.3%).

Самооценките на здравния статус са много интересни именно с парадоксите, които демонстрират. Тези "парадокси" обаче имат своето логично обяснение. Ако погледнем отговорите по отношение на хроничните заболявания, прави впечатление, че здравнонеосигурените са изключително "здрави" в субективен план в сравнение със здравноосигурените. Една натрапваща се икономическа интерпретация може да бъде, че здравнонеосигурените са хора в добро здраве, съответно със слабо търсене на здравни услуги, които не желаят да плащат за нещо, което не потребяват, т.е. не харесват солидарната система. Тази теза може да бъде подкрепена с резултатите от отговора на въпроса, който директно пита за отношението към солидарната система. Тази интерпретация обаче не издържа сериозна критика.

Системно в проучванията на Институт "Отворено общество" се очертава феноменът на изключително занижените критерии за здраве сред маргинализи-

<sup>20</sup> Процентни точки

раните групи и особено сред ромите. Сред тези групи човек може да се чувства "здрав", когато не е болен на легло или няма хронични заболявания със сериозни усложнения. Като цяло данните за повечето субективни измерители на бедността извън дохода и потреблението не потвърждава популярната теза, че уязвимите групи са склонни към неоправдано "оплакване". Подобна теза понякога се използва, за да се покаже, че реалният доход или реалното потребление на някого са се повишили, докато той субективно не се е почувствал по-богат или даже напротив – дава още по-ниска субективна оценка на благосъстоянието си. Тази теза обаче не среща никакво емпирично потвърждение извън данните за субективното благосъстояние (през въпроси за дохода или потреблението). Но дори при тези данни "обяснителната сила" на аргументите за неоправдано "черногледство" на тези, които се намират на дъното на социалната скала, е крайно съмнителна.

Внимание заслужава едно друго обяснение, предложено от социолога Алексей Пампоров по отношение на високите резултати на здравнонеосигурените (роми<sup>21</sup>) при самооценката на здравния им статус. Става дума за тезата, че това са действително по-здрави хора, които, чувствайки се добре в здравословно отношение, са решили, че няма нужда за момента да плащат за услуга, от която не се нуждаят. Вероятно тази хипотеза действително е валидна за част от случаите, но струва ни се, не може да бъде основна. Основното обяснение трябва да се търси в различното субективно разбиране за това какво означава "да си добре" и "да си зле". Това може да се илюстрира чрез данни за възрастовото разпределение на здравнонеосигурените. В общата извадка на МЦПД и сред българите средната и медианата на възрастта сред здравнонеосигурените са по-ниски с няколко процентни точки – ефект, който може да се обясни изцяло с по-големия обхват на осигуреността сред възрастните, голяма част от които са пенсионери. Децата до 17 г., които също са осигурени, са далеч по-малко на брой сред населението. Сред ромите и турците модата и медианата сред здравнонеосигурените не се различават от тези сред всички роми и турци – и двата показателя са около 38 години. Сред етническите малцинства здравнонеосигурените като цяло не са по-младата част от населението и следователно основният аргумент да смятаме, че са по-здравата част от населението, отпада.

### **б) Многомерна бедност**

При оценката на многомерната бедност бяха използвани всички изброени и анализирани по-горе индикатори с изключение на образованието. От една страна, се оказа, че в образованието няма значими разлики между осигурените и неосигурените. От друга страна, имаше трудности с преобразуването на данните за завършена образователна степен или етап в единен индикатор (например брой години, прекарани в образователната система). Така броят на индикатори-

<sup>21</sup> Обяснението може да бъде разпространено върху всички здравнонеосигурени.

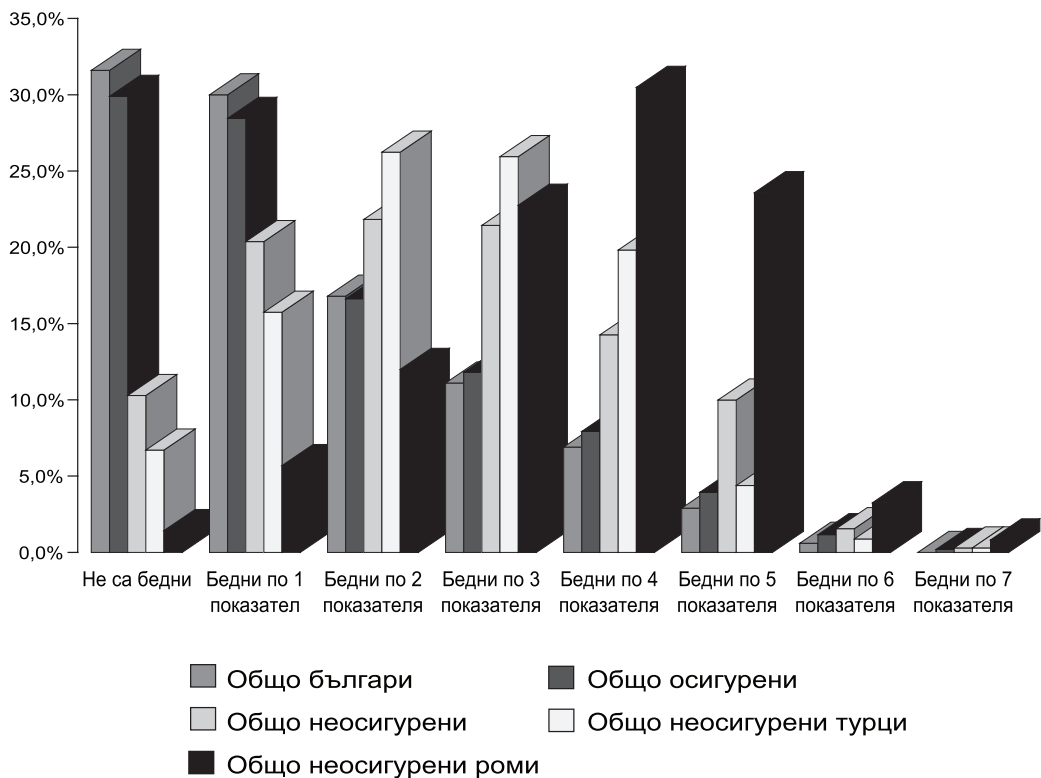
те става 7, разделени в 5 групи. По-долу е представен анализът на многомерната бедност в МЦПД 2007, тъй като тези данни позволяват най-пълно сравнение по признак здравна осигуреност и по етнически признак.

При анализа ясно се очертава степента на маргинализацията както на здравнонеосигурените, така и на етническите малцинства. Ясно се вижда също, че здравната маргинализация по етнически признак се "наслажда" върху липсата на здравна осигуровка. Вижда се, че сред здравноосигурените над 30% не са бедни в нито едно от 7-те измерения, а други около 30% са бедни само по едно измерение. По принцип неблагоприятното положение на даден индивид по едно или дори две измерения може да се разглежда като случайно или временно (неустойчиво състояние), което може да бъде променено. Разбира се, бедността по два показателя вече представлява сериозен риск за трайна маргинализация и изисква предприемането на мерки, за да се спре процесът на "затъване". Все пак в подобни случаи индивидът очевидно има ресурс в други сфери (други от разглежданите измерения), за да се измъкне от неблагоприятното състояние, в което е попаднал. Например ако е беден в монетарно изражение, но е в добро здравословно състояние и гледа с оптимизъм на живота, вероятно има ресурс да се справи с маргинализацията. Същото може да се каже, ако индивидът живее например в лоши условия, но има вече приемлив доход, който би му позволил в един момент да се премести на друго място или да инвестира в ремонт на жилището си.

Маргинализацията в три или повече измерения обаче в повечето случаи може да се разглежда като сигнал за трайно "затъване", за тежка форма на бедност (в широкия смисъл), от която индивидът няма ресурс да се измъкне сам. За съжаление такава е ситуацията при около половината от здравнонеосигурените, около 60% от здравнонеосигурените турци и над 80% от здравнонеосигурените роми. За сравнение само 21.5% от българите са попаднали в капана на многомерната бедност, като тези от тях, които са бедни по 5, 6 или 7 показателя, са пренебрежимо малко.



Графика 8 Многомерна бедност сред осигурените и неосигурените



### III. ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В СТРАНИТЕ ОТ ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ КАТО ЧАСТ ОТ СИСТЕМИТЕ ЗА СОЦИАЛНА ЗАЩИТА

Още в преамбюла на Европейската социална харта (ЕСХ)<sup>22</sup> е декларирано, че правителствата на държавите, ратифицирали хартата, се ангажират да осигурят на своите народи социалните права, посочени в хартата и нейните протоколи, така че постоянно да се подобряват стандартът на живот и на благосъстояние. По отношение правото на защита на здравето чл. 11 от ЕСХ, който е сред ратифицираните изцяло от страната ни, изисква както да се елиминират причините за недостатъчно добро здраве, свързани със заболявания, епидемии или травми и инциденти, така и да се създадат структури, които да консултират и обучават как да се подобрява здравето и да се развива осъзнаването на личната отговорност за здравето на човека.

Европейските органи и институции разглеждат здравеопазването като част от системите за социална защита без значение дали те се финансират от данъци или чрез осигурителни вноски. Ролята на системите за намаляване на риска от бедност и болест и техният принос за социалната еднородност и управлението на заетостта са признати отдавна на ниво ЕС.

Европейските съвети от Лисабон<sup>23</sup> и Гьотеборг<sup>24</sup> поставят акцент върху необходимостта да се реформират и адаптират защитните системи, в т. ч. тези за здравните грижи, за да се обърнат с лице към демографското застаряване и да осигурят социалната еднородност на европейските общества. Във връзка с това Европейската комисия определя, а Европейският съвет от Барселона (март 2002 г.) утвърждава три направления на тези реформи:

- осигуряване на достъп до грижи на базата на универсалност, справедливост и солидарност, като се държи сметка за нуждите и трудностите на най-онеправданите групи и индивиди, но също така и на тези, които имат нужда да получат скъпи и дълготрайни грижи и услуги;
- предоставяне на качествени грижи, съобразени с напредъка на науката и появяващите се със застаряването потребности, въз основа на оценката на техния принос за здравето;
- мерки, осигуряващи дълготрайна финансова стабилност на грижите, както и по-висока ефективност на системата.

Съвместен доклад на Европейската комисия и на Съвета от 2003 г. подчертава, че предизвикателствата пред капацитета на националните защитни системи

<sup>22</sup> Европейска социална харта - открита за подписване от членовете на СЕ на 01.10.1961 г. в Торино. Урежда социалните права на гражданите на подписалите я страни. Хартата е ратифицирана със закон от НС на Р България през 2000 г.

<sup>23</sup> Европейски съвет от Лисабон 2000 г. - приема Стратегия за икономическо и социално обновление на Европа, обновена през 2005 г.

<sup>24</sup> Европейски съвет от Гьотеборг – юни 2001 г. – разширява Стратегията от Лисабон и добавя акцент върху защитата на околната среда и постигане на по-устойчиво развитие.

– да осигурят достъпност и качество и да гарантират своята дълготрайна финансова жизнеспособност – са общи и се увеличават. Различията между отделните страни ще нарастват, особено на фона на приемането на новите страни членки, в които показателите по здравните индикатори са по-лоши от тези в ЕС на 15-те. Ето защо докладът на Европейския съвет от пролетта на 2004 г. призовава да се засили координацията на националните политики с цел да се подкрепят усилията за модернизация и развитие на този сектор във всички страни членки – стари и нови. Предвижда се ЕК да изследва начините за включване на публичното здравеопазване в Лисабонската стратегия и неговия принос към икономическия растеж и устойчивото развитие.

**Общите цели** за развитие на системите за грижи, които си поставя Европейският съюз, се конкретизират от Комисията в документ от април 2004 г.<sup>25</sup>, като се посочват и конкретни препоръки към държавите членки.

**Достъпността, качеството и финансовата стабилност** формират според всички документи на ЕС един цялостен и интегриран ансамбъл. Освен това един от ключовете за развитието на реформата на системите се състои в способността да се провежда ефикасно управление, базиращо се на включването и предоставянето на отговорности на всички засегнати страни – социалните партньори, регионалните и местните власти, пациентите и гражданското общество, както и на координацията между "доставчиците" на услуги, финансовите органи, НПО и властите.

На среща на Съвета на Европейския съюз през юни 2006 г. в Люксембург<sup>26</sup> относно заетостта, социалната политика, здравето и потреблението се реши здравните услуги да бъдат отстранени от обсега на Директивата за свободно движение на стоки и услуги и се приеха **Общи ценности и принципи за развитие на системите за здравеопазване, които трябва да бъдат следвани от националните политики на страните - членки на ЕС – универсалност, достъп до добро здравеопазване, равенство и солидарност**. Този документ, приет от министрите на здравеопазването на 25-те, задължава националните правителства да търсят практически начин, по който тези ценности и принципи да бъдат реализирани в здравните системи на ЕС.

### **Реформиране на националните здравни системи в Западна Европа**

Националните здравни системи в Западна Европа, изградени след Втората световна война, дълго време се възприемаха като стабилни структури. В

<sup>25</sup> Доклад на ЕК с икономическа прогноза за страните от еврозоната, страните членки и кандидатки - 08.04.04 г.

<sup>26</sup> Заключение на Съвета относно общите ценности и принципи на европейските здравни системи - 1-6 юни, Люксембург.

последните две десетилетия обаче здравните политики в тези страни са разтревожени от факта, че разходите за медицинско обслужване рязко надвишават неговия общ полезен ефект. Появилата се обществена неудовлетвореност, нарастващите разходи за здравно обслужване и неговата незадоволителна ефективност подтиквават правителствата да търсят пътища за нови здравнополитически решения, за преоценка и реформи на националните здравни системи.

Ето защо западноевропейските страни през последните двадесет години непрекъснато реформират своите здравни системи. Те се сблъскват с редица проблеми, които могат да бъдат обобщени по следния начин:

- свръхизползване на здравни услуги, водещо до инфлация на здравните разходи и до висока алтернативна цена на пропуснатите възможности в други обществени направления;
- финансов дефицит, пораждащ необходимостта от увеличаване на размера на осигуровките и на държавното субсидиране, което в условията на глобална конкурентна среда е неприемливо;
- недостатъчна конкурентоспособност на финансирането при липса на конкуренция между частни и обществени здравноосигурителни фондове. Този проблем обуславя по-ниска мотивация сред осигурителите да подобряват осигурителните условия при по-ниски разходи (до началото на 90-те години на XX в. право на свободен избор на фондове имат само гражданите на Белгия и Швейцария и по-ограничено - държавните служители в Германия);
- здравните разходи са по-тясно обвързани с приходите, а не с потребностите, което на практика води до медицински необосновано използване на здравни услуги;
- задължителните здравни осигуровки се определят като регресивен данък<sup>27</sup>, което контрастира с принципа на прогресивното подоходно облагане, целящо ефективното преразпределение на богатството. По този начин богатите заплащат относително по-малки размери на осигуровките спрямо доходите си.

В хода на тези реформи са били решавани различни проблеми, характерни за отделните национални системи на здравеопазване, но те имат някои общи черти, които биха могли да се групират в три основни категории:

Първо, с намаляването на темповете на икономически растеж през 80-те и 90-те години **страните се стремят да поставят разходите за здравеопазване в съответствие с наличните ресурси**. През този период за разлика от времето на бурния растеж непосредствено след края на Втората световна война разходите за здравеопазване са имали тенденция да "изконсумират" нарастващия дял от БНП. Поради това отделните страни са взели мерки да съдържат медицинските

<sup>27</sup> Във всички западноевропейски страни осигурителната вноска е фиксиран процент от определен доход.

разходи в разумни граници, без да се прекратява предлагането на обслужване с високо качество, изисквано от населението.

Втората цел на тези реформи е **превръщането на здравеопазването в по-справедлива система**. Общопризнато е, че здравните грижи трябва да се предлагат в еднаква степен и че осигуряването на минимален пакет здравни услуги за цялото население има своите положителни последици. Например поддържането на минимални здравни стандарти за цялото население спомага за намаляване на риска от разпространение на инфекции. Въпреки всичко в редица държави достъпът до медицинска помощ продължава да е нееднакъв, което задълбочава социалните проблеми.

Третата цел е **подобряването на ефективността и качеството на предлаганите услуги** посредством микроикономически реформи в сектора здравеопазване.

Независимо от националните различия в здравната политика на европейските страни се наблюдават някои общи приоритетни направления:

- **Промоция на здравето и профилактика на болестите.**

Хартата на здравето от Отава (1986)<sup>28</sup> определи промоцията на здравето като една от приоритетните стратегии за достигане здраве за всички. Отправна точка във философията на промоция на здравето е разбирането, че личната и груповата отговорност за регулиране на здравното поведение са от първостепенна важност. Развитите страни постигат значителни резултати в борбата със социално значимите заболявания с изключително евтини средства – предоставяне на здравни знания за здравословен начин на живот – режим на хранене, двигателна активност, борба с тютюнопушенето, ранна диагностика и профилактика и политика за здравословна околна среда. Благодарение на тези мерки страни като Финландия постигнаха сериозни успехи в подобряване здравето на нацията и спестиха на обществото огромни разходи за лечение на сърдечносъдовите заболявания.

- **Преориентация от болничната помощ към разширяване на първичните (базови) здравни грижи.**

Развитите европейски страни все повече поставят първичните здравни грижи сред водещите приоритети на своите здравни системи. Ярки примери са страни като Великобритания, Швеция, Дания, Финландия, Испания и др. Поради факта, че повече от три четвърти от здравните бюджети отиват за стационарна помощ, което е в дисонанс с характера на съвременната патология (преобладаване на хроничните болести), свръхмодерните и свръхскъпи болнични

<sup>28</sup> Харта на здравето от Отава на СЗО, приета през 1986 г., включваща 8 детерминанти на здравето: мир, образование, хранене, доход, стабилна екосистема, постоянни ресурси, социална справедливост, безпристрастност.

комплекси се преценяват като неадекватни за справянето с тази патология. За да се преодолее този нарастващ дисбаланс, се налага постоянно утвърждаване на първичните (базови) здравни грижи като основа на здравната система на всяка една страна.

Трябва да се отчита, че първичните здравни грижи представляват доста широк спектър от дейности. Още в Алмаатинската декларация (1978 г.) на Световната здравна организация (СЗО)<sup>29</sup> е посочено, че минимумът от първични здравни грижи включва: *“...здравно възпитание на населението, осигуряване на рационално хранене, хигиена на околната среда, профилактично-лечебни грижи за майките и децата, имунизации, профилактика на социално значимите заболявания, осигуряване на лечение за най-разпространените заболявания и травми и достъпност на най-необходимите лекарства.”*

Централна фигура в системата на първичните здравни грижи е общопрактикуващият лекар, който е изграден специалист по обща медицина, добре запознат с медико-социалните проблеми на пациентите. Главна негова задача е да посрещне базовите, най-масови здравни потребности на населението и да сведе до разумен минимум препращането на пациентите към тесните специалисти и болниците. Така лекарите с общ профил стават положителен организационен и икономически фактор на всяка здравеопазна система.

Същевременно е очевидно, че утвърждаването на първичните здравни грижи се отнася не само до общопрактикуващия лекар, но и до широк кръг други професионалисти – медицински сестри, акушерки, социални работници, психолози, стоматолози, фармацевти и други, работещи на територията на общината.

Общопрактикуващият лекар престава да е единственият представител на първичната медицинска помощ. Утвърждава се все повече екипът за първична медицинска помощ. В тази посока на промени в редица страни се обсъжда въпросът за профилиране на общопрактикуващите лекари в най-често търсените специалности: педиатрия, акушерство и гинекология и др. Това се извършва успоредно с налагане модела на груповите практики на общопрактикуващите лекари.

#### **• Повишаване ефективността на здравеопазната система**

Във всички европейски страни се наблюдава нарастване на разходите за здравеопазване. Основните причини за това са:

- демографското стареене на населението;
- увеличението на хроничните болести;
- повишените очаквания и претенции на населението към здравното обслужване;
- въвеждането на все по-скъпи медицински технологии.

<sup>29</sup> Декларация от Алма Ата на СЗО, септември 1978 г. - изтъква се нуждата от здравна стратегия, която не само осигурява здравни услуги, но обръща внимание на основните социални, икономически и политически причини за лошото здраве.

Постиженията на медицината, които водят до успешно лечение, способстваха за нарастване броя на хората, нуждаещи се от медицинска помощ, и повишиха потребността от рехабилитация и грижи за хронично болните в домашни условия.

Международните сравнения потвърждават тезата, че няма категорични доказателства за по-висока социална ефективност на здравеопазването в страни, където има повече лекари, повече болнични легла и се изразходват повече средства. Очевидно въпросът опира до ефективното използване на здравните ресурси, което е свързано с организацията и управлението на здравната система.

Във връзка с тези тенденции при управлението и оценката на здравеопазните системи акцентът все повече се премества от количеството на ресурсите към характера на резултатите, от „входа“ към „изхода“ на системата. Търсят се пътища за икономически ефективно управление на ресурсите, за повишаване отговорността за изразходваните средства и за по-конкретното участие на лекарите клиницисти в тази отговорност.

Съществено внимание се отделя на рационалното разпределение на ресурсите в различните сектори на здравната система, като преди всичко се търси баланс между ресурсите за първичните здравни грижи и за болничната дейност. Счита се неприемливо да се намалява финансирането на първичните здравни грижи за сметка на скъпи болнични технологии с непроверена ефективност. В тази насока се търсят и пътища за разумно намаляване на средния болничен престой, за изнасяне на болнични дейности в извънболнични условия - като домашен стационар, дневен стационар, сестрински домове и домашно патронажно обслужване от лекари, медицински сестри, социални работници и друг персонал.

#### • **Пазарна ориентация**

В повечето страни се наблюдава нарастващ интерес към прилагане на пазарни принципи и механизми в здравеопазването в отговор на нарастващите разходи и повишените изисквания на населението. Преценява се, че конкуренцията в пазарни условия ще доведе до по-висока икономическа ефективност, до по-добър контрол и качество на здравните услуги и в крайна сметка до по-рационално използване на ресурсите в здравеопазването. Многобройните реформи за внедряване на пазарни механизми се свеждат условно до три категории: *въвеждане на пазарен механизъм към данъчно финансирана здравна система* – типичен пример е Великобритания, където е налице внедряване на вътрешен пазар в Националната здравна служба; *развитие на пазарните механизми при финансирана чрез здравноосигурителен модел здравна система* (Германия, Холандия, Австрия); и *преминаване от данъчно финансирана система към здравноосигурителен модел* – характерно за източноевропейските страни.

Отчитайки положителния ефект от внедряване на пазарни механизми в здравеопазването, експертите на СЗО призовават да се съобразяват както изгодите, така и възможните неблагоприятни последици. В здравеопазването пазарният механизъм е средство, а не цел на реформите, средство за подобряване качеството и ефективността на здравеопазната дейност. С това разбиране западно-европейските страни внедряват не абсолютно свободен пазар и конкуренция, а регулиран пазар с елементи на плановост.

Ролята на правителствата продължава да бъде съществена: при регулиране на здравеопазването, контрол върху цените, контрол върху качеството, осигуряване на справедливо финансиране и подпомагане здравните разходи за уязвимите социални групи.

**• Осигуряване на качествена медицинска помощ**

В много страни се полагат усилия за динамично наблюдение, оценка и контрол на качеството на здравните дейности в съответствие с определени стандарти. В тази насока се прилагат разнообразни подходи и методи: стандартизиране на дейностите, консенсусна оценка, медицинска ревизия, акредитация, интуитивни методи, социологически методи и др.

**• Децентрализация и регионализация на здравната система**

Обща черта на много съвременни здравни реформи е стремежът да се децентрализира вземането на управленски решения и да се засили ролята на местното (общинското) ниво. Това е продиктувано главно от три фактора:

- Обществен натиск върху здравните заведения за по-голяма отзивчивост към потребностите на населението, което едновременно означава и по-висока местна отговорност и възможност за влияние върху здравните заведения.
- Необходимост от засилване на междусекторното сътрудничество на местно (общинско) ниво, особено между здравни и социални власти.
- Увеличаване на автономността и териториалния достъп на населението до здравни грижи.

Децентрализацията отчита приоритета на първичните здравни грижи и преследва доближаване до населението на основните видове профилактична и лечебна дейност. Ето защо децентрализацията логично предполага регионализация и ешелониране на здравното обслужване. Стремежът е регионалната система на здравеопазване да удовлетворява напълно здравните потребности в региона с изключение на малка част високоспециализирани видове медицинска помощ - сърдечна хирургия, пластична хирургия и др. Изграждането на регионални и местни здравни системи предполага засилване на обществената отговорност за здравето чрез създаване на здравно партньорство между индивида, социалната група и здравната служба в условията на общината.



**• Повишаване на управленската култура в системата на здравеопазването**

Изброените тенденции в здравната политика на развитите европейски държави налагат внедряването на подходите и методите на съвременния мениджмънт в здравеопазването. Професионалистът мениджър става ключова фигура в управлението на здравната система. Осъзнава се, че е немислима реализацията на здравните реформи без висока управленска култура в цялата система на здравеопазване. Нарастват ролята и отговорностите на клиницистите в управлението на здравеопазването.

**• Интегрален подход в управлението и функционирането на здравеопазването**

Този подход налага здравеопазването да се разглежда и оценява винаги като сложна система от множество елементи, само един от които е медико-професионалната дейност и в частност клиничната лечебна дейност. Здравнополитическите решения във все по-голяма степен изхождат от анализите и прогнозите на процеси, свързани не само с медицински технологии, но и с икономиката, комуникациите, културата в дадена страна, с демографските процеси, с екологичните проблеми и социалния статус на обществото. В сравнение с миналото се налага по-широка междуведомствена координация и сътрудничество по опазване на общественото здраве. Този подход се налага от разбирането за здравната система, в която гражданинът (пациентът) е централна фигура и неговите комплексни здравни потребности изискват и интегрирани здравни грижи.

Подходът *„Здраве във всички политики“*, инициран от Финландия и възприет от Световната здравна организация и Европейския съюз, включва въздействието на всички политики извън здравния сектор върху общественото здраве. Това междусекторно сътрудничество се осъществява чрез вземането на политически решения, извършването на стратегическо планиране и практическа реализация на интервенциите. Крайната цел е да се улесни разработването на политики, основаващи се на научни доказателства и включващи оценка, съпоставяща здравните детерминанти и крайните резултати за здравното състояние на населението.

Интегралният подход също така означава самото медицинско обслужване да се разглежда като система от взаимносвързани и взаимодействащи елементи:

- диагностично-лечебни звена;
- профилактични звена;
- звена за продължителни грижи и рехабилитация;
- здравно възпитание и промоция на здравето;
- социално подпомагане и мобилизиране на здравната инициатива на населението.

Важен принцип е интегралното взаимодействие между различните звена на здравната служба, особено взаимовръзката и приемствеността между първичната медицинска помощ, специализираната извънболнична и болничната медицинска помощ. Опитът на редица страни (Холандия, Великобритания и Швеция) показва убедително, че доброто регулиране на интегритета в здравната система е един от решаващите фактори за ефективността на цялата здравна система.

Всяка европейска страна създава своя уникална здравнополитическа концепция, без да отстъпва от утвърдените общоевропейски ценности в развитието на здравеопазването.

Европейската комисия прие нова Здравна стратегия, която очертава основните действия на общността в областта на здравеопазването за периода 2008-2013 г. Документът „Заедно за здраве – стратегически подход за ЕС“ чертае конкретни мерки, които да предпазват европейските граждани от заплахи за здравето им, да подсилат превенцията и ранната диагностика на онкологичните заболявания и да осигурят на здравните потребители необходимото за вземане на информирани решения за тяхното здраве.

Основните цели, заложили в стратегията, са подпомагане на здравословния начин на живот в застаряваща Европа, предпазване на гражданите от здравни заплахи, включително инфекциозни заболявания и биотероризъм, и подкрепа за въвеждането на нови технологии в здравеопазването. За да постигне тези цели, Европа си поставя 18 конкретни приоритетни дейности за следващите години. В тях са включени например предложения, насочени към преодоляване на неравенствата в здравния сектор в държавите членки и нарастване на ролята на ЕС в глобалното здравеопазване.

Изграждането и възприемането на дадена здравнополитическа концепция е резултат от продължителен процес на осмисляне на здравната ситуация в дадена страна, на задълбочени анализи и прогнози, на широк обществен дебат, за да се осигури социална приемливост и подкрепа на предвижданите промени.

Решаващ критерий за определяне на насоките на здравната политика са прецизно обосноваваните приоритети на националните здравни системи. Съвременните здравнополитически решения са преди всичко умение **да се определят здравни приоритети**.

Здравната политика повече отвсякога е продиктувана от дух на реализъм, от съчетаване на две противоположни, но взаимносвързани и взаимнозависими тенденции: от една страна, недопускане на максимализъм в обществено осигурените здравни услуги, а от друга - ясни гаранции за осигуряването на базовите здравни услуги, свързани с масовите здравни потребности и с националните здравни приоритети. Тази двуединна тенденция произтича от принципите за достъпност и справедливо разпределение на здравните ресурси.

Съвременните здравни системи не допускат монопол на определен организационен модел, като утвърждават плуралистичен подход и партньорството между общественя и частния сектор, между задължителното и доброволното здравно осигуряване, между правителствения и неправителствения сектор.

Реализирането на приетите здравнополитически решения задължително включва наблюдение на възникващите ефекти с оглед на своевременни коригиращи решения.

Все по-отчетливо се акцентира върху етичните аспекти на здравната политика и върху предприеманите реформи, свързани със спазването правата на пациента като централна фигура в системата.

В развитите западноевропейски държави в хода на провежданите реформи на здравеопазните системи през последните години се наблюдават процеси на конвергенция на класическите модели - данъчен и осигурителен. Всяка от системите заимства предимства от другата с цел да коригира недостатъците на собствената система.

### ***Реформиране на националните здравни системи в Централна и Източна Европа***

От началото на 90-те години страните от Централна и Източна Европа предприеха радикални промени в своите здравеопазни системи. При тях реформата в здравните системи се осъществява с различен темп, интензивност и дълбочина в зависимост от напредъка на обществено-политическите промени и прехода към пазарна икономика.

Реформите в развитите западноевропейски страни имат своята специфика по отношение на реформите, провеждани в страните от Източна Европа, които предприеха радикални промени в своите здравеопазни системи. При първите реформите протичат в страни, които са решили базисните проблеми по отношение на покритието и универсалния достъп до качествена здравна помощ и които отделят повече обществени средства за нуждите на здравеопазването, докато източноевропейските страни отделят значително по-малко обществени средства и в хода на самите реформи се сблъскват с появата на основополагащи проблеми на своите здравни системи.

Главните причини за предприемането на цялостни реформи в сферата на здравеопазването в страните от Централна и Източна Европа през последното десетилетие са:

- сравнително ниски нива на разходите за здравеопазване;
- екстензивно развит тип здравна система;
- неефективно използване на ресурсите.

Предназначението на тези реформи бе подобряване на финансовото състояние и функционирането на системата и повишаване както на ефективността на разпределение на средствата, така и на професионалната ефективност, запазвайки при това универсалния и равнопоставен достъп и обхват на здравеопазването.

Основният характер на извършените промени бе организационен, управленски и финансов. Поради това общото за всички тях бе тенденцията за преход от национални здравни системи модел "Семашко"<sup>30</sup> (за предоставяне на услуги от обществения сектор и финансиране чрез приходи от данъци) към модела "Бисмарк"<sup>31</sup> (или системата на социално здравно осигуряване).

Главните цели на смяната на модела на финансиране от данъчен с осигурителен бяха:

- да се гарантира равен достъп до медицинска помощ на всички осигурени лица на всички равнища на здравеопазвателната система и да се постави пациентът в центъра на здравната система;
- да се финансира висококачествена медицинска помощ;
- да се осигури баланс между приходите от здравноосигурителни вноски и разходите за медицинска помощ;
- да се създаде конкуренция между лекарите и лечебните заведения и да се осигури достойно и адекватно заплащане за положения труд.

Анализът на процесите показва, че нашата страна се включва сравнително късно в общата тенденция на преход към системата на задължително социално здравно осигуряване на страните от Централна и Източна Европа – едва през 1998 г. със създаването и приемането на пакет от закони, необходими за внедряване на здравноосигурителна система в страната: Закона за здравното осигуряване, Закона за професионалните организации на лекарите и стоматолозите и Закона за лечебните заведения.

<sup>30</sup> Семашко, Николай Александрович - професор, зав. Катедра по социална хигиена при медицинския факултет на Московския университет - 1921-1949 г., основоположник на съветската система на здравеопазване.

<sup>31</sup> Ото фон Бисмарк - канцлер на Германия, архитект на идеята за социалната държава, инициатор за приемане на Закон за задължителното здравно осигуряване в Германия - 1889 г.

#### IV. СИСТЕМАТА ЗА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Съгласно действащия в страната Закон за здравното осигуряване (ЗЗО): "Здравното осигуряване е дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и здравноосигурителни премии, управлението на набраните средства и тяхното разходване за заплащане на здравни дейности, услуги и стоки, предвидени в този закон, в Националния рамков договор и в договорите по доброволно здравно осигуряване. Здравното осигуряване е задължително и доброволно."

Задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем основен пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител на медицинска помощ, сключил договор с районна здравноосигурителна каса.

Съгласно закона "Чрез доброволното здравно осигуряване се обезпечават предоставянето на здравни услуги и стоки извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. Чрез доброволното здравно осигуряване може да се обезпечават и здравни услуги и стоки, които са в обхвата на задължителното здравно осигуряване".

Състоянието на здравноосигурителните фондове и дългосрочната устойчивост на здравноосигурителните системи е общ проблем на европейските страни. В България здравноосигурителната система е нова, липсват опит и традиции в управлението на такива фондове. В следващите страници е предложен анализ на **състоянието на здравноосигурителната система у нас, нейната устойчивост**, макар и в краткосрочен план, **прозрачността при изразходването на средствата, събираемостта на вноските, натрупаните задължения към здравноосигурителната система, цената на здравеопазването, свързана със здравноосигурителната тежест, и достъпа до здравеопазване за някои социално уязвими групи.**

#### Нормативно-правна уредба на здравното осигуряване в Република България – кратък преглед

Правната основа на системата на здравно осигуряване има конституционно основание в чл. 52, ал. 1 от **конституцията**. Тази разпоредба **прогласява правото на здравно осигуряване като основно право на гражданите**. В чл. 57, ал. 1 от конституцията се определя и рангът на нормативния акт, с който следва да бъдат установени редът и условията за упражняване правото на здравно осигуряване – закон. Такъв нормативен акт беше приет през 1998 г. – **Законът за здравното осигуряване (ЗЗО)**. Той представлява основата на действащото законодателство в тази област. Следва да се отбележи, че в изминалите близо десет години този закон е изменян и допълван повече от двадесет пъти. Промените в

ЗЗО са в областта на управлението на НЗОК, задълженията за здравно осигуряване, здравноосигурителните вноски, доброволното здравно осигуряване, опрощаване на задължения и др. Въпреки многократните промени в ЗЗО все още липсва ясна експертна концепция относно осигурителния модел и политическа воля за неговото развитие.

Правната уредба се допълва и с **Национален рамков договор (НРД) между представители на НЗОК и съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина**. Основните елементи и правният режим на тези актове са установени от ЗЗО. Те определят съдържанието и реда за предоставяне на медицинската помощ на осигурените лица. Предмет на националното рамково договаряне са обемите и цените на здравните услуги от основния пакет.

**Освен посочените източници правната уредба се допълва и от нормативни актове като:**

- **Закона за здравето** - свързан с организацията на здравеопазването.
- **Закона за лечебните заведения** - регламентира устройството и дейността на лечебните заведения. Освен нормите, уреждащи създаването, устройството, функционирането, преобразуването или закриването на тези заведения, в закона се съдържат и правила, отнасящи се до взаимоотношенията между лечебните заведения и Националната здравноосигурителна каса.
- **Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина** – урежда устройството, организацията и дейността на съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина (страна по НРД), условията за упражняване на лекарската професия и отговорността за нарушаване на професионалната етика.
- **Кодекса за задължително обществено осигуряване**.

Дейностите по здравно осигуряване се уреждат и в редица подзаконови нормативни актове – правилници, наредби, решения на МС, на министъра на здравеопазването, на ръководните органи на Националната здравноосигурителна каса и др.

### **Характеристики на здравноосигурителния модел в България**

Здравноосигурителният модел, който се изгради у нас със Закона за здравното осигуряване, включва два вида здравно осигуряване - задължително и допълнително, доброволно здравно осигуряване.

Социалната здравна защита, която осигурява Законът за здравно осигуряване, е насочена в три основни направления:

- гарантиране на основен пакет медицински и стоматологични услуги;
- осигуряване на максимално широк кръг население;
- осигуряване на качество на предлаганите здравни услуги.

## Задължително здравно осигуряване

**Обхват** – задължителен

**Начин на определяне на вноските** – процент върху определен доход

**Осигуряващи** – солидарно от работодател и работник или от държавата

**Осигурител** – една национална каса

**Механизъм на разплащане** – директно между осигурител и изпълнител

**Договаряне с изпълнителите на медицинска помощ** – национално рамково договаряне с представителите на съсловните организации

Задължителното осигуряване се реализира чрез система на една Национална здравноосигурителна каса (НЗОК) с 28 районни подразделения в страната (Районни здравноосигурителни каси - РЗОК), съответстващи на областното административно делене.

Основните функции и дейности на НЗОК съгласно Закона за здравното осигуряване (Глава II, Раздел II) са свързани с управлението на набраните средства, гарантиране на свободен достъп на задължително здравноосигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем основен пакет от здравни дейности, участие в преговорите и подписване на Националния рамков договор (НРД) с представителите на съсловните организации на лекарите и стоматолозите, разработване на модели за заплащане на изпълнителите на медицинска помощ, развитие на информационна система за нуждите на задължителното здравно осигуряване, осъществяване на медицински и финансов контрол на задължителното здравно осигуряване.

Системата на задължителното здравно осигуряване е изградена върху следните принципи:

- **Солидарност** – всеки внася осигуровки според дохода си, всички ползват една и съща услуга при настъпване на идентични осигурителни събития; преразпределение на средствата от вноски от здравите към болните, от богатите към бедните и от младите към възрастните.
- **Задължително участие** – гарантира набирането на приходи от вноски от всички граждани в държавата.
- **Участие на представители на осигурените и работодателите в управлението на НЗОК** – гарантира прозрачност в действията.
- **Споделена отговорност при финансирането** – участие с вноски или плащания на всички носители на отговорност за рисковете за здраве.
- **Индивидуална отговорност за собственото здраве** – всеки изпълнява предписанията на изпълнителите на медицинска помощ и изискванията за профилактика на заболяванията в рамките на договореното в Нацио-



- налния рамков договор и договорите с изпълнителите.
- **Равнопоставеност на достъпа** – в рамките на гарантирания от НЗОК пакет медицински услуги всички задължително здравноосигурени лица имат равни права за достъп до медицинска помощ.
  - **Свободен избор на изпълнител на медицинска помощ, сключил договор с НЗОК** - осигурените лица имат правото да ползват услугите на лекари и лечебни заведения, които са сключили договор със здравноосигурителната каса независимо от формите им на собственост
  - **Справедливост - държавата поема здравното осигуряване при безработица и за лица в неравностойно положение.**
  - **Публичност на дейността** – в ЗЗО са предвидени възможности както за обществен, така и за финансов контрол над НЗОК, осъществявани от Министерския съвет и парламента, министерствата на финансите и на здравеопазването, Сметната палата, Агенцията за държавен финансов контрол и органите за управление на здравноосигурителната каса - Контролният съвет и Събранието на представителите.

Органи за управление на НЗОК са Събрание на представителите, Управителен съвет, Контролен съвет и директор.

Събранието на представителите приема Правилника за устройството и дейността на НЗОК, избира и освобождава членовете на Управителния и Контролният съвет, приема правила за провеждане на конкурс за директор, одобрява проекта на закон за годишния бюджет на НЗОК, одобрява годишния финансов отчет, отчета за изпълнението на бюджета и отчета за дейността на НЗОК, освобождава от отговорност Управителния съвет. Събранието е с тригодишен мандат и се състои от общо 37 представители на осигурените, работодателите, общините и държавата. В квотата на осигурените се включват шестима представители на представителните организации на работниците и служителите и един представител на представителните организации за защита правата на пациентите, които се избират от самите тях. Представителите на работодателите и на общините в събранието са по шестима души, а на държавата - 18.

**Това разпределение на представителите, въведено с промяна в ЗЗО от 2002 г., практически гарантира мнозинство на представителите на държавата, което по същество натоварва управляващите политически партии с административната и политическата отговорност за управление на средствата на осигурените лица.**

Изразходването на средствата на здравноосигурените лица нормативно предполага прозрачност. В управлението на тези средства (Събрание на представителите, Управителен съвет, Контролен съвет) видимо доминира държавата. Участието на пациентските организации в Общото събрание остава нерешен



въпрос. Представителите на работодателите и на общините не съумяват да изработят и заявят ясни позиции по проблемите на здравното осигуряване, което ги лишава от възможността да заемат естественото си място на коректив на управленските решения. **При така структурираното управление на НЗОК държавата, която внася значително по-малко средства в бюджета на НЗОК за осигуряваните от нея лица, доминира в управлението на средствата на осигурените лица и на работодателите.**

Законът за здравното осигуряване въвежда основен пакет от медицински дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК за всички задължително здравноосигурени лица. Обхватът и обемът на основния пакет се определят с наредба<sup>32</sup> на министъра на здравеопазването.

НЗОК заплаща напълно или частично за оказването на следните видове медицинска помощ: медицински и дентални дейности за предпазване и ранно откриване на заболяване; извънболнична и болнична медицинска помощ за диагностика и лечение по повод заболяване; медицинска рехабилитация; неотложна медицинска помощ; медицински грижи при бременност, раждане и майчинство; дентална и зъботехническа помощ; лекарства за домашно лечение; медицински изделия и диетични храни; медицинска експертиза на трудоспособността.

Основният пакет здравни услуги съгласно ЗЗО е гарантиран на всички здравноосигурени от бюджета на Националната здравноосигурителна каса<sup>33</sup> (НЗОК) и е разгледан по-подробно в страниците по-долу. **Поради това, че основният пакет здравни услуги не е изграден на база актюерска оценка на риска, то и средствата, определени от Народното събрание за неговото покриване, не кореспондират с реалните потребности от здравни услуги.**

НЗОК, Българският лекарски съюз (БЛС) и Българският зъболекарски съюз (БЗС) съгласно изискванията на Раздел VII от ЗЗО договарят условията, на които трябва да отговарят изпълнителите на медицинска помощ, реда за сключване на договори с тях, обемите и цените на дейностите от основния пакет, условията за ползване и оказване на медицинска помощ и методиката за плащане на отделните видове медицинска помощ.

Когато страните по договарянето не постигнат договореност и не се сключи НРД, то през годината се прилагат правилата на действащия през предходната година НРД и определените от УС на НЗОК условия за работа. При такива условия работи системата за задължително здравно осигуряване през 2007 и 2008 година. Блокирането на системата за национално рамково договаряне след 2006 година на практика обезсмисля идеята за договаряне във формата, заложен в ЗЗО, и изисква законови промени както в структурата на НРД, така и

<sup>32</sup> Пр. Нардба №40/24.11.2004 г.

<sup>33</sup> Към декември 2008 г. НЗОК е единствената административна, финансова и оперативна структура в системата на задължителното здравно осигуряване.

в участниците в договарянето, за да се развива и усъвършенства договорното начало на осигурителния модел.

За изпълнение на своите законови задължения НЗОК чрез своите регионални структури подписва договори с лечебни заведения, регистрирани по Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ). Липсва законова възможност НЗОК да избира лечебни заведения, с които да сключва договор и да отказва договор на лечебни заведения, ако последните отговарят на изискванията на ЗЛЗ и на стандартите на касата. **Акредитацията на лечебните заведения, извършвана от МЗ, няма отражение върху тяхното финансиране.**

Достъпът до здравната система по линия на задължителното здравно осигуряване е поверен на общопрактикуващия лекар. Всеки осигурен избира общопрактикуващ лекар и може да промени своя избор два пъти годишно.

Достъпът до специализирана извънболнична помощ и диагностични изследвания е лимитиран при общопрактикуващия лекар чрез въведени от НЗОК регулативни стандарти, които отразяват броя записани осигурени лица и броя на диспансерните случаи, участието в програми „майчино“ и „детско“ здравеопазване и нуждите от насочване на случаи с остри заболявания. Регулативните стандарти при ОПЛ включват брой направления за специалист и определена сума за изследвания.

При специалистите от извънболничната помощ регулативните стандарти отразяват броя отчетени прегледи и броя на диспансерните случаи. Специалистите разполагат с определен брой направления за друг специалист, определена за тримесечие сума за лабораторни изследвания и за високоспециализирани дейности. Високотехнологичните изследвания са право за назначаване само на специалистите.

Периодичността на наблюдение и обемът от контролни изследвания за диспансерните случаи се определя от Наредба №39 от 16.11.2004 г. на МЗ. **Лимитите при общопрактикуващите лекари и при специалистите съществено се разминават с изискванията на наредбата за диспансеризация и понякога дори не са достатъчни да покрият тези изисквания, без да отразяват острите случаи, които и при общопрактикуващите лекари, и при специалистите не са по-малко от диспансерните контингенти.**

Повечето от профилактичните програми и имунизациите са поверени на общопрактикуващите лекари. Те поемат или организират чрез договор с други изпълнители на медицинска помощ неотложната помощ на избралите ги осигурени лица.

По данни на Отчета за изпълнение на бюджета за 2007 г. на НЗОК покритието на населението с първична профилактика от страна на общопрактикуващите лекари е неудовлетворително - едва около 30% от подлежащите на профилактика осигурени лица.

Неотложната помощ е лошо организирана, основава се на телефонна

връзка с общопрактикуващия лекар, затруднява гражданите в достъпа им до здравеопазване, натоварва необосновано звената на спешната медицинска помощ и болничните лечебни заведения. Поради това от 2007 година МЗ финансира т. нар. „спешни портали“ при определени болници, чрез които покрива разходите им за прегледи и диагностика на неотложните случаи. **По този начин едно от основните задължения на общопрактикуващите лекари да са на разположение на своите осигурени 24 часа в денонощието е поверено и на най-високото и най-скъпо ниво на системата - болницата.**

Достъпът до болнична помощ се реализира чрез направление от всички нива на извънболничната помощ, допуска се и самонасочване от самото осигурено лице. Изборът на болнично лечебно заведение, сключило договор с РЗОК, е свободен на територията на страната.

Реимбурсирането на разходи за медикаменти и медицински изделия на осигурените лица се извършва на база списък на заболявания, утвърден от министъра на здравеопазването с Наредба №38 от 16.11.2004 г. НЗОК ежегодно утвърждава процента на реимбурсиране на медикаменти от позитивния списък, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели и договаря доставката им.

Осигурените лица получават медикаментите и изделията в аптеки, с които НЗОК има сключени договори.

### **Доброволно допълнително здравно осигуряване**

Доброволното допълнително здравно осигуряване се осъществява от акционерни дружества, лицензирани и контролирани от Комисията за финансов надзор (КФН). Процедурата по лицензиране на дружествата за доброволно здравно осигуряване стартира през 2001 година. Същата година бяха лицензирани първите две дружества и техният брой се запази до 2003 година, когато с поправките в ЗЗО необходимият капитал за регистриране на дружество за доброволно здравно осигуряване от 2 млн. лева беше намален на 500 хил. лева. До ноември 2008 г. КФН е лицензирала 20 дружества за ДЗО.

**Обхват** – доброволен

**Начин на определяне на вноските** – изчисляване на риска

**Осигуряващи** – работодател, индивидуално (семеино)

**Осигурител** – лицензирани от КЗК акционерни дружества

**Механизъм на разплащане** – възстановяване на разходи на изпълнители на мед. помощ или на осигурените лица

**Договаряне с изпълнителите на медицинска помощ** – директно, между осигурител и изпълнител

Допълнителното доброволно здравно осигуряване предоставя здравни услуги както извън основния пакет, регламентиран от закона, така и от основния пакет<sup>34</sup>.

От трите познати в световната практика форми на доброволно здравно осигуряване – заместващо, допълнително и допълващо, ЗЗО регламентира две – допълнително и допълващо здравно осигуряване. Доброволното здравно осигуряване у нас предлага допълнителни услуги, които не са включени в основния пакет (например директен достъп до специалист в извънболничната помощ) или допълващи основния пакет услуги (покрива скъпо струващи консумативи при болнична помощ, които НЗОК не заплаща). ЗЗО не допуска свободен избор на здравен фонд, заместващ НЗОК, който да поеме целия обем здравни услуги.

Доброволното здравно осигуряване, макар и законово регламентирано от 1998 година, не се разви като съвременен пазар на здравни услуги. Приходите на всички дружества за доброволно здравно осигуряване за 2007 г. са 25 милиона лева<sup>35</sup> при публични разходи за здравеопазване 2.2 милиарда лева<sup>36</sup>. На практика това е бюджетът на една неголяма болница. Най-често споделяните мотиви за избор на доброволно здравно осигуряване от работодателите и от осигурените са: губене на време при общопрактикуващия лекар, ограничен достъп до специализирана медицинска помощ и високотехнологични изследвания и заплащането на скъпо струващи консумативи при болнично лечение.

Причините за слабото развитие на доброволното здравно осигуряване по наше мнение са много и комплексни:

1. В страната липсват традиции в областта на доброволното здравно осигуряване.
2. Ниските доходи на населението не позволяват да се заделят средства за доброволно здравно осигуряване.
3. Данъчните облекчения за работодатели в размер на 60 лв. (от 01.01.2008 година) месечно необлагаеми суми за всеки работещ (дадени за доброволно пенсионно, доброволно здравно осигуряване, доброволно осигуряване за безработица и застраховка живот) не стимулират работодателите да закупуват допълнителни здравни услуги за своите работници чрез доброволното здравно осигуряване поради краткосрочността на осигуровката и липсата на натрупване в индивидуална партида, което предлага пенсионното осигуряване.
4. Нерегламентираният и финансово необезпечен основен пакет здравни услуги по задължителното здравно осигуряване затруднява гражданите в решението им да заплатят още една осигурителна вноска за едни и същи здравни услуги.

<sup>34</sup> Чл. 82, ал. 2 от ЗЗО.

<sup>35</sup> По данни на КФН.

<sup>36</sup> По данни от Закона за държавния бюджет.

5. Директните плащания в лечебните заведения се наложиха като правило за получаване на здравни услуги и са предпочитани пред доброволното здравно осигуряване.
6. Проблемите на мениджмънта и незадоволителното качество на медицинското обслужване в обществените лечебни заведения не позволяват доброволно осигурените лица да получат желаното качество на здравни услуги, за да се засили интересът към продуктите на доброволните здравноосигурителни дружества.
7. Малкото средства, които се събират по доброволното здравно осигуряване, не са значим финансов източник за лечебните заведения. В същото време се изисква качество на услугите. Всички пациенти, за които не достигат направления при общопрактикуващите лекари за специалист и за изследвания, заплащат за това директно. Този източник на средства за лечебните заведения е далече по-голям от доброволното здравно осигуряване, поради което е и предпочитан.
8. Слаборазвит е и частният сектор при лечебните заведения. Частните лечебни заведения предоставят ограничен обем здравни услуги, преди всичко в извънболничната медицинска помощ, а това не предполага конкуренция, особено в болничната помощ и в малките населени места.
9. Законодателят не реши въпросите относно границата между здравно застраховане и здравно осигуряване, а надзорните институции допускат лечебните заведения да извършват нелицензирана дейност - абонаментно здравно осигуряване. Всичко това допълнително ограничава възможностите за развитие на пазара на здравни услуги.

Неприемлив е стремежът на сляпо прилагане на европейски директиви към частните здравноосигурителни дружества и подчиняването им на застрахователни принципи. Съвременните тенденции за развитие на системите за здравно осигуряване и техният надзор налагат друг поглед върху дейността на осигурителните институции - като управление не само на финансов риск, но и на организация на предоставяне на здравни услуги, превенция на социално значимите заболявания и контрол върху качеството на здравните услуги. Тази дейност ги прави участници в реализацията на националната здравна политика, което е неприсъщо за застраховането.

Задължителното здравно осигуряване у нас на практика е система за държавно управление на осигурителните вноски на осигурени и работодатели. Законите промени в управлението на НЗОК, извършени през 2002 г., прекъснаха пътя на самоуправление на системата под парламентарен контрол.

Основният пакет медицински дейности е твърде широк и най-вече финансово необезпечен от бюджета на НЗОК. Поради това той се лимитира чрез системата на регулативните стандарти за извънболничната помощ и на делеги-

раните бюджети при болничната медицинска помощ. Регулативните стандарти, вместо да регулират достъпа до специализирана извънболнична помощ и диагностика, на практика водят до затруднен достъп и отказ на здравни услуги при изчерпване на лимитите на ниво първична медицинска помощ и специализирана извънболнична медицинска помощ.

Необходимо е да се осигури баланс между възможностите на общопрактикуващия лекар да се справи с проблемите, потребностите от специализирана помощ и диагностика, от една страна, и размера на средствата за тяхното обезпечаване от друга.

Форматът на преговорите по НРД трябва да бъде нормативно променен с включване на повече участници в договарянето (представители на болниците, на пациентските организации), като по този начин се намалява възможността за налагане на монопол на която и да е от страните.

Развитието на здравноосигурителния модел в бъдеще трябва да предвижда право за избор на "осигурител" и поставяне на НЗОК в конкурентна среда като едно от възможните решения за защита и разширяване на правата на осигурените лица.

### **Финансиране на системата за здравно осигуряване (задължително здравно осигуряване)**

#### ***Приходи за здравно осигуряване***

Основният източник на приходи за здравното осигуряване (приходите на НЗОК) са здравноосигурителните вноски. Размерът на тези вноски, определен ежегодно със Закона за бюджета на НЗОК, от създаването на НЗОК до 2008 г. е непроменен – 6% от определен осигурителен доход. За 2009 г. осигурителната вноска бе увеличена на 8%.

Осигурителната вноска се разделя между работодател и осигурен в динамично за годините съотношение с тенденция за изравняване 50:50 до 2010 година. За деца до 18-годишна възраст до 2007 г. осигурителната вноска е 0,5% от минималния осигурителен доход за самоосигуряващи се лица, през 2007 г. – 3% от минималния осигурителен доход, а през 2008 г. – 6% върху половината от минималния осигурителен доход за самоосигуряващите се лица.

По данни на НЗОК през 2007 г. от 3.2 милиона работещи по трудов договор и самоосигуряващи се (41,8% от ЗЗОЛ) постъпилите здравноосигурителни вноски са 808 584 263 лева (68,2% от ЗОВ). Държавата осигурява около 4.4 милиона души (58,2% от ЗЗОЛ), за които вноските са 377 351 806 лева (31.8% от ЗОВ). Средната осигурителна вноска за един работещ месечно е 25.6 лева, а за осигурените от държавата – 8.6 лева на човек месечно; Таблица 13).

**Осигурени лица и приходи от здравноосигурителни вноски (ЗОВ) -2007 г.**

Таблица 13

Категория лица	Показатели		Структура в %	
	Брой лица	Приходи	Брой лица	Приходи
<b>ОБЩО</b>	<b>7 558 859</b>	<b>1185936000</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>ЗОВ от РБ</b>	<b>4 398 346</b>	<b>377 351 806</b>	<b>58.19%</b>	<b>31,82%</b>
Лица, работещи по служебни правоотношения и др., за които осигурителните вноски са изцяло за сметка на работодателя	118 043	79 407 353	2.61%	21,82%
ЗОВ за пенсионери	2 270 197	248 935 650	50.11%	68,41%
ЗОВ за безработни и социално слаби	179 406	14 208 863	3.96%	3,90%
ЗОВ за други категории осигурени лица	1 830 700	34 799 940	40.41%	9,56%
<b>ЗОВ не за сметка на РБ</b>	<b>3 160 513</b>	<b>808 584 263</b>	<b>41.81%</b>	<b>68,18%</b>
ЗОВ от работодател за работници и служители, работещи по трудови правоотношения	2 529 777	452 592 783	80.04%	55,97%
Лични вноски от работници и служители, работещи по трудови правоотношения	2 373 183	235 281 771	-	30,01%
ЗОВ от самонаети (самоосигуряващи се лица)	630 736	120 709 709	19.93%	15,40%

Източник: Закон за бюджета на НЗОК, 2007 г.

**Държавата е неравностоен участник в осигурителната система, като заплаща значително по- малък размер осигурителна вноска за лицата, които тя осигурява. Това нарушава солидарния модел на здравно осигуряване и противоречи на практиката в развитите европейски държави.**

Задължението за събирането на вноските е вменено от Закона за здравното осигуряване на Националния осигурителен институт (НОИ), а от 2006 г. - на Националната агенция по приходите.

Размерът на приходите от вноски се прогнозира на база установяване структурата на контингента здравноосигурени лица съгласно чл. 40, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване на основата на обобщената и анализирана база данни за броя на населението по региони, възрастовата структура на населението, средната работна заплата и средния размер на пенсията за регионите в страната и отчитане спецификата на отделните териториални единици въз ос-



нова на официално предоставената информация от Националния осигурителен институт (НОИ), Националния статистически институт, Агенцията по заетостта, Министерството на труда и социалната политика и Министерството на здравеопазването.

През годината могат да настъпят промени в приходите поради динамиката на заетостта и структурата на трудовите ресурси по региони във връзка с многообразието от възможни комбинации за формите на заетост на физическите лица и начините да се калкулира и предвиди събираемостта на здравноосигурителна вноска.

В бюджета на НЗОК са заложили и приходи от други източници, регламентирани със ЗЗО, като по-важните от тях са:

- лихви и приходи от управлението на имуществото на НЗОК;
- глоби и наказателни лихви;
- такси, определени с тарифи от Министерския съвет;
- приходи, регламентирани с други закони в полза на здравното осигуряване.

Общият размер на тези приходи не надвишава няколко процента от общите приходи и не оказва съществено значение върху дейността на НЗОК. Динамиката на размера на приходите за периода 1999-2008 г. е отразена на Табл. 14.

**Приходи, разходи и дефицит/излишък на НЗОК в млн. лв.**

Таблица 14

Година	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Приходи и трансфери,	190.8	549.2	613.7	653.6	748.9	883.0	971.7	1,065.9	1,551.2	1,793.8
<i>в т.ч. трансфер от рбюджет</i>									338.7	206.4
Разходи и трансфери	83.1	126.3	428.2	585.1	776.1	883.1	1,070.7	1,352.8	1,541.7	1,747.8
Излишък	107.7	422.9	185.6	68.5					9.5	46.0
Дефицит					-27.2	-0.1	-99.0	-286.9		
Наличност в началото на периода		107.7	530.6	716.6	785.1	762.6	757.5	653.7	366.5	375.5
Наличност в края на периода	-107.7	-530.6	-716.6	-785.1	-762.6	-757.5	-653.7	-366.5	-375.5	-426.3

Източник: Годишни отчети на НЗОК за периода 1999-2008 г.



**Забележка:** *Със законите за бюджета на НЗОК дефицитът от 2003-2006 г. се покрива от наличностите на НЗОК в БНБ; трансферът от РБ през 2007 г. включва и дължими осигурителни вноски от бюджета за определени категории лица.*

Наблюдава се стабилен темп на нарастване на приходите – от 190.8 млн. лв. за 1999 г. до 1,793.8 млн. лв. за 2008 г., поради подобряването на събираемостта на здравноосигурителните вноски в резултат на мерките за подобряване на събираемостта, описани в "Здравноосигурителни вноски - събираемост", и подобряването на икономическия климат в страната до 2008 г. Този факт сам по себе си е положителен, въпреки че не води до намаляване на сериозните ограничения за ползване на здравни услуги в извънболничната помощ и на "хроничните" просрочени задължения на болничните лечебни заведения.

### ***Разходи за здравно осигуряване (разходи на НЗОК)***

Здравното осигуряване стартира през 2000 година с покриване на разходите за извънболнична медицинска и стоматологична помощ и частично или пълно заплащане на лекарства, медицински изделия и лечебни храни. Болничната медицинска помощ се включва в системата на здравното осигуряване една година по-късно, и то поетапно, като се започва първоначално с финансиране на около 20% от общите болнични разходи, останалите се поемат от МЗ. Постепенно ежегодно се увеличават броят на клиничните пътеки и размерът на разходите за болнична помощ на НЗОК, като от 2006 г. НЗОК поема цялостното финансиране на болничната помощ.

Финансирането на болничната помощ – от НЗОК и от МЗ, до 2006 г. нарушава и правата на осигурените лица в този период относно основния пакет болнична помощ, който по закон е гарантиран от бюджета на НЗОК. По това време осигурените лица са разделени на две категории: тези, на които НЗОК заплаща болничната помощ, и останалите, за които тя не заплаща и които понякога доплащаха с мотива, че „не са по каса“. Наблюдават се и множество дублирани плащания, стремеж за отчитане на дейността чрез министерството или касата с цел осигуряване на повече средства, водещо от своя страна до изкривяване на статистическите данни за хоспитализираната заболяемост.

Заплащането на здравните услуги се регламентира с Националния рамков договор, в който се определят обеми и цени на здравните услуги. Принципите на формиране на цените на здравните услуги и заплащането на изпълнителите на медицинска помощ за отделните направления са както следва:

Първична извънболнична медицинска помощ	За брой осигурени лица, избрали съответния лекар; за дейност по профилактични програми; за извършени профилактични прегледи; за диспансерно наблюдение на хронични заболявания, за работа в населени места с неблагоприятни условия
Специализирана извънболнична медицинска помощ	За преглед при специалист (първичен, вторичен, диспансерно наблюдение на хронич. заболяване)
Стоматологична (дентална) медицинска помощ	За определен вид и обем стоматологична помощ
Медико-диагностична дейност	По видове медико-диагностични дейности
Лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели	Частично или напълно заплатени от НЗОК
Болнична медицинска помощ	На база клинични пътеки, които включват определени заболявания по диагнози и алгоритъм на поведение. (част от клиничните пътеки изключват плащания за скъпо струващи консумативи и медикаменти)

Законосъобразността на предоставяне на финансовите средства към изпълнителите на медицинска помощ е съобразена с бюджетните лимити, определени от Закона за бюджета на НЗОК. Съгласно Методика за определяне на годишните бюджети на РЗОК, утвърдена от УС на НЗОК, размерът и целесъобразността на изразходване на тези средства се определят и преценяват при отчитане на: брой на сключените договори с изпълнители на извънболнична и болнична медицинска помощ; брой на обхванатото население и на отчетените здравни манипулации; извършените разходи за предходен период.

Извънболничната помощ финансово се лимитира по системата на регулативните стандарти, която предоставя определен брой направления месечно при ОПЛ за преглед при специалист и изследвания, а при СИМП лимитиран брой направления за друг специалист и диагностични и високоспециализирани изследвания.

От 2008 г. НЗОК лимитира болничната помощ чрез система на делегирана бюджети, която бе формирана като средноаритметичен разход на болниците за 2006 и 2007 година. Тази система ощетява новорегистрираните болници и тези, които за 2007 година са имали по-високи разходи, предполагащи и по-голям обем дейност. Обратното, болниците със затихващи функции са стимулирани с този начин на определяне на делегираните бюджети.

## Динамиката на разходите на НЗОК за периода 1999-2008 г.

Таблица 15

Година	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Общо разходи и трансфер</b>	83.1	126.3	428.1	585.1	776.1	883.1	1,070.6	1,352.8	1,541.7	1,747.8
Здравноосигурителни плащания (с включен трансфер към бюджетни предприятия)	0.0	97.5	404.0	564.8	755.0	853.3	1,039.9	1,323.9	1,507.9	1,705.7
1.1. ПИМП Първична извънболнична медицинска помощ		64.1	211.0	232.5	103.4	97.2	96.9	100.5	113.9	131.2
1.2. СИМП Специализирана извънболнична медицинска помощ					82.9	94.0	107.8	111.2	123.8	140.3
1.3. ДП Дентална помощ					45.6	46.0	52.0	61.0	69.3	77.0
1.4. МДД Медико-диагностична дейност					39.3	42.6	47.6	46.2	51.2	53.5
1.5. Лекарства за домашно лечение		33.4	182.3	239.0	270.8	245.7	244.9	270.0	282.1	295.5
1.6. БП Болнична помощ			10.7	93.3	213.0	327.8	490.7	735.1	867.3	1,006.8
1.7. ПКСС Други здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност									0.3	1.5
2. Административни разходи	14.9	13.4	19.8	19.6	22.3	25.4	27.0	26.4	31.2	37.1
3. Капиталови разходи	77.9	15.9	4.3	0.7	-2.3	3.0	2.4	1.7	1.2	3.2
4. Трансфер	9.7	0.5			-1.1	-1.4	-1.3	-0.9	-1.4	-1.9

Източник: Годишни отчети на НЗОК за периода 1999-2008 г.

Разходите на НЗОК са две основни групи – административни разходи и здравноосигурителни плащания.

**Административните разходи** не надхвърлят 3% от общите разходи. Те се делят на два основни вида – средства за заплати, възнаграждения и социалноосигурителни плащания на персонала и средства за текуща издръжка (около 10% от административните разходи), включващи средства за материали, вода, горива и енергия, телекомуникационни и пощенски услуги, текущ ремонт и командировки в страната. Разходите за застраховки, данък сгради и капиталови разходи се финансират централизирано от НЗОК и в бюджета на РЗОК няма средства с такова предназначение.

Втората основна група разходи са тези за **здравноосигурителни плащания**. В структурата на тези плащания се включват разходи за:

- първична извънболнична медицинска помощ;
- специализирана извънболнична медицинска помощ;
- стоматологична (дентална) медицинска помощ;
- медико-диагностична дейност;
- болнична медицинска помощ;
- лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели;
- мед. помощ в съответствие с правилата за координация на системите.

От 1 януари 2007 г. се извършват плащания и за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност в ЕС<sup>37</sup>. НЗОК поема разходите за спешна медицинска помощ на задължително осигурените български граждани, оказана им по време на пребиваване в страна - членка на ЕС.

След преминаване на финансирането на болничната помощ изцяло от НЗОК от началото на 2006 г. по данни на годишните отчети на касата структурата на разходите по отделните здравноосигурителни плащания се запазва – най-голям е делът на разходите за болнична помощ (около 58%), следват разходите за напълно или частично платени лекарства за домашно лечение (около 19%), разходите за първична и специализирана извънболнична медицинска помощ (по около 8%), за стоматологична помощ (около 4.5%) и медико-диагностична дейност (около 3.5%).

<sup>37</sup> Тези разходи са отбелязани в Таблица 15.

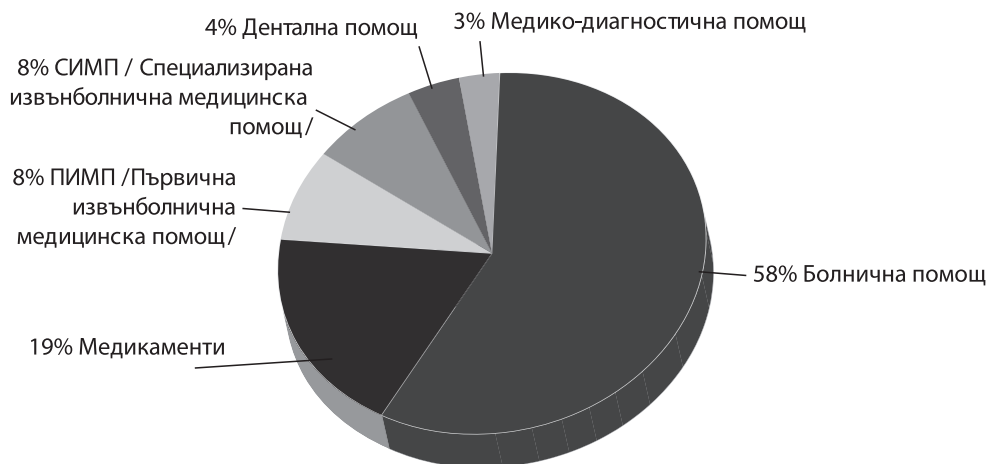
## Структура на разходите на НЗОК за 2006-2007 г.

Таблица 16

Вид дейност		%
1	Болнична помощ	58
2	Медикаменти	19
3	ПИМП (първична извънболнична медицинска помощ)	8
4	СИМП (специализирана извънболнична медицинска помощ)	8
5	Дентална помощ	4.5
6	Медико-диагностична помощ	3.5

Източник: *Годишни отчети на НЗОК*

Графика 9



Източник: *Годишни отчети на НЗОК*

Видно е, че с увеличаване размера на приходите се увеличава и размерът на разходите. Основна причина за това е и разширяването на пакета от медицински дейности в извънболничната и болничната медицинска помощ, броя и вида на частично платените или безплатни лекарства за домашно лечение, предоставени на осигурените лица.

През 2001 г. се наблюдава рязко увеличение на разходите за медикамен-

ти - до 50% от общите разходи на НЗОК. Основна, макар и не единствена причина за това е въвеждането на ДДС върху цените на лекарствата, които дотогава бяха освободени от този данък. България въведе една от най-високите в Европа ставки на ДДС върху лекарствата и нейното намаляване би дало възможност за увеличаване на реимбурсните проценти на НЗОК за медикаменти или насочване на средства в други направления.

Системата на задължителното здравно осигуряване от 2003 г. генерира планов дефицит, който се покрива от натрупания в БНБ излишък от предходните години. Освен дефицит на ниво НЗОК ежегодно се наблюдават натрупвания на просрочени задължения на обществените болнични лечебни заведения. Всичко това говори за финансова нестабилност на системата за здравно осигуряване. Записът в НРД, който позволява при дефицит на средства НЗОК едностранно да ограничава плащанията към изпълнителите на медицинска помощ, на практика не решава финансовите проблеми на системата, а прехвърля дефицита от НЗОК към лечебните заведения.

***Ограниченият чрез лимити достъп до специализирана извънболнична помощ и диагностика, непокриването от НЗОК на скъпо струващи консумативи за болнично лечение, на практика ограничават достъпа на осигурените лица до тези нива на здравната система, като натоварват гражданите със сериозни допълнителни плащания, въпреки че редовно заплащат вноските си за здравно осигуряване.*** По този начин системата за здравно осигуряване изглежда финансово устойчива, но това е за сметка на прехвърляне финансовото бреме върху гражданите, нарушаване принципа на солидарност и ограничаване достъпа до медицинска помощ.

Критерият – клинична пътека, избран за финансиране на основния пакет болнична помощ, е по-скоро инструмент за контрол на качеството на здравните услуги, отколкото финансов инструмент за остойностяване на самите здравни услуги. Твърде произволното формиране на цените при отделните клинични пътеки, почиващо на лобиране на отделни специалисти или производители на медикаменти и консумативи, създава грешна представа за реалния принос на отделните структури във формирането на приходите на цялата болница. Вследствие на това са налице огромни различия във финансирането на отделните медицински профили и във възнаграждението на лекарите и останалите медицински специалисти от различни специалности. Диапазонът на колебания в индивидуалните месечни лекарски възнаграждения е между три и петцифрени суми. Тези различия във възнаграждението в никакъв случай не отразяват обективни разлики в количеството на вложения труд или квалификацията на лекарите. Цели профили от медицината са недофинансирани, а други са поставени в привилегировано положение, което застрашава в перспектива от дефицит на специалисти в направленията с лошо финансиране (терапевти, педиатри, анестезиолози, хистолози и др.).

Анализът на икономическите показатели на НЗОК заслужава да включи и законовото решение за събиране на осигурителни вноски в периода от 01.07.1999 г. до 30.06.2000 г. без извършване на осигурителни плащания. Събраните вноски се натрупват под формата на излишък в бюджета на НЗОК и в края на 2002 г. са в размер на 785 млн. лв. Този излишък по решение на Управителния съвет на НЗОК е депозирани в БНБ и с решения на Народното събрание от 2003 до 2006 г. вкл. покрива дефицита на НЗОК (виж Таблица 14). През 2007 г. съгласно приетия от Народното събрание бюджет на НЗОК от републиканския бюджет (РБ) се извършва трансфер в размер на 338,7 хил. лв., който включва неясно в какъв размер и дължими от бюджета осигурителни вноски. През 2008 г. от РБ отново се осъществява трансфер в размер на 206,4 хил. лв., отделно от дължимите от бюджета осигурителни вноски. Тези трансфери се извършват с неясен мотив и при наличен излишък на средства, депозирани в БНБ.

***С тези решения гражданите и работодателите от старта на осигурителната система кредитират държавата (БНБ оперира със средствата от излишъка), а в същото време здравната система изпитва недостиг на средства. Във всички развити европейски държави здравноосигурителните системи генерират дефицит, който се покрива от държавата, а у нас здравноосигурителната система кредитира държавата.***

С увеличението на здравноосигурителната вноска през 2009 г. отново в бюджета на НЗОК освен резерв за непредвидени и неотложни разходи се приема и излишък в размер на 401 761 хил. лв., който е депозирани в БНБ, както в предходните години. ЗЗО не предвижда възможност в бюджета да се планира излишък. За поредна година със Закона за бюджета на НЗОК се нарушава основният закон – ЗЗО, и здравната система се лишава от средства, които са предназначени за нея. Ако по логиката на термина "излишък" тези средства са „излишни“ за системата на здравното осигуряване, тогава няма обяснение защо осигурителната вноска се увеличава с 2%, а не с по-малък размер и защо системата продължава да страда от недостиг на средства. Би трябвало тези средства да бъдат включени в здравноосигурителните плащания.

### **Бюджетът за здравно осигуряване в общите параметри на финансиране на здравеопазването**

От 1999 г. със стартирането на здравноосигурителната система в общата схема на финансиране на здравеопазването намериха отделно място и разходите на НЗОК. В Таблица 17 е отразена динамиката на разходите на т. нар. Функция „Здравеопазване“, т.е. общите разходи за здравеопазване от бюджета на държавата, структурирани по отделни основни извършители на разходите.

**Динамика на разходите за здравеопазване, в т. ч. Министерство на здравеопазването и НЗОК, за периода 1999-2008 година**

Таблица 17

Год.	Общо здравеопазване	Министерство на здравеопазването и други (ведомства, висши у-ща и др.)		НЗОК		Общини
		Млн. лв.	% от разходите за здравеопазване	Млн. лв.	% от разходите за здравеопазване	
1999	923.5	360.4	39.0	83.1	9.0	480.0
2000	977.2	437.0	44.7	126.3	12.9	413.8
2001	1,196.1	584.1	48.8	428.2	35.8	183.8
2002	1,437.3	642.6	44.7	585.1	40.7	209.6
2003	1,698.8	703.8	41.4	776.1	45.7	218.8
2004	1,770.5	776.3	43.8	883.1	49.9	111.1
2005	2,009.9	808.3	40.2	1,070.7	53.3	130.9
2006	2,057.8	561.8	27.3	1,352.8	65.7	143.2
2007	2,419.8	706.0	29.2	1,541.7	63.7	172.1
2008	2,672.8	730.6	27.3	1,747.8	65.4	194.4

**Източник:** *Закони за държавния бюджет и годишни отчети на НЗОК за периода 1999-2008 г.*

От бюджета за здравеопазване за 2008 г. :

- НЗОК предоставя около 65.4% от общите разходи по бюджета за здравеопазване;
- Министерството на здравеопазването и други ведомства – около 27,3% от разходите. Това са разходи за финансиране на спешната медицинска помощ, центровете по хемодиализа, стационарната психиатрична и белодробна болнична помощ, дейностите по трансфузионна хематология и осигуряването на скъпо струващи лекарства за домашно лечение. Тук са включени разходите за дейността на Военномедицинска академия, Медицински институт МВР и Транспортна болница и Клинична болница "Лозенец";
- общините – около 7.3% за финансиране на диспансерите, детските ясли и някои специализирани болници (като изключение);
- други министерства и ведомства – около 2.8%. Тук са включени разходи-



те за дейността на Военномедицинска академия, Медицински институт МВР и Транспортна болница и Клинична болница "Лозенец".

От 1999 г. публичните разходи за здравеопазване нарастват в леко изпреварващ темп по отношение на нарастването на БВП, като се запазват в диапазон 4-4.3% от БВП - Таблица 18.

**Динамика на разходите за здравеопазване от държавния бюджет и разходите на домакинствата за здравеопазване за периода 1999-2008 година**

Таблица 18

Год.	БВП		Бюджет "Здравеопазване"			Потребителски разходи на домакинствата за здравеопазване			Общо в сектор здравеопазване	
	Млн. лв.	% ръст спрямо 1999 г.	Млн. лв.	% ръст спрямо 1999 г.	% от БВП	По текущи цени млн. лв.	% ръст спрямо 1999 г.	% от БВП	Млн. лв.	% от БВП
1999	23,790	х	923.5	х	3.9	397	х	1.7	1,320.5	5.6
2000	26,753	12.5	977.2	5.8	3.7	547	37.8	2.0	1,524.2	5.7
2001	29,709	24.9	1,196.0	29.5	4.0	722	81.9	2.4	1,918.0	6.5
2002	32,335	35.9	1,437.3	55.6	4.4	914	130.2	2.8	2,351.3	7.3
2003	34,410	44.6	1,698.8	83.9	4.9	1,004	152.9	2.9	2,702.8	7.9
2004	37,983	59.7	1,770.5	91.7	4.7	1,113	180.4	2.9	2,883.5	7.6
2005	41,012	72.4	2,009.9	117.6	4.9	1,253	215.6	3.1	3,262.9	8.0
2006	46,704	96.3	2,057.9	122.8	4.4	1,440	262.7	3.1	3,497.9	7.5
2007	56,520	137.6	2,419.8	162.0	4.3	1,688	325.2	3.0	4,107.8	7.3
2008	64,929	172.9	2,672.8	189.4	4.1	1,993	402.0	3.1	4,665.8	7.2

Източник: Основни макроикономически показатели (1999-2008)

Специално внимание заслужават данните за ръста на потребителските разходи на домакинствата за здравеопазване. Ако публичните разходи за здравеопазване в периода 1999-2006 г. са нараснали със 189.4%, то потребителските разходи на домакинствата за здравеопазване за същия период бележат ръст с 402%. В тези разходи се включват лекарства, потребителски такси, достъп до специализирана медицинска помощ в извънболнични условия, изследвания и избор на лекар и оперативен екип в болнични лечебни заведения, т.е. всички посочени в данъчните декларации от лечебните заведения и аптеките приходи от граждани.

По данни на НСИ<sup>38</sup> 71,7% от разходите на домакинствата се извършват за лекарства и консумативи, 16,2% - за извънболнични услуги, и 12% - за болнични услуги. Тези данни показват, че цената на здравеопазването расте, като нейната тежест се измества не към публичните, солидарни разходи, а към индивидуалните плащания при необходимост. Внимание заслужава и фактът, че сборната сума на публични и домакински разходи за здравеопазване е над 7.0% от БВП, което намалява дистанцията на разходите за здравеопазване като процент от БВП у нас в сравнение с останалите европейски държави (виж таблици 18 и 19).

В таблица 19 са поместени данни за съотношението на публичните разходи за здравеопазване към общите разходи за здравеопазване в някои европейски държави. В посочените данни за България липсват сведения за размера на разходите на домакинствата за закупуване на „скъпо струващи консумативи“, които НЗОК изрично изключва от цената на клиничните пътеки при болнично лечение. Тези консумативи болните закупуват директно от фирмите доставчици. Поради това тези разходи не се отчитат като разходи за здравеопазване в официалната статистика.

**Разходи за здравеопазване в някои европейски страни и ЕС през 2005 г.**

Таблица 19

СТРАНИ	Относителен дял от БВП	Публ. разходи като % от общите разходи за здравеопазване	Размер на здравноосигурителни вноски (% от осигурителния доход)	Разходи на глава от населението
ЕС	8%	73%	8-12%	1710 EUR
Германия	10.7	76.9	14	3250 USD
Франция	11.2	79.9	13	3314 USD
Холандия	9.2	64.9	1000 EUR + 6.5	3560 USD
Чехия	7.1	88.6	13.5	1445 USD
Унгария	7.8	70.8	14.5	1329 USD
Полша	6.2	69.3	9	843 USD
Румъния	5.5	70.3	14	507 USD
<b>България</b>	<b>7.7</b>	<b>60.6</b>	<b>6</b>	<b>734 USD</b>

Източник: World Health Statistics, 2008, World Health Organization

<sup>38</sup> „Основни макроикономически показатели“, годишно издание на НСИ, „Крайни потребителски разходи на домакинствата“=

Средно за ЕС публичните разходи са 73% от общите разходи за здравеопазване, докато в България този показател е 60.6%. Това на практика води до деформиране на солидарния модел на здравно осигуряване.

Данните налагат извода, че в България е нарушен социалният модел на здравно осигуряване, като се натоварват с по-високи плащания при ползване на медицинска помощ гражданите.

### **Проблеми и предизвикателства пред здравното осигуряване в България, имащи пряко отношение към финансирането, участието и справедливостта на системата**

#### **• Здравноосигурителни вноски – събираемост**

Проблемът „здравноосигурителни вноски“ с пълно основание може да бъде определен като проблем с първостепенно значение за изминалите години след старта на здравноосигурителната система. Тази негова значимост е обусловена от две основни причини:

- силното му отражение върху бюджета на НЗОК и по-точно върху неговата приходна част, която от своя страна определя възможностите за покриване на разходите по здравноосигурителните плащания. Последните, както е известно, формират както вида и обема на медицинските услуги и лекарствата за домашно лечение за здравноосигурените лица, така и размера на заплащането на изпълнителите на медицинска помощ;
- огромната му социална значимост, доколкото той засяга цялото население на страната.

Теорията и практиката на здравното осигуряване показват, че най-важната дейност при създаването на здравноосигурителна система е точното определяне на броя на здравноосигурените лица, размера на здравноосигурителните вноски и действащи механизми за проследяване и регулация на тяхната събираемост. От същото значение е и установяването и ежемесечното актуализиране на редовността на здравноосигурителния статус на лицата. Без наличието на интегрирана информационна система, позволяваща осъществяването на необходимия контрол и информация в реално време, както дълги години работи здравноосигурителната система, тези дейности се обезсмислят.

До 2003 година двете основни за здравното осигуряване институции – НЗОК и НОИ, работят автономно, без обмяна на информация относно подлежащите на здравно осигуряване лица и ползващите здравни услуги. Като критерий за участие в здравноосигурителната система през този период практически са възприети изборът и записването (регистрирането) при общопрактикуващ лекар, а не заплащането на здравноосигурителни вноски, което е в нарушение на ЗЗО (чл. 34, ал. 2, т. 4). Продължителната липса на интегрирана информационна

система на НЗОК (до декември 2008 г.) предрешава резултатите от всякаква контролна дейност, вкл. и контрола на осигурителния статус. Като резултат от този подход с набраните средства от приходите от здравноосигурителни вноски от малко повече от половината от населението на страната (Таблица 22) в продължение на пет години се покриваха разходите за медицинска помощ и лекарства за домашно лечение на цялото население.

Едва на четвъртата година от създаването на НЗОК се установява, че съществува проблем в тази насока. При целева проверка, извършена от НЗОК през 2002 г., се разкрива, че през 2001 г. от общо 4238 хил. лица, получаващи скъпо струващи лекарства, заплащани от касата, около 10% не са осигурени, а около 8% изобщо не са открити в регистрите на НОИ.

В резултат на проверката и на отчетените затруднения<sup>39</sup> по установяване редовността на здравноосигурените лица и администриране процеса на повишаване равнището на събираемост на приходите от здравноосигурителни вноски, както и поради изключителната социална значимост на този проблем и ключовата му роля за успешното провеждане и финансовото обезпечаване хода на здравната реформа в страната отговорните институции започват изпълнението на серия от мерки в следните направления:

- подобряване ефективността на взаимодействието между НЗОК, НОИ и Главно управление на данъчната администрация (ГУДА) в процеса на събиране на социалноосигурителните и данъчните плащания, особено в областта на обмен на информационни потоци и база данни, провеждане на съвместни инициативи и предлагане на законодателни мерки;
- разработване на практически мерки за ежемесечно получаване на актуална информация за размера на здравноосигурителните вноски за всички категории осигурени лица съгласно чл. 40 на Закона за здравното осигуряване. Това е особено значим проблем предвид правата, които възникват за здравноосигурените лица за ползване на здравни услуги;
- дефиниране правата и задълженията на здравноосигурените лица в процеса на задължително здравно осигуряване и тяхното публично обявяване;
- въвеждане на по-висока честота на проверките в системата за контрол на нередовните вносители;
- обсъждане на модели за достоверно прогнозиране на параметрите на приходните параграфи в бюджета на НЗОК с оглед предварително преодоляване на очаквани негативни тенденции и разработване на алтернативни варианти за преодоляването им.

<sup>39</sup> посочени в отчета на изпълнението на Закона за бюджета на НЗОК за 2002 г.

Националният осигурителен институт и Националната здравноосигурителна каса сключват Меморандум за съвместна работа<sup>40</sup> (17.04.2003 г.), който обхваща основните насоки на съвместна дейност между НОИ и НЗОК и съвместната работа между техните районни поделения – районните управления "Социално осигуряване" и районните здравноосигурителни каси.

В средата на 2003 г. за събирането и осигуряването на достоверна информация относно статута и редовността на здравноосигурените лица от НЗОК в НОИ започват да се изпращат списъци на всички лица, регистрирани при общопрактикуващите лекари. След проверка в НОИ относно редовността на здравноосигурителния статус на всеки гражданин се създава Регистър на осигурените лица, който се подава ежемесечно в НЗОК. От своя страна касата го предоставя своевременно на общопрактикуващите лекари. Така всеки общопрактикуващ лекар получава ежемесечна информация кои от регистриралите се при него лица са с изплатени здравноосигурителни вноски, т.е. могат да получават медицинска помощ от него, както и да бъдат изпращани за консултации и лечение в звената на специализираната извънболнична медицинска помощ и в болниците и да получават частично или напълно платени лекарства за домашно лечение.

Мерките за установяване редовността на здравноосигурителния статус на населението и обмен на информация между институциите дават информация, която, ако не изненадваща, е доста тревожна. **Данните от НОИ към декември 2003 г. показват, че:**

- Относителният дял на регистрираните при общопрактикуващите лекари здравноосигурени лица с нарушени осигурителни права е 31.7%, или 2.4 млн. души, от които 26.9% са с неплатени една или повече вноски (прекъснати здравноосигурителни права), а 4.7% изобщо не са намерени в регистрите на НОИ.
- Почти всички лица с нарушен здравноосигурителен статус – 31.5% - са в активна трудова възраст.
- Установява се, че 16.8% от общопрактикуващите лекари, работещи по договор с НЗОК, са с нарушени здравноосигурителни права.

Практически за всички тези лица НЗОК е осъществявала плащания – от една страна, на общопрактикуващите лекари през цялото време на регистрацията им, а от друга, е заплащано ползването на специализирана медико-диагностична и болнична помощ след насочване от общопрактикуващите лекари, както и осигуряването на лекарства за домашно лечение. Това е явно нарушение на осигурителния принцип (право на ползване на услуги да имат само лицата, ко-

<sup>40</sup> Във връзка с произтичащите от Закона за здравето осигуряване и Кодекса за задължително обществено осигуряване задължения на НОИ по събирането на здравноосигурителните вноски, осъществяването на контрол по приходите на НЗОК и предоставянето на информация за осигурените лица и за размера на събраните от тях вноски.

ито са платили или за които са платени здравноосигурителни вноски) и доказателство за лошо управление на обществени средства за здравеопазване.

В резултат на предприетите мерки започва преустановяване на ползването на медицинска помощ и получаването на частично или напълно платени от НЗОК лекарства за домашно лечение от лица с нарушени здравноосигурителни права. Преустановява се и заплащането на общопрактикуващите лекари за обслужването на тези лица. Болниците извършват проверка в регистъра на НОИ за всеки новопостъпил болен и предупреждават тези с нарушени права, че трябва да заплатят лечението си.

С последователни промени в Закона за здравното осигуряване през 2003 и 2004 г. бяха осигурени условия за разсрочено изплащане на задълженията по задължителното здравно осигуряване, бяха дадени права на пребиваващите повече от 183 дни през годината в чужбина да се освобождават от здравни вноски след предварително подадено заявление до НАП. От декември 2004 година здравноосигурителния статус се определя на основата на вноските, направени през последните 15 месеца – нередовност се установява при неплатени 3 или повече вноски и неплатени задължения от минали периоди – чл. 109 от ЗЗО.

Данните за състоянието на здравната осигуреност на населението през последните години са коментирани в частта "Граждани с нередовен здравноосигурителен статус".

Без отговор остава въпросът на каква база е планирана приходната част на бюджета на НЗОК през първите пет години, след като са известни броят на населението, средната брутна работна заплата и законовите задължения на осигуряващи и осигурени, които са основни показатели за планиране на приходите. Бюджетите на касата за този период показват, че планирането на приходите реално е извършвано на основата на събираемост на осигурителни вноски от малко над половината от подлежащите на здравно осигуряване през предходната година. До 2002 година дори не се поставя въпросът за събираемостта на вноските и се задържа включването на болничната помощ в осигурителната система поради недостиг на средства. Това се случва, при условие че стотици милиони левове осигурителни вноски са депозирани в БНБ и половината население не участва във финансирането на здравноосигурителната система.

Няма логично обяснение и на липсата на работеща информационна система на здравното осигуряване десет години след неговото начало. Това е отговорност не само на осигурителната администрация, а на всички правителства през този период. Липсата на информационна система, която да дава информация за осигурителния статус на здравноосигурените лица и да позволява контрол върху разходите и дейността на изпълнителите на медицинска помощ в реално време, на практика лишава системата от възможности за контрол на входа и на изхода и от обективни критерии за правилно планиране и верни управленски решения.

С въвеждането на информационната система от 2009 г. се очаква обективизиране и проследяване на осигурителния статус на всяко подлежащо на задължително здравно осигуряване лице, изключване от системата на граждани, продължително пребиваващи в чужбина, и реално проследяване на движението на средствата след пациента. Възможностите, които предоставя информационната система, трябва да допринесат и за значително ограничаване на злоупотребите с обществени средства от страна на изпълнителите на медицинска помощ и за повишаване ефективността на контрола от страна на НЗОК.

Извършването на здравноосигурителни плащания в продължение на първите пет години за всички граждани, избрали и записали се при общопрактикуващ лекар, създава законово нерегламентирана практика за участие в здравноосигурителната система без изискване за заплащане на здравноосигурителна вноска. Същевременно в тези години здравноосигурителната система е лишена почти от половината от законово определените средства поради неплащане и несъбиране на осигурителни вноски. Системата генерира дефицит от 2003 г., който се покрива от собствените ѝ средства, депозирани в БНБ. Болничната помощ се включва в здравноосигурителната система една година след нейното стартиране с ежегодно увеличаване на броя на клиничните пътеки.

Всичко това говори за лошо управление на здравното осигуряване както на ниво НЗОК, така и от министерствата на здравеопазването и на финансите, които участват в управлението на НЗОК. Останалите участници в управлението на средствата по задължителното осигуряване - синдикати, работодатели и общини, не могат да намерят оправдание за липсата на заявена позиция по тези проблеми на системата.

Въпреки предприетите мерки през годините за координиране дейността на институциите част от проблемите продължават да не се решават и да генерират несправедливост: граждани с доходи не плащат осигурителни вноски без санкции за това; държавата продължава да е неравностоен участник в осигурителната система, особено в качеството си на работодател; здравната вноска се увеличава, системата продължава да е недофинансирана, а в същото време размерът на планирания излишък надхвърля 700 милиона лева.

**• Тенденция за увеличаване на хоспитализациите**

Здравноосигурителният модел на финансиране на здравната система съдържа в себе си и идеята за инвестиции на средства в развитие на първичната медицинска помощ (промоция, профилактика и ранна диагностика на заболяванията) с цел разумно ограничаване на достъпа до високите етажи на системата - предимно болничната медицинска помощ, която изразходва много обществени средства и покрива само върха на айсберга на масовите социално значими заболявания. У нас в годините на функциониране на системата за здравно осигу-

ряване се наблюдава обратна тенденция – ежегодно увеличаване на хоспитализациите - Таблица 20.

**Хоспитализирани случаи в стационарите на лечебните заведения  
(изписани и починали)**

Таблица 20

Година	Брой случаи	На 100 000 население
2000	1 181 097	14 456,2
2001	1 185 927	14 986,5
2002	1 256 557	15 968,6
2003	1 333 698	17 047,2
2004	1 473 631	18 938,4
2005	1 614 313	20 857,0
2006	1 653 264	21 473,7

**Източник:** Здравеопазване. Статистически справочници 2000-2006 г., Национален център по здравна информация - София

Тези данни заслужават специално внимание и анализ, за да се отговори на въпроса дали това са реални хоспитализации, или става дума за прехвърляне на един и същ болен в хода на една хоспитализация в различни клинични пътеки.

Такъв анализ би могъл да се направи при наличие на цялостно изградена информационна система в НЗОК. Контролната система на касата е длъжна да установи и санкционира фалшивото отчитане на неизвършени болнични дейности.

След отстраняване на тези нарушения трябва да се даде отговор и на следните въпроси:

- Защо извънболничната помощ не се справя със случаите и генерира нарастване на хоспитализациите - поради некомпетентност или поради това, че едни и същи специалисти работят и в болничната, и в извънболничната помощ?
- Дали клиничните пътеки като инструмент за финансиране на болничната помощ не индуцират по-голям брой хоспитализации, защото не отчитат съчетаната патология при един болен, което налага надвишаване на средния престой и изисква повече средства за лечение? В тези случаи лекарите прехвърлят пациента в хода на една и съща хоспитализация от една в друга клинична пътека с цел да осигурят адекватно финансиране и продължителност на престоя.



Заслужава внимание анализът на Джеймс Сарконе, публикуван на 03.06.2008 г. – експерт от фирма Sanigest Europe, изпълнител на проект „Възможности за подобряване на практиките, свързани с насочвания от извънболничната помощ за болнично лечение“, финансиран със средства от дарение на японското правителство чрез Световна банка. Изводите на групата експерти бяха публично огласени и на този етап са единственото сериозно изследване на проблема за нарастване на хоспитализациите у нас. Според експертите „Разходите за болнична помощ са се увеличили 610% по номинал и 390% след корекция за инфлацията между 2000 и 2007 г., което е 8 пъти повече от ръста на БВП. Към 20% от ръста на разходите са свързани с промени в цени или обеми на съществуващите клинични пътеки (КП), около 75% – с въвеждане на нови КП. Налице е висока концентрация на разходите по КП. През 2007 г. 27 КП отговарят на 50% от общия разход, а 82 КП – за 80% от общите болнични разходи на НЗОК“.

По-важните причини за непрекъснатото нарастване на хоспитализациите, които авторите на доклада посочват, са следните: „ограничен капацитет на ОПЛ; липса на доверие в системата на първичното здравеопазване; индуцирана от самите болници хоспитализации, повторни хоспитализации и междуболнично пренасочване; въпреки сериозното нарастване на разходите качеството на системата не се подобрява; системата КП е отличен инструмент за надзор на качеството... но не е фактор, който насърчава постигането на повече реална стойност; налице е широка вариация в КП между действителната стойност на услугата и цената на КП; системата за заплащане създава високо ниво на фрагментация между различните нива, всяко от които е заинтересовано единствено да максимизира собствената си печалба, а не да контролира интегрираните нужди на пациента при възможно най-нисък разход; много пациенти се обгрижват на по-високо ниво от нужното; голям брой от случаите се третират в болници, когато биха могли по-прецизно и ефикасно да се решават на ниво първично здравеопазване. Например бронхопневмония...“.

За изминалите месеци след огласяване на цитирания доклад липсва реакция от страна на компетентните държавни институции и администрация относно мерките, които, ако не се предприемат, финансовата стабилност на здравноосигурителната система ще се влошава, а качеството и организацията на здравното обслужване на населението няма да се подобряват.

**• Лимитите за вход към системата водят до забавяне на диагностичния и лечебния процес**

Паралелно с данните за нарастваща тенденция за хоспитализация, което е в разрез с възприетия модел и принципи, системата постоянно дава знак, че лимитираният достъп до „специализирана помощ“, вместо разумно да ограничава достъпа до високите етажи на здравеопазването, на практика ограничава

“стандартния”, гарантиран достъп, а така и правата на здравноосигурените.

Системата на задължително здравно осигуряване предоставя свободен достъп на здравноосигурените лица *до първична медицинска помощ и лимитиран достъп до специализирана извънболнична медицинска помощ, медико-диагностичните здравни услуги, високоспециализираните здравни услуги и денталната медицинска помощ*. Последните са лимитирани в самия НРД<sup>41</sup> на две нива: при общопрактикуващите лекари - относно достъпа до специализираната медицинска помощ и диагностични изследвания, а при специалистите - относно прегледи от други специалисти, изследвания и високоспециализираните дейности.

При общопрактикуващите лекари се наблюдава постоянен проблем с определения лимит – недостиг на талони за специализирана медицинска помощ и диагностични изследвания. Това води до забавяне на диагностичния и лечебния процес и/или до директни плащания на лечебните заведения от страна на осигурените лица за достъп до специализирана извънболнична медицинска помощ и изследвания. Системата за контрол на НЗОК не успява да докаже има ли отчитане на неизвършена дейност и фиктивно отчитане на направления от лекарите в извънболничния сектор.

Определените лимити водят и до недостиг за покриването на изискванията на Наредбата за диспансерно наблюдение на хронично болни, което освен че влошава качеството на контрол на хроничните заболявания, показва липсата на обвързаност между нормативните изисквания на МЗ и тяхното вписване във финансовите разчети на НЗОК за покритие.

Опитът да се лимитира достъпът до специализирана извънболнична помощ и медико-диагностичните изследвания чрез регулативни стандарти на практика не отразява реалните потребности от тази медицинска помощ, а отчита брой записани пациенти при общопрактикуващите лекари, брой прегледи през предшестваш период при специалистите и брой диспансерни случаи. С този подход се разпределят средства, но не се управлява финансов риск в условията на здравно осигуряване. За целта е необходим много по-широк набор от статистически данни относно заболяемост на населението по обръщаемост за медицинска помощ, каквито у нас липсват през последните десет години. Не на последно място лимитираното ползване на извънболнични здравни услуги лишава неправомерно от правата им по здравното осигуряване лица, които добросъвестно заплащат здравноосигурителни вноски и при еднократна необходимост да ползват здравни услуги попадат в момент на изчерпани лимити при общопрактикуващия лекар и трябва да изчакат следващия месец или да си заплатят специализираната медицинска помощ и диагностика.

<sup>41</sup> Национален рамков договор.

### • **Принуденият пациент**

Болничната медицинска помощ нормативно е достъпна за всички задължително здравноосигурени лица. Те имат свободата да избират болнично лечебно заведение на територията на цялата страна, което е в договорни взаимоотношения с НЗОК.

Ограничения в достъпа до болнична помощ за редица случаи произтичат от това, че НЗОК не покрива разходите за т. нар. скъпо струващи консумативи. Цената на тези консумативи при различните заболявания варира от неколкостотин до няколко хиляди лева. НЗОК не е разписала за всяка клинична пътека какво включва записът „скъпо струващи консумативи“. Всяка болница прави своя интерпретация на този запис и освен че болният се насочва към определени фирми доставчици, в рубриката под горното наименование се включват и обикновени медикаменти и консумативи. Този порочен начин на доставяне на „скъпо струващи“ консумативи в болниците крие в себе си освен организационен хаос – близките да търсят фирми, за да закупят назначения медикамент и консуматив, и високо ниво на скрита корупция – срещу всяко назначение фирмата предоставя процент комисиона за лекаря.

Болничните лечебни заведения създадоха и още едно ограничение с въвеждането на заплащане за т. на. „избор на екип“. На практика отказът от избор на екип поставя гражданите в изкуствено създавана листа на чакащите, докато не направят „избор“. Цената за избор на екип варира от неколкостотин до две хиляди лева за различните специалности и в различните болници съгласно утвърдените от ръководствата ценоразписи. Тази практика не почива на нормативна регулация.

Най-често се избира екип в оперативните специалности – хирургия, акушерство и гинекология, урология, ортопедия и др. В терапевтичните специалности рядко се поставят такива условия за лечение на пациентите. По-голяма част от тези средства се разпределя между лекарите – оператор, анестезиолог, операционни сестри. Грижите за оперираните пациенти след това се поемат от останалия персонал, който не е получил нищо от заплатената сума<sup>42</sup>. Всичко това води до невъзможност да се създаде добра организация на лечебно-диагностичния процес, както и до разделяне на пациентите на „мой“ и „чужд“, което е недопустимо от морална и професионална гледна точка. С парите от „избор на екип“ се увеличават възнагражденията на тези специалисти, които по принцип получават по-високи възнаграждения поради високите цени на клиничните пътеки, с които те работят. Това допълнително задълбочава различията във възнагражденията между отделните специалности и демотивира лекарите, които работят с ниско платени клинични пътеки. МЗ е длъжно да заеме отговорна позиция по този задълбочаващ се дефект на системата, който поставя болният човек в

<sup>42</sup> Данни и коментари за различните аспекти на неформалните плащания в здравеопазването в България виж: Неформални плащания в системата на здравеопазването, Институт «Отворено общество», 2008 г.

ситуация на невъзможен избор. Закупуването на консумативи от болните при болнично лечение и избор на екип са тежки дефекти на болничната помощ с очевиден корупционен елемент.

**• Качеството на медицинските услуги като фактор за нивото на осигуреност на гражданите**

Качеството на медицинските услуги има комплексна природа. Строго медицински погледнато, гаранция за качество са правилата за добра медицинска практика, т.е. научно възприетите стандарти за работа, които минимализират риска от погрешна диагноза или неправилно лечение.

От гледна точка на потребителя обаче в това понятие се включват и елементи, които за лекаря не са задължително от първостепенно значение. Такива са равнището на достъп, времето за чакане, липсата на обратна връзка, разбираема информация за собственото състояние, вежливото отношение и пр. В този смисъл спазването на правилата за добра медицинска практика от страна на лекаря като гаранция за качеството на медицинската услуга се оказва недостатъчно за субективното впечатление на пациента от системата като цяло.

С въвеждането на здравноосигурителния модел в България през 2000 г. качеството на медицинските услуги не се подобри - или поне не на нивото на очакванията на гражданите. Самият процес на изграждане на новата система срещна различни форми на съпротива както от страна на населението, така и от самите изпълнители на медицински услуги поради различни причини.

Като цяло това беше липсата на изградено съзнание за солидарност през годините на тоталитарно управление, или т. нар. модел "Семашко", при който личната ангажираност на потребителя при ползване на медицинска помощ е сведена до минимум поради безплатния характер на системата и теоретично пълния достъп до всички нейни нива.

От друга страна, една немалка част от професионалистите не схванаха обвързаността на новата система с тяхната собствена професионална изява и етика, що се отнася до новоизградената институция. Така с годините примерите за "източване" на касата ставаха все повече и по-изобретателни.

Към това трябва да се прибави и задълбочаващата се тенденция добрата медицинска практика да се обвързва единствено със заплащането, а не с принципите на професията, което създава напрежение между лекаря и пациента. Случаите, при които и тази добра медицинска практика не е налице като възможно оправдание за извършените плащания, пък превръщат това напрежение в открита неприязън и отчаяние от страна на потребителя.

Всичко това доведе до прогресивно снижаване на мотивацията на все повече граждани за солидарно участие чрез редовно внасяне на здравноосигурителни вноски. Може да се каже, че естествената солидарност на хората през този период (която направи възможно и въвеждането на модела) беше сериозно

компрометирана от описаните недостатъци, които се задълбочават все повече. Ето защо въвеждането на още по-висока вноска ще има по презумпция обратен ефект върху мотивацията за солидарно участие.

**• Достоверност и качество на информацията за здравното осигуряване**

Внимание заслужават и данните за избор на личен лекар. Прегледът на информацията от отчетите на НЗОК показва, че според данните на касата броят на гражданите, избрали личен лекар (отчитани като задължително здравноосигурени лица), през някои години е по-голям от статистическите данни на НСИ за броя население на страната - Таблица 21.

**Общ брой население и подадени задължително здравноосигурени лица в НЗОК**

Таблица 21

Година	Население по официални данни на НСИ	Подадени задължително здравноосигурени лица в НЗОК
2003	7,801,273	7,745,170
2004	7,761,049	7,783,382
2005	7,718,750	7,699,124
2006	7,679,290	7,662,552
2007	7,640,238	7,626,011
2008	7,626,750	7,615,032

**Източник:** 1. Данни от НСИ 2003-2007 година; 2. Данни в НЗОК 2003-2008 година

Малко вероятно е всички български граждани да са избрали личен лекар при официални данни на НЗОК за около един милион здравно неосигурени.

В допълнение, ако се позовем на информацията от социологическо проучване на здравнонеосигурени лица в България, проведено през 2007 година от Институт "Отворено общество" – София, поместено в настоящата публикация, 38.2% от здравнонеосигурените лица в градовете (или 378 547 души за 2007 г.) не са избрали личен лекар.

**Ако към броя на задължително осигурените лица добавим броя на неосигурените, то броят на населението на страната превишава осем милиона и значително се отклонява от официалните данни на НСИ за населението.**

Освен това не е известно има ли лица, които си плащат редовно здравноосигурителните вноски и не са избирали личен лекар.

Разликите между броя граждани, избрали личен лекар, и броя на населението могат да бъдат обяснени с „избор на личен лекар“ при стартиране на системата от „самия лекар“ и с дублиране на пациенти след това.

Системата за избор и смяна на личен лекар се нуждае от усъвършенстване и контрол в реално време от НЗОК и нейните районни подразделения, за да не се допуска дублиране на пациенти.

Начинът на представяне на разходите в отчетите на НЗОК не позволява да се направят изводи за ефективността на разходваните средства, което директно оказва негативно влияние на възможностите за управление и контрол на системата. В годишните отчети на НЗОК липсват пълни данни за дейностите, които са извършили изпълнителите на медицинска помощ:

- Общопрактикуващите лекари получават заплащане на база брой записани пациенти, поради което те не отчитат извършените прегледи с изключение на профилактични и диспансерни прегледи, за които получават допълнително възнаграждение.
- Извънболничната медицинска дейност липсва изцяло в националната статистика от 1998 г. до момента. Не се изисква от специалистите от извънболничната помощ да предоставят данни за своята дейност, предназначени за националната статистика. Това се дължи на лоша управленска практика и липса изрично законово изискване
- Разходите за болнична помощ е трудно да бъдат сравнени с предишни периоди, що се отнася до съпоставяне по нозологични<sup>43</sup> единици и класове болести, тъй като те се отчитат по клинични пътеки, което ги прави несъпоставими. Причината за това е, че не всички клинични пътеки са по диагнози, а представляват по-скоро алгоритми за дейности, свързани с дадена диагноза или дори медицински проблем.

Обществената дискусия в областта на здравеопазването през последните години е фиксирана преди всичко върху недостига на финансови средства. Самата здравна система не полага достатъчно усилия да убеди общественото мнение с неоспорими доказателства за необходимостта от по-голям финансов ресурс, след като десет години не успя да изгради интегрирана информационна система на НЗОК, не събира и не предоставя статистически данни за видовете и обема медицинска дейност, които се финансират както с обществени, така и с лични средства на гражданите.

Остава впечатлението, че здравеопазването само „получава“ средства, без да дава нито качество на услугите, нито дори достоверна информация за какво се изразходват средствата. Едно от големите предимства на здравнооси-

<sup>43</sup> Нозологична единица - наименование на заболяване (диагноза).

гурителните системи е информационната осигуреност, която позволява проследяване на движението на финансовите потоци „след пациента“. В нашата здравноосигурителна система първите пет години половината население не заплаща осигурителни вноски, но консумира медицинска помощ и десет години страната не разполага с интегрирана информационна система, позволяваща точно отчитане на извършените здравни услуги от изпълнителите на медицинска помощ и стриктен контрол върху разходите.

### **Здравното осигуряване – основни изводи**

Смяната на данъчния с осигурителен модел на финансиране на здравеопазването беше решение, мотивирано по-скоро с отрицание на предишната система, отколкото с търсене на възможности за подобряване ефективността на здравната система. Въвеждането на здравното осигуряване беше издигнато от средство на реформата в нейна цел. Подменените цели доведоха до надценяване на смяната на модела на финансиране и възложиха на него автоматичното решаване на всички проблеми на системата и на общественото здраве.

Самата **смяна на модела** на финансиране завари и обществото, и здравната система еднакво неподготвени за резултата от извършените промени. Пациентите очакваха да получат много повече и по-качествени здравни грижи, а лекарите виждаха в новия финансов механизъм панацея за решаване на собствените си финансови проблеми и на финансовите предизвикателства пред здравеопазването. Днес „ефективността“ от сменения модел на финансиране се измерва в повече инвестирани обществени средства за неизвестно количество здравни услуги с незадоволително качество. Смяната на данъчния с осигурителен модел на финансиране без предварителна подготовка на здравната система и на обществото създаде нови проблеми и не реши съществуващите.

Практически наложеният модел за възникване на права за здравно осигуряване през първите няколко години - избор на личен лекар вместо внасяне на здравни вноски, не отговаря на основополагащи принципи за социално осигуряване. Заедно с това липсата на информационна система, която динамично да отразява осигурителния статус на всеки български гражданин, води до невъзможност да се определи размерът на натрупаните през годините задължения към НЗОК.

**Темповете на нарастване на разходите** за здравеопазване изпреварват темповете на нарастване на БВП. Това показва, че обществото не може да задели много повече средства за здравеопазване и проблемът за тяхното ефективно разходване става още по-актуален.

**Цената на здравеопазването** през годините нараства, като финансовата тежест се измества не към обществените средства, както е в развитите европейски страни, а към домакинствата. Това налага цялостна преоценка на здравноосигурителния модел и на данъчната формула с цел увеличаване размера на



обществените средства за здравеопазване и ограничаване размера на индивидуалните плащания.

Остойностяването на **основния пакет медицински дейности** по задължителното здравно осигуряване не се основава на актюерски разчети за оценка степента на риск. В националната статистика липсват или са силно деформирани данните за видовете и обема дейности, финансирани чрез НЗОК, които са основата за изчисляване степента на риска при здравното осигуряване. Задължителното здравно осигуряване на практика не управлява, а разпределя средства, утвърдени от парламента по отделните направления на основния пакет здравни услуги. Това разминаване с философията на здравното осигуряване не позволява да се правят изводи за действително необходимите средства, с които може да се гарантира основният пакет здравни услуги.

Избраните **методи за ограничаване на разходите** по задължителното здравно осигуряване в извънболничната помощ не отчитат реалните потребности на населението от медицинска помощ и ограничават достъпа до това ниво на здравеопазването. Ограниченията в извънболничната помощ водят до увеличаване на търсене на директен достъп до болниците и са една от причините за нарастващия брой хоспитализации. По този начин мерките за ограничаване разходите за специализирана извънболнична помощ и диагностика се превръщат в стимул за увеличаване на разходите в най-скъпата медицинска помощ – болничната.

Лимитираният достъп на пациентите до специалисти в извънболничната помощ чрез регулативните стандарти, които се определят от НЗОК и които на практика възпрепятстват достъпа до лекар специалист, наред с ниското качество на медицинската услуга, наличието на регламентирани и корупционни доплащания за ползване на здравеопазване, усещането за лошо отношение към пациента са фактори, влияещи на мотивацията за участие в системата за здравно осигуряване.

**Клиничните пътеки, във вида в който се използват от НЗОК, не са надежден метод за финансиране на болнична помощ и не могат да бъдат критерии за определяне на работни заплати.** Освен това те са силно деформирани като цени и водят до немотивирани хоспитализации във високоплатените клинични пътеки, до невярна статистика за лекуваните заболявания в болнични условия и до неефективно разходване на обществени средства.

За здравноосигурените лица, които по данни от социологическото проучване се самоопределят като такива с високи доходи, е необходимо да се знае дали са платили данъци за посочените доходи. Очевидно в страната съществуват сериозни проблеми при събирането на данъците (здравното осигуряване е косвен данък), след като е възможно лица с високи доходи да не заплащат здравно осигуряване. НАП, която разполага с поименните списъци на здравноосигурените лица, трябва да изгради капацитет за събиране на здравноосигурителните вноски за всички лица с доходи. В тези случаи съществува и законов



дефицит на санкции. ЗЗО предвижда санкции за работодател, който не заплаща здравноосигурителни вноски, в размер на 1000 до 2000 лв., при повторно нарушение – от 2000 до 4000 лв., а за самоосигуряващите се лица глобата е от 50 до 100 лв. и при повторно нарушение – от 100 до 300 лв.

Здравните реформи в развитите страни имат **една ключова дума – “пациент”**. За съжаление в реформата на българското здравеопазване общественият интерес бе подменен с множеството второстепенни инструментални думи – “модели”, “ресурси”, “пазар”, “маркетинг”, “структурна реформа” и др. Този подход неминуемо води до криза в достъпа на гражданите до здравни грижи, което обезсмисля всяка реформа. Нерегламентираните плащания в здравната система, предмет на поредица от социологически проучвания, прибавени към обществените разходи за здравеопазване, формират европейски здравен бюджет за българското здравеопазване с тази разлика, че голяма част от него не влиза в здравната система за нейната модернизация и развитие. Нашето здравеопазване днес е по-малко солидарна, по-малко справедлива и по-труднодостъпна система за българските граждани в сравнение със здравеопазването преди началото на реформите. Причина за това не е смененият модел на финансиране на системата, а начинът, по който той беше въведен, свръхочакванията, с които беше натоварен, и отказът да се анализират и предложат за решаване и много други проблеми на здравеопазването освен финансовия – проблеми на структурата, организацията и управлението на макро- и микроравнище.

Провежданата здравна политика в България, съпоставена със заключенията на Съвета на ЕС от 2006 година и с тенденциите на развитие на здравните системи в западноевропейските страни, изисква да бъде поставен въпросът здравната реформа доближава ли ни до модела на здравеопазване в “държавите на благоденствието”, или следва диктата на глобалния пазар. Отговорът на този въпрос е сериозно предизвикателство пред политиките. Макар че дебатът „за” или „против” изработване на общоевропейски регламент относно здравните услуги е незавършен, пределно ясно е, че Европа няма да се откаже от общоприетите ценности в развитието на своите системи за здравеопазване.

Обсъждането и решаването само на проблемите на здравноосигурителната система без решаване на многобройните други проблеми на здравеопазването с нищо няма да доведат до подобряване ефективността на системата и качеството на здравните грижи. Страната ни като член на Европейския съюз е задължена да се доближава до европейските стандарти на здравно обслужване, в противен случай здравната ни система остава извън Европа. По този въпрос е необходим политически консенсус и надмогване на всякакви корпоративни интереси за „реформиране” на системата в обратен на европейския път на развитие.

## V. ДОСТЪП ДО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ НА ЗДРАВНОЕОСИГУРЕНИТЕ

Дотук накратко бяха представени системата за здравно осигуряване, финансов прочит на нейното функциониране и степента на гарантиране интересите на здравноосигурените.

Макар и задължително, здравното осигуряване оставя извън своя обхват част от населението на страната, която по данни на НЗОК е около един милион души през 2007 г.

Следва представяне на официалните данни, с които системата разполага за здравноосигурените, и преглед на основните социални политики, които държавата предприема в тяхна подкрепа.

### Граждани с нередовен здравноосигурителен статус

След осъществяването на комплекса от дейности от страна на НЗОК, описани при представянето на проблемите, свързани със събираемостта на здравноосигурителните вноски, включващи също и широки разяснителни мероприятия и преустановяване оказването на медицинска помощ на лица с нарушен здравноосигурителен статус, цитираните по-горе законодателни промени от 2004 г. досега (ноември 2008 г.), през последните години се наблюдава спад на общия брой на неосигурените лица.

Към 2007 г. е достигнат „критичен“ брой от около 1 000 000 здравноосигурени лица, който се задържа постоянно. На Таблица 22 е отразена динамиката в броя на здравноосигурените лица до края на 2008 година.

### Състояние на здравната осигуреност на населението

Таблица 22

Година	2003 (септември)		2004		2005		2006		2007		2008	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	брой	%
Подадени ЗЗОЛ (задължително здравноосигурени лица)	7,745,170		7,783,382		7,699,124		7,662,552		7,626,011		7,615,032	
Всичко неосигурени, в т. ч.:	2,452,445	31.7	2,280,316	29.3	1,094,072	14.2	1,043,305	13.6	990,961	13.0	965,023	12.7

Година	2003 (септември)		2004		2005		2006		2007		2008	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	брой	%
• С прекъснати права	2,086,265	26.9	1,976,802	25.4	936,946	12.2	926,269	12.1	897,743	11.8	884,646	11.6
• Ненамерени в ПР на НОИ*	366,180	4.7	303,514	3.9	157,126	2.0	117,036	1.5	93,218	1.2	80,377	1.1
Неосигурени в активна възраст, в т. ч.:	2,442,356	31.5	2,270,018	29.2	1,089,193	14.1	1,033,398	13.5	960,469	12.6	959,809	12.6
• С прекъснати права	2,080,283	26.9	1,970,323	25.3	933,568	12.1	917,796	12.0	868,700	11.4	880,996	11.6
• Ненамерени в ПР на НОИ	362,073	4.7	299,695	3.9	155,625	2.0	115,602	1.5	91,769	1.2	78,813	1.0

**Забележка:** \* ПР - персонален регистър.

**Източник:** Данни в НЗОК (2003-2008)

По данни на НОИ в групата на здравнонеосигурените се обособяват няколко „проблемни подгрупи“, включващи:

- ✓ земеделски производители с ниски доходи;
- ✓ самоосигуряващи се лица;
- ✓ студенти у нас и в чужбина;
- ✓ работници и служители, наети от работодател без трудов договор, на които не се изплащат осигуровки;
- ✓ продължително отсъстващи от страната български граждани;
- ✓ лишени от свобода, чиито вноски се изплащат от републиканския бюджет, но поради задължения за минали периоди те са с нередовен здравноосигурителен статус.

След приемане на последните промени в Закона за здравното осигуряване през 2008 г., с които се освобождават от задължения за минали периоди живеещите в чужбина български граждани, броят на здравнонеосигурените лица се очакваше да намалее, но последните данни не потвърждават тези очаквания.

Видимото намаляване на лицата, които са извън системата за здравно осигуряване, през последните години не би трябвало да е основание за отслабване на вниманието относно наблюдението на причините за съществуването на

такива лица, определянето на най-верните подходи за тяхното приобщаване и за осигуряването на достъпна и качествена медицинска помощ на тези, които са с временно прекъснати здравноосигурителни права.

Анализът по установяване редовността на здравноосигурителния статус на населението в страната, направен от НЗОК 2002-2003 г. при опитите за координиране действията на държавните институции за подобряване събираемостта на здравноосигурителните вноски, определя основните причини за нарушаване на здравноосигурителните права и неизплащане на здравноосигурителни вноски за периода от стартирането на системата досега. Тези причини в различни периоди и случаи действат в различни комбинации и могат да се обособят в следните групи:

1. Нестабилно икономическо състояние на фирмите и предприятията, генериращо висока безработица.

2. Неизпълнението на задълженията по социално и здравно осигуряване от страна на работодателите и ведомствата – неплащане на трудови възнаграждения и съответно на осигуровки.

3. Неподаване на декларация в НОИ за лицата, за които се плащат осигуровки.

4. Отпадане на възможността за осигуряване на неосигурени на друго основание членове на семействата.

5. Непълноти и грешки в информационната система на НАП/НОИ и НЗОК, липса на идентификационен документ (карта), удостоверяващ здравноосигурителния статус (продължава да действа механизмът на синхронизация между НЗОК и НАП).

6. Редът за ежемесечно внасяне на вноските, затрудняващ лицата с неритмични и сезонни доходи.

7. Усложнени бюрократични процедури при изясняване на задълженията на работодатели и граждани в същите периоди.

8. Ниската осигурителна култура сред населението.

9. Наличието на маргинализирани се от обществото групи от населението, повечето от които нямат постоянен адрес.

10. Наличието на голям брой живеещи в чужбина български граждани, които не познават задълженията си по Закона за здравното осигуряване.

11. Слабости в системата за социално подпомагане по отношение на лицата с ниски и неритмични доходи.

### **Система за социална защита на лица в неравностойно положение относно здравното им осигуряване**

Три са основните мерки, с които държавата осигурява социална защита на лица в неравностойно положение по отношение на достъпа им до здравео-

пазване – покриване на здравното осигуряване на лица в неравностойно положение, изплащане на целева помощ за оказана болнична медицинска помощ и предоставяне на акушерска помощ за здравнонеосигурени жени.

С промените в Закона за здравното осигуряване, считано от 01.01.2003 г. Агенцията за социално подпомагане чрез териториалните си поделения превежда суми за **здравно осигуряване на лица в неравностойно социално положение**, които нямат или са с прекъснати здравноосигурителни права.

Съгласно чл. 40, ал. 3, т. 5 и т. 9 от Закона за здравното осигуряване за сметка на републиканския бюджет, ако не са осигурени на друго основание, се осигуряват чрез дирекциите "Социално подпомагане" по постоянен адрес лицата, които:

- отговарят на условията за получаване на месечни социални помощи и целеви помощи за отопление по реда на Закона за социално подпомагане, ако не са осигурени на друго основание, както и настанените в специализирани институции за социални услуги;
- родителите, осиновителите или съпрузите, които полагат грижи за инвалиди със загубена работоспособност над 90 на сто, които постоянно се нуждаят от чужда помощ.

Дирекциите "Социално подпомагане" ежемесечно изготвят и предоставят на териториалните поделения на Националната агенция за приходите списъци на лицата, които получават месечни социални помощи по чл. 9 от Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане, целеви помощи за отопление, на лицата, настанени в специализирани институции за социални услуги, които не се осигуряват, и на родителите, осиновителите или съпрузите, които полагат постоянни грижи за лица със загубена работоспособност над 90% с определена чужда помощ.

По данни на Агенцията за социално подпомагане (Таблица 23) чрез дирекциите "Социално подпомагане" за 2008 г. средномесечният брой на здравноосигурените лица е 86 108 души и съответно изплатена сума в размер на 7 434 894 лв., за 2007 г. – 133 250 лица и изплатена сума 10 369 580 лв.

В сравнение с 2007 г. средномесечният брой на здравноосигурените лица чрез дирекциите "Социално подпомагане" е намалял с 47 142 лица, което представлява намаление с 35.3%. Намалението по данни на агенцията се дължи основно на осигурената заетост на лицата в трудоспособна възраст, подпомагани с месечни социални помощи и целеви помощи за отопление.

Правото да получават целева помощ за заплащане стойността на оказаната болнична медицинска помощ за диагностика и лечение в лечебните заведения (ПМС №17 от 31.01.2007 г.) имат български граждани, които отговарят на всички изброени условия:

- не са здравноосигурени при условията и по реда на Закона за здравното осигуряване;
- нямат доходи;
- нямат вземания, влогове, дялови участия и ценни книжа, чиято обща стойност да надхвърля 500 лв.;
- не притежават движима и недвижима собственост, която може да бъде източник на доходи, с изключение на вещите, които служат за обичайно потребление на лицето;
- нямат сключен договор за предоставяне на собственост срещу задължение за издръжка и/или гледане;
- не са прехвърляли жилищен или вилен имот и/или идеални части от тях срещу заплащане през последните 5 години;
- не са прехвърляли чрез договор за дарение собствеността върху жилищен или вилен имот и/или идеални части от тях през последните 5 години;
- не са пътували зад граница на собствени разноски през последните 12 месеца с изключение на случаите за лечение на заболяване.

**Здравно осигуряване и целеви помощи за лица с прекъснати здравноосигурителни права от Агенцията за социално подпомагане**

Таблица 23

Показател	Здравно осигуряване		Целеви помощи за лица без здравноосигурителни права	
	Средномесечен брой	Сума	Брой	Сума
2005	195 640	15 286 724		
2006	165 228	13 083 986	2245	879 060
2007	133 250	10 369 580	1359	590 916
2008	86 108	7 434 894	421	217 949

**Източник:** Агенция за социално подпомагане

За 2008 г. на Агенцията за социално подпомагане бяха предоставени 5 млн. лв. целеви средства за диагностика и лечение в лечебни заведения за болнична помощ на български граждани, които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигурява лично участие в здравноосигурителния процес (ПМС №17/31.01.2007 г.).

През 2008 г. чрез дирекциите „Социално подпомагане“ на територията на цялата страна са приети 692 молби-декларации, одобрени и изплатени са

средства за лечението на 421 лица. На лечебните заведения за болнична помощ са преведени 217 949 лв. за оказаната медицинска помощ. Отказана е целева помощ на 271 лица - 39.1%.

За 2007 г. по бюджета на Агенцията за социално подпомагане са осигурени 5 млн. лв. за заплащане на болнична помощ, постъпили са 2171 молби-декларации, одобрени са 1359. За оказана медицинска помощ на лечебните заведения за болнична помощ са преведени 590 916 лв. Отказана е целева помощ на 812 лица, което представлява 37.4% от кандидатстващите за отпускане на целеви средства по ПМС №17 от 31.01.2007 г.

За 2006 г. по реда на §91 от Закона за бюджета на Република България на Агенцията за социално подпомагане бяха предоставени 5 млн. лв. Условието и редът за предоставяне на целевите средства бяха разписани с ПМС №13 от 30.01.2006 г. През същата 2006 г. по постановлението са приети 4498 молби-декларации, одобрени са 2245 (49.9%). На лечебните заведения за болнична помощ са преведени 879 060 лв. за оказана медицинска помощ. Отказана е целева помощ на 2253 лица – 50%.

Значителното намаление на натуралните и стойностните показатели през 2008 г. на целевите помощи се дължи на това, че с влязлата с обратна сила от 01.01.2007 г. Наредба №26 от 14.06. 2007 г. на МЗ средствата за предоставяне на акушерска помощ на здравнонеосигурени жени са за сметка на републиканския бюджет.

Въз основа на анализа на постъпилите молби-декларации за изплащане на целеви средства по постановлението (ПМС №17 от 31.01.2007 г.) могат да бъдат очертани няколко основни категории лица с прекратени здравноосигурителни права:

- Лица, които не отговарят на условията, не са обект на социално подпомагане и не се осигуряват за сметка на републиканския бюджет по реда на чл. 40, ал. 2, т. 5 и т. 9 от Закона за здравното осигуряване.
- Лица, които от няколко месеца са в обхвата на системата за социално подпомагане, но тъй като не са заплащали здравноосигурителни вноски за минал период, нямат право на безплатна медицинска помощ.
- Лица, които въпреки наличието на доход (от наеми на недвижими имоти, извършвана сезонна работа, доходи от дейности в селското стопанство, доходи от животновъдство и др.) не внасят здравноосигурителни вноски.

В тези случаи не се отпускат средства по постановлението.

Основните причини за отказите на подадените молби-декларации са:

- пътуване на лицата в чужбина през последните 12 месеца на собствени разноски;

- наличие на доходи;
- продажба на имот през последните 5 г.

Предоставянето на **акушерска помощ на здравнонеосигурени жени** се извършва по силата на наредба на Министерството на здравеопазването – Наредба №26 от 14.06.2007 г. Обхватът на медицинските услуги, свързани с акушерската помощ на здравнонеосигурени жени, включва услугите, посочени в клиничната пътека №141 "Раждане независимо от срока на бременността, прегледането на плода и начина на родоразрешение". Наредбата влиза в сила, считано от 01.01.2007 г., като дейностите по тази клинична пътека за здравнонеосигурените жени се финансират от републиканския бюджет чрез НЗОК. Наредбата не осигурява средства за наблюдение на бременността.

От направените анализи на отчетните данни за изминалия период се очертава, че повече от половината от одобрените молби-декларации за целеви помощи са за заплащане на болничната помощ по клиничната пътека за раждане на деца.

**От предоставените данни е видно, че системата за социална защита на лица в неравностойно социално положение относно здравното им осигуряване в трите основни направления, в които действа, не покрива нуждите от медицинска помощ на отделните групи.**

Според социологическо проучване, данни от което са поместени в настоящата публикация<sup>44</sup>, 57.7% от здравнонеосигурените лица посочват като причина да не са здравноосигурени безработицата, а 12.9%, – финансови затруднения. Тези лица не покриват критериите за получаване на месечни социални помощи и целеви помощи за отопление, за да бъдат здравноосигурени от Републиканския бюджет.

Тази група здравнонеосигурени може да разчита да попадне в следващите две социални мрежи – ПМС №17 от 31.01.2007 г., на основание на което се отпуска целеви помощи за болнично лечение, или Наредба №26 от 14.06.2007 г. на МЗ за предоставяне на акушерска помощ на здравнонеосигурени жени. За да попаднат здравнонеосигурените лица под защитата на ПМС №17, те трябва да отговорят на нови изисквания, посочени в постановлението. От справка на Агенцията за социално подпомагане е видно, че на 50% през 2006 г., на 37.4% - през 2007г. и на 39,1% от подадите молби за целева помощ за болнично лечение през 2008 г. такава е отказана поради прилагане на горните критерии.

**Това означава, че тези хора са лишени дори от болнична помощ, която се налага при наличие на сериозни заболявания. Здравнонеосигурените лица от групите, които се определят като безработни и затруднени финансово,**

<sup>44</sup> Виж Здравнонеосигурените - профил и причини.



**практически са лишени от достъп до всички нива на извънболничната медицинска помощ с изключение на спешната медицинска помощ.**

Изграждането на системата за социална защита на лица в неравностойно социално положение трябва да изхожда от разпоредбите на конституцията, които утвърждават здравното осигуряване като право, а не като задължение на българските граждани. Поради това за здравното осигуряване на тези граждани са неприложими критериите за получаване на месечни социални помощи и целеви помощи за отопление по реда на Закона за социално подпомагане.

Въпросът за здравното осигуряване на социално слабите лица е задължение на държавата и тя трябва да намери адекватното му решение, и то не като социално подпомагане при нужда от медицинска помощ, а като здравно осигуряване за покриване на риск от заболяване. Необходимо е да се изгради самостоятелна система за здравно осигуряване на тези граждани, която отчита наличието на реални доходи, позволяващи редовно заплащане на здравноосигурителни вноски и осигурява гъвкави механизми за бързо включване в системата, когато лицето не е в състояние да заплаща здравни вноски. Всяка бюрокралично усложнена процедура за включване в осигурителната система крие риск за лишаване от достъп до медицинска помощ.

Групата на земеделските производители, които не заплащат здравноосигурителни вноски, заслужава специално внимание. Тази група не е обхваната в проведеното социологическо проучване, поместено в тази публикация, но в нейния състав вероятно влизат лица с доходи и такива без доходи. Разнородният състав на земеделските производители налага да се потърсят механизми за конкретизиране социалния статус на отделните лица. Една възможност за плащане на здравноосигурителни вноски е обвързването им с ползването на субсидии от държавата или от други източници.

Системата за защита на лица в неравностойно социално положение превръща спешната медицинска помощ в единствената достъпна здравна помощ за немалка част от тези уязвими групи граждани. Необходимо е цялостно преразглеждане на системата за здравно осигуряване при тези лица, съобразено с разпоредбите на конституцията.

## **VI. ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА, НЕОСИГУРЕНИТЕ И МАКРОРАЗВИТИЯТА**

### **Политически аспекти на реформата**

През последните години има сблъсък между две групи – здравното съсловие, което постоянно настоява за по-голямо финансиране за здравеопазването, и реформаторската част от правителството, която настоява, че не може да се предоставят повече средства без реформи в системата, които да увеличат ефективността ѝ. През 2008 се стигна до някакъв вид сближаване на тези две гледни точки - управляващата коалиция реши да започне демонополизация на НЗОК и едновременно да увеличи здравните вноски с 2 процентни пункта. По този начин се постигаха и двете цели – повече средства, но и реформиране на системата.

Смяната на министъра на здравеопазването (2008) и спорове относно начина на функциониране на здравната система след демонополизацията обаче забавиха реформата и тя така и не се реализира. Здравната вноска за 2009 беше увеличена, но беше решено допълнителните средства да се натрупват временно в резерв, докато реформата тръгне. В крайна сметка беше направена първа крачка, но дали тя ще бъде продължена, е трудно да се каже – всичко ще зависи от политиката на новото правителство, избрано през 2009 година.

Трябва да се има предвид, че в среда на икономическа несигурност и бюджетни проблеми вероятно новото правителство ще има други приоритети, несвързани със здравната реформа. В допълнение първите 3-6 месеца правителството ще навлиза в проблемите на управлението и няма да може да започне големи реформи. В този смисъл едва ли може да се очакват никакви развития в областта на здравната реформа преди 2010 година. Дори и тогава реформи могат да бъдат започнати само при достатъчно силен натиск в тази посока – от страна на системата, пациентите и гражданския сектор.

### **Резервът в БНБ**

Заради забавянето на здравната реформа и липсата на регламент за постъпване на увеличението от 2% на вноската в частни здравни фондове тези средства остават в резерв. Според Закона за бюджета на НЗОК за 2009 година това представлява около 400 милиона лева излишък по бюджета на касата.

Тук трябва да се имат предвид два аспекта:

#### **1. Макробюджетен**

Излишъкът в бюджета на НЗОК е част от общия излишък в консолидирания държавен бюджет, който трябва да бъде постигнат през 2009 година. Ако

беше решено излишъкът на НЗОК да бъде похарчен, то тогава други бюджетни разходи трябваше да бъдат намалени, за да се достигне целта за излишъка. Т.е. макар на пръв поглед да изглежда лесно тези средства да се вземат от резерва и да се похарчат за здравеопазване, в крайна сметка това може да се случи единствено ако се намалят други разходи в консолидирания държавен бюджет.

## 2. Кризисен

400 милиона лева излишък на НЗОК е планиран при допускане за 4.7% икономически растеж за 2009 година, 5.4% инфлация и съответният ръст на приходите в държавния бюджет<sup>45</sup>. Към март 2009 нито икономическият растеж, нито инфлацията изглеждат изпълними – т.е. излишъкът в бюджета на НЗОК е в голяма степен „виртуален“.

Имайки това предвид, ще е трудно да се осигурят допълнителни приходи за здравеопазване през 2009 г. Първо, едва ли ще има други сектори на публичния сектор, които да са готови да приемат намаление на разходите, което да се насочи към здравеопазването, и второ, едва ли и планираните приходи ще се реализират. Няма да има „лесни решения“ през 2009 година, точно обратното.

## Кризата и бюджетът за здравеопазване

През последните години държавният бюджет отчиташе преизпълнение на приходите – и съответно значителни нива на бюджетни излишъци. Те позволяваха на здравната каса и болниците да не спазват твърда бюджетна дисциплина, тъй като в края на годината правителството имаше ресурс да покрие допълнителните им разходи, над гласуваното от парламента. През 2009 година ситуацията изглежда ще е доста по-различна.

През 2009 година в резултат на кризата правителството, изглежда, че не само няма да има допълнителни ресурси, за да покрива разходи над гласуваните от парламента, но точно обратното – най-вероятно няма да има средства да покрие дори гласуваните от парламента разходи. Поради тази причина всички бюджетни разходи ще бъдат намалени, като е напълно възможно това да се случи и с разходите за здравеопазване. Вероятното намаляване на заетостта, липсата на ръст на доходите и възможното увеличаване на сивата икономика ще резултират и в по-ниски приходи за здравната каса. Т.е. не само не може да се очаква получаването на допълнителни средства, но може да се очаква неизпълнение дори на гласуваните.

Това се потвърждава от първите данни за 2009 година. Според официалните данни на Министерството на финансите за януари приходите на НЗОК са

<sup>45</sup> „Месечен бюлетин за изпълнението на бюджета, януари 2009“, Министерство на финансите, <http://minfin.bg/page/389>

се увеличили с над 21%<sup>46</sup>, което е далеч по-малко от планирания в резултат на увеличените осигуровки ръст от над 50%. Според данни на НЗОК, цитирани в медиите, същото развитие се забелязва и за първите два месеца на годината.

Липсващата бюджетна дисциплина в здравния сектор (както в държавните и общински лечебни заведения, така и в здравната каса) заедно със забавените реформи за повишаване на ефективността ще се върнат като бумеранг върху самата система. Пропускането на добрите години за икономиката за провеждане на здравни реформи означава, че кризисният период ще се отрази доста по-негативно, тъй като ще извади наяве проблеми, които досега са покривани с помощта на допълнителни бюджетни ресурси.

Би било добре, ако трудностите през 2009 година ускорят необходимите структурни и институционални реформи в системата, или поне подготовката за тях. Ако за пореден път необходимите мерки бъдат отложени, натрупването на неравновесия и дефицити ще се ускори, което представлява както макрориск, така и риск за качеството на услугите и достъпа до системата.

### Неосигурените и кризата

От средата до края на 2008 година броят на неосигурените лица е спаднал с около 32000 души, или около 3% от общия брой неосигурени. В голяма степен това се обяснява с увеличаването на заетостта и/или намаляването на сивата икономика в резултат на бързото икономическо развитие и данъчните реформи.

#### Данни за ЗЗОЛ - 2008 година

Таблица 24

Месец	Подадени ЗЗОЛ (брой)	Всичко неосигурени ЗЗОЛ		Всичко осигурени ЗЗОЛ	
		Брой	%	Брой	%
Юли	7 626 348	997 208	13.08%	6 629 140	86.92%
Декември	7 615 032	965 023	12.67%	6 650 009	87.33%

Източник: НЗОК

Тази тенденция най-вероятно ще спре в резултат на негативните ефекти от световната криза, макар и с известно закъснение във времето. На първо място заетостта няма да се увеличава, а безработицата ще расте. На второ място

<sup>46</sup> 100 млн. лв. по-малко вноски в здравната каса само за 2 месеца", в. «Съга», 23 март 2008. <http://www.segabg.com/online/new/articlenew.asp?issueid=3495&ionid=16&id=0000101>

стимулите за укриване на доходи от данъчно-осигурително облагане ще се увеличат при понижаване на икономическата активност. Безработните ще получат здравна осигуровка от държавата, но укриващите доход ще избягват да плащат осигуровки или по-голяма част от тях ще плащат върху минимален доход, за да спестят разходи.

Една част от неосигурените, които работят и живеят в чужбина, на практика не са неосигурени, а просто НЗОК няма данни, че те не живеят в страната (подобни данни липсват и в НСИ). Макар и да са освободени от плащане на вноски, много от тях не попълват необходимите документи, за да се възползват от това (възможно е и някои от тях да работят нелегално в чужбина).

Данните на НЗОК за българите, които са заминали в чужбина през 2008 г. и са подали декларация в НАП за спиране на осигуряването, показват, че няма значимо увеличение през 2008 година, въпреки че само за втората половина на годината около 9 хиляди българи са емигрирали от страната (според последните данни на Националния статистически институт). Това е показателно за липсата на актуалност и пълнота в данните, с които работи НЗОК.

### **Брой българи, заминали в чужбина и подали декларация в НАП**

Таблица 25

Година	Брой
към 31.12.2007 г.	43 737
към 31.12.2008 г.	43 757

**Източник:** Данните са от информационните масиви на дирекция „ИТД“ в НЗОК

Така броят на неосигурените е надценен, но не е ясно с колко. Обратно, ако част от тези живеещи в чужбина българи се завърнат в страната, това ще увеличи реално броя на неосигурените, без това да се отчете от статистиката.

Министерството на здравеопазването и НЗОК очевидно нямат институционален интерес да се интересуват защо много хора не са осигурени и да провежда политики за привличането им към системата. Разчита се, че след като осигуряването е задължително, то всички ще се включат, което не се случва.

В допълнение бюджетът на НЗОК се фиксира от парламента и при нужда касата получава допълнително финансиране, т.е. бюджетът на НЗОК не е толкова зависим от броя на осигурените, а най-вече зависи от политическо лобиране. Именно поради това НЗОК не инвестира усилия в насърчаване на осигуряването<sup>47</sup>. Дори обратното, колкото по-малко осигурени, толкова по-лесно касата ще

<sup>47</sup> Несъгласие с тази теза на автора бе изразена от рецензента доц. Делчева, която отбелязва, че НЗОК е инициатор на всички стъпки, които са правени в посока идентифициране на неосигурените лица и въздействие върху органите събиращи вноски за повишаване на събираемостта.

се „побере“ в гласувания ѝ от парламента бюджет. Не само касата няма стимули да насърчава осигуряването, но има стимули да го обезсърчава, защото общият ѝ бюджет малко се влияе от броя на осигурените, а разходите ѝ всъщност се намаляват, ако има по-малко осигурени. Би било добре да се инвестират усилия в промяна на стимулите на касата, така че тя да се интересува не само от осигурените, но и от неосигурените и защо те са неосигурени. Анализи на неосигурените би трябвало да правят и самото Министерство на здравеопазването, както и НАП, доколкото те влизат и в тяхната област на отговорности (министерството – заради отговорностите му за общественото здраве, а НАП – заради отговорността ѝ за приходите).

В допълнение държавните институции имат съвсем ясни отговорности по отношение на неосигурените, особено тези, които са бедни и социално слаби (които са и преобладаващата част от неосигурените). В ситуация на влошаване на икономиката тази отговорност е още по-необходимо да се поеме, доколкото и сивата икономика ще се свива, както и трансферите от чужбина. Идентифицирането и насочването на политиката към неосигурените става още по-важен приоритет.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Информационни източници

Борисов, В. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика, 2006 г.

Въведение в промоцията на здравето на работното място- Харта от Отава, СЗО, 1986 г., <http://hp-whp.ncphp.government.bg/uploads/files/101.pdf>.

Декларация от Алма Ата на СЗО, септември 1978 г. [http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health\\_Systems\\_declaration\\_almaata.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_declaration_almaata.pdf).

Доклад по Закона за държавния бюджет за 2009 г., Министерство на финансите

Европейска социална харта (ревизирана.Ратиф. от 38-о Народно събрание на 29.03.2000 г. - ДВ, бр. 30 от 11.04.2000 г. Изд.Министерство на труда и социалната политика, обн., ДВ, бр. 43 от 4.05.2000 г., в сила от 1.08.2000 г.

Закон за бюджета на НЗОК, 2002, 2007 г.

Закон за държавния бюджет 1999-2008

Закон за здравното осигуряване. изм. ДВ, бр. 59 от 20 юли 2007 г.

Здравеопазване. Статистически справочници, Национален център по здравна информация – София, 2000-2006 г.,

Крайни потребителски разходи на домакинствата, Национален статистически институт, годишно издание

Месечен бюлетин за изпълнението на бюджета, януари 2009, Министерство на финансите

Многоцелево проучване на домакинствата от 2007 г., Световна банка, Институт „Отворено общество“ – София, 2007

Мосиалос, Е., Томсън, С., Доброволното здравно осигуряване в ЕС - Дискусионен доклад №19, 2001

Национална здравноосигурителна каса. Годишен отчет, 1999-2008 г.

Неформални плащания в системата на здравеопазването, Институт «Отворено общество», 2008 г.

Стратегия за икономическо и социално обновление на Европа, обновена през 2005 г., Европейски съвет от Лисабон 2000 г. – [http://sf.mon.bg/lisabon\\_strategy.pdf](http://sf.mon.bg/lisabon_strategy.pdf).

Финансиране и управление на здравеопазването - теоритични основи, модели и тенденции - Отдел "Макроикономически анализи", Дирекция „Бюджет“ на МФ- 2004 год.

Alkire, Sabina (2007, October 31). *Choosing dimensions: the capabilities approach and multidimensional poverty*. Oxford: Chronic Poverty Research Centre, University of Oxford.

Bradshaw, Jonathan & John Holmes (2007, October). *Child Poverty in Bulgaria*. Sofia: The University of York, UNICEF. Докладът не е публикуван.

Nussbaum, M. (2000). *Women and Human Development. The Capabilities Approach*. Cambridge: Cambridge University Press. Liisa.

Phipps, Shelley (2003). *The Impact of Poverty on Health: A Scan of Research Literature*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

Sen, Amartya (1985). *Commodities and Capabilities*. Amsterdam: North-Holland.

Sen, Amartya (2004). *Capabilities, lists, and public reason: continuing the conversation*. *Feminist Economics*, 10(3), 77-80.

World Health Organization, *World Health Statistics*, 2008









**ЗДРАВНОНЕОСИГУРЕНИТЕ  
и здравното осигуряване  
в България**

Доклад

Институт “Отворено общество” София  
София 1000, ул. “Солунска” 56  
тел.: (02) 930 66 19, факс (02) 951 63 48  
<http://www.osi.bg>

Оформление и печат “Сеп-Инфома” ООД  
Тираж 500 бр., формат 70x100/16  
печатни коли 6,75  
тел.: (02) 872 74 96; e-mail: [sepa\\_infoma@abv.bg](mailto:sepa_infoma@abv.bg)

ISBN 978-954-9828-68-9

























