

---

**ANALYSIS OF CONDITION AND POSSIBILITIES FOR IMPROVING OF  
FINANCIAL MANAGEMENT OF HEALTHCARE IN BULGARIA**

---

**Stoyanka Petkova - Georgieva**University “Prof. Dr A. Zlatarov”, [s.p.petkova@gmail.com](mailto:s.p.petkova@gmail.com)**Yordanka Tasheva**University “Prof. Dr A. Zlatarov”, [jtasheva\\_2006@abv.bg](mailto:jtasheva_2006@abv.bg)

**Abstract:** Health is a public good as an economic category, which is why it has no value. The health services are valued because they have direct and indirect costs, which have a certain price. The health services market is the most "deformed" market, and so much effort is being made in Bulgaria to be more regulated. In doing so, the aspiration is to do this through precisely defined rules defined on a centralized principle.

The lack of a comprehensive conception of mastering the economic interests of the specific "market" of Bulgarian healthcare equally damages both doctors and patients. The former became traders, and the latter became "buyers" of health. This is happening at a time when Europe speaks of values on which every national health policy must be built: solidarity, accessibility of health services and protection of patients' rights.

**Keywords:** improving, management, healthcare, analysis

**АНАЛИЗ НА СЪСТОЯНИЕТО И ВЪЗМОЖНОСТИТЕ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА  
ФИНАНСОВОТО УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ****Стоянка Петкова - Георгиева**Университет „Проф. д-р А. Златаров”, [s.p.petkova@gmail.com](mailto:s.p.petkova@gmail.com)**Йорданка Ташева**Университет „Проф. д-р А. Златаров”, [jtasheva\\_2006@abv.bg](mailto:jtasheva_2006@abv.bg)

**Резюме:** Здравото е обществено благо като икономическа категория, поради което то няма цена. Остойностяват се здравните услуги, защото за тях има и преки, и непреки разходи, които имат определена цена. Пазарът на здравни услуги е най-силно „деформираният” пазар, поради което в България се полагат големи усилия той да бъде в по-висока степен регулиран. При това, стремежът е това да става чрез точно определени правила, определени на централизиран принцип.

Липсата на цялостна концепция за овладяване на икономическите интереси относно конкретно „пазара” на българското здравеопазване еднакво ошети и лекари, и пациенти. Първите се превърнаха в търговци, а вторите – в „купувачи” на здраве. Това се случва във време, когато Европа говори за ценности, върху които трябва да се изгражда всяка национална здравна политика: солидарност, достъпност на здравните услуги и защита правата на пациента.

**Ключови думи:** подобряване, управление, здравеопазване, анализ

**ВЪВЕДЕНИЕ**

При настоящия модел за финансиране на здравеопазването в България съществува неблагоприятна тенденция, при която всеки дефицит, формиран от дейността на публичните здравни фондове се покрива и е изцяло за сметка на населението. В същото време, обществото разчита да получава качествено обслужване и няма друг избор, освен изцяло да се довери на здравноосигурителната система и на процесите, които произтичат във финансирането на здравеопазването. Реформата в здравеопазването трябва да е подчинена на концепция и пакет от решения, насочени към ефективното управление и целево използване на целия финансов ресурс, който влиза в системата на здравеопазването, за да се осигури равен достъп и качествено обслужване на всички лица.

**ИЗЛОЖЕНИЕ**

Въз основа на извършения сравнителен анализ на здравеопазването в света могат да бъдат изведени следните добри практики за осигуряване на устойчив модел на финансиране на здравноосигурителната система в България:

- ✓ определяне и докладване на стратегическите приоритети;

- ✓ оптимизирана териториалната структура;
- ✓ система за заплащане на услугите на общо практикуващите лекари (ОПЛ);
- ✓ ДСГ система за заплащане на болниците;
- ✓ системи за оценка на качеството;
- ✓ електронно здравеопазване;

Усъвършенстването на финансовия модел на здравеопазването в България следва да бъде предмет на задълбочен анализ и консенсус върху необходимите стъпки за това. Безспорно обаче той трябва да се основава на следните опорни точки:

- ✓ Централно място на пациента в системата;
- ✓ Балансиране интересите на всички участници в системата;
- ✓ Премахване на практиката на нерегламентирани плащания;
- ✓ Ясно регламентирани обхвата на основния пакет, заплащан от НЗОК;
- ✓ Оптимален баланс между държавния и частен сектор в здравеопазването и здравното осигуряване, при регламентирани обхвата на дейността на доброволните фондове;
- ✓ Ясно регламентирана система за участие на пациента при споделяне на разходите за заплащане на медицинските услуги.

Съзнавайки, че на настоящия етап на развитие България не е подготвена за въвеждане на класически модел на регулирана конкуренция в задължителното здравно осигуряване и отчитайки отсъствието на стабилен, конкурентен и ефективен пазар на доброволно здравно осигуряване, в краткосрочен план е необходимо усъвършенстване на съществуващия модел чрез реализиране на редица мерки за формиране на ясно дефиниран основен пакет от здравни услуги в комбинация със система за споделяне на разходите в рамките на този пакет. Всеки пациент може да избере да доплаща кеш получените здравни услуги или да се осигури допълнително в частните здравно-осигурителни фондове. Целта на тази мярка е да се развие здравноосигурителния пазар, което да бъде като преходен етап преди допускането на частните фондове и на пазара на задължителното здравно осигуряване. Предимствата от въвеждането на регламентирана система за споделяне на разходите се състоят в увеличаване на прозрачността, осигуряването на допълнителен ресурс в здравната система, увеличаване на възможностите за избор в зависимост от комбинацията цена-качество, подобряване на контрола, повишаване на заплащането на медицинския персонал. В последните години сме свидетели на повишена чувствителност на българите към проблемите в здравеопазването. И, ако до скоро, тяхното недоволство беше насочено основно към медицинските специалисти и качеството на предоставяните от тях услуги, то напоследък е очевидна тенденцията да се търсят истинските причини за лошото състояние на сектора. Субективното усещане на повечето хора, сблъскали се със здравната система в България, е за безпорядък, неяснота относно покриваните от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) процедури, затруднен достъп до специалисти, поради ограничените ресурси за доболнична помощ, лоши санитарно-битови условия в болниците, остаряла и неработеща апаратура. Анализът показва, че това субективно усещане се дължи на обективен факт - недофинансирането на здравната система. Очевидна е тенденцията към увеличаване на публичните разходи за здравеопазване в последните години. Все още, обаче, темпът е крайно недостатъчен, което поставя българското здравеопазване в дъното на класацията на страните от ЕС по средства, отделяни за сектора. Публичните разходи за здравеопазване като дял от БВП (брутния вътрешен продукт) в България е около 4% през периода 2011-2017 година, при средно 7,3% за страните на ЕС. Нещата се усложняват още повече, ако отчетем застаряването на населението, което е свързано с повишена заболяемост, влошаването на здравния статус на големи групи хора в резултат на съвременния начин на живот, както и влошената покупателна способност на населението, която прави повече хора зависими от услугите, покривани от НЗОК. В същото време, развитието на здравните технологии и по-добрата информираност на пациентите увеличава търсенето на по-ефикасни здравни услуги. Това води до тежък конфликт между увеличеното търсене на качествени здравни грижи и недостатъчното увеличение на общите публични разходи за здравеопазване. [1]

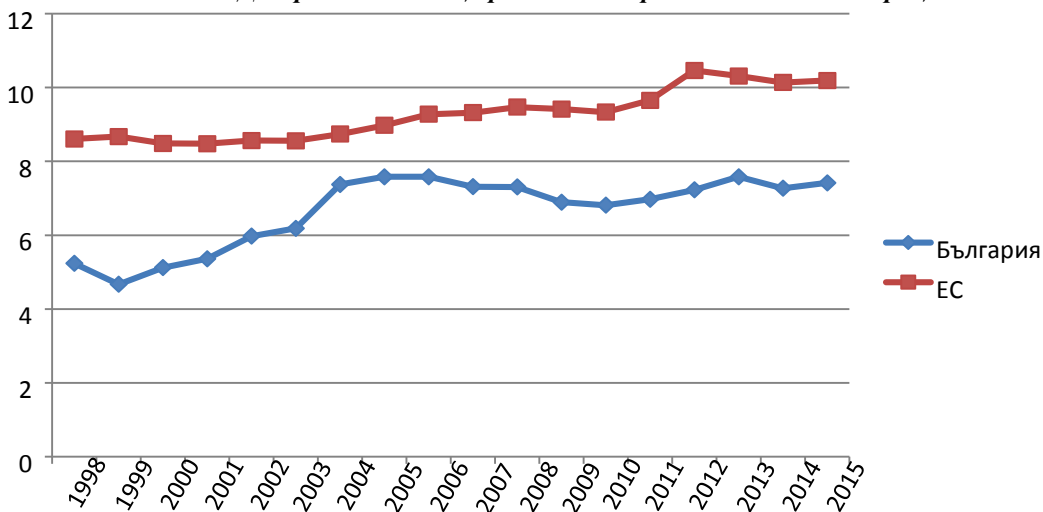
Голямото изоставане на България във финансирането на здравната система се вижда ясно при анализ на основни показатели, възприети от СЗО:

- Разходи за здравеопазване като процент от БВП
- Разходи за здравеопазване като процент от публичните разходи на държавата
- Публични и частни разходи за здравеопазване
- Директни плащания за здравеопазване

**Разходи за здравеопазване като процент от БВП**

Това е основният показател за държавната политика по отношение на собственото си население и показва готовността ѝ да се заделят повече средства за здравеопазване. В това отношение страната ни е на едно от последните места в ЕС. Общите разходи за здравеопазване представляват сума от публични и частни разходи. Този показател обхваща предоставянето на здравни услуги (превантивни и лечебни), спешна помощ и дейности по семейно планиране. Общите разходи за здравеопазване като отношение към БВП за ЕС са стабилно по-високи от тези в България са показани в Диаграма №1, като разликата е между 2 и 3 процента от БВП последните няколко години. Ако отчетем факта, че частните разходи за здравеопазване в България са едни от най-високите в ЕС (46% от общите разходи по данни за 2017 година) и разгледаме само публичните разходи на държавата, като процент от БВП, то нещата за България изглеждат катастрофално.

**Диаграма №1: Общи разходи за здравеопазване като процент от БВП**

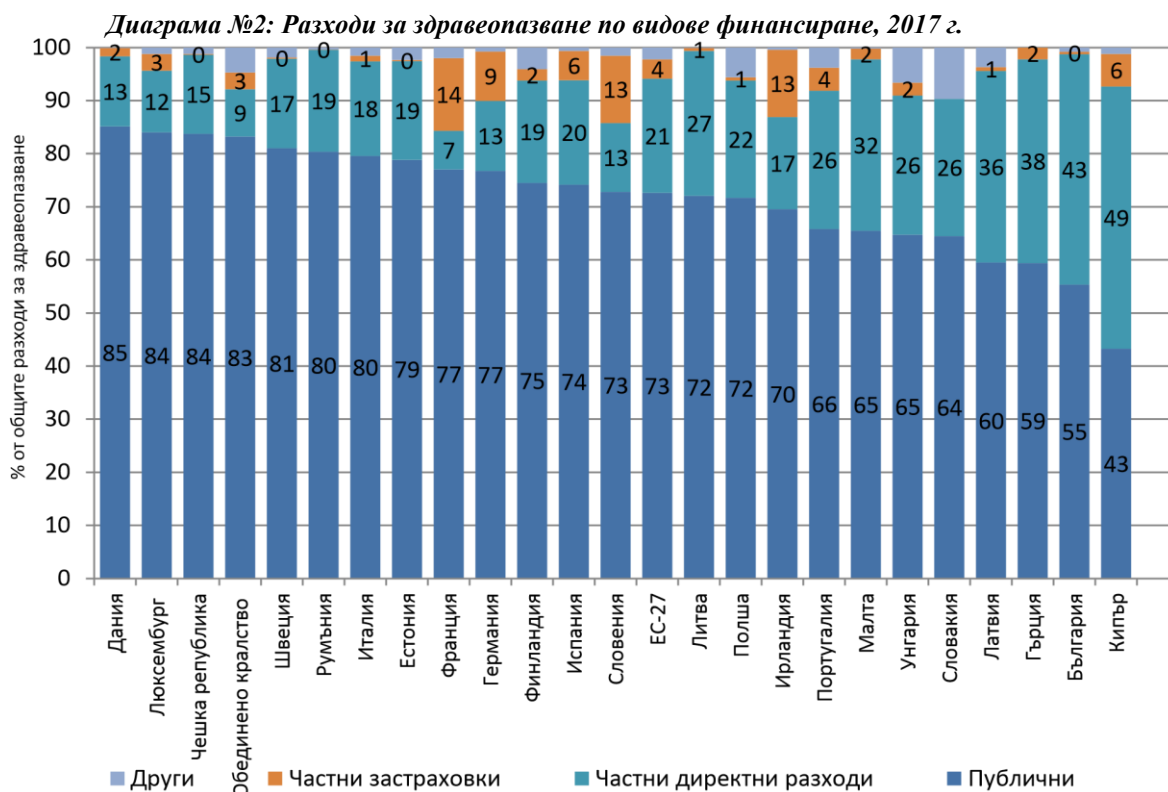


Източник: Световна банка

**Разходи за здравеопазване като процент от публичните разходи на държавата**

Друг индикатор за държавната политика по отношение на здравеопазването е мястото на разходите за здравеопазване спрямо общите публични разходи. Диаграма № 2 е потвърждение на факта, че здравеопазването в България не е приоритет. И въпреки, че този показател в света се движи в доста широки граници (от 1,5 до 27,7%) е видима зависимостта, че колкото по-развита е една държава, толкова повече пари тя отделя за своето здравеопазване. В това отношение, България е далече от средните за Европа нива. Публичните разходи са значително по-голям дял от общите в ЕС, докато в България частните разходи са далеч повече и тяхната роля нараства бавно, но стабилно през последните години. С цел осигуряване участието и съответно – отговорността на потребителите на здравни услуги в системата на здравеопазване трябва да се създадат условия за подкрепа на реалното право на избор на потребителите на здравни услуги, на здравноосигурителен фонд и на „доставчици” на здравни услуги. Здравноосигурителните фондове трябва да имат право да участват и при разпределяне на вноските за задължително здравно осигуряване. Този процес трябва да е на база защита и покритието за здравните услуги, които предоставят. Потребителите, които не са доволни от размера на своите индивидуални здравни разходи и или/и от качеството на здравните услуги, които получават срещу тях, имат възможност да упражнят своето право да изберат друг осигурител и съответно друг доставчик на здравни услуги. Така ще се въведе конкуренция между здравноосигурителните институции, от една страна и между доставчиците на здравни услуги, от друга. С цел спазване на принципа за солидарност в условията на конкуренция в здравния сектор, държавата следва да прилага ефективна система за разпределение на риска, която може да се осъществява и от отделна институция за управление на риска в сектора. По-конкретно на Диаграма №2 са посочени данните на ОИСР за финансирането на различни дейности за здравеопазване през 2017 година показват, че в повечето страни от ЕС публичните разходи значително превишават останалите видове, като средно за ЕС делът на публичните разходи от общите е 73%, а за България този показател е малко над 55%. В същото време в България около два пъти по-голям дял от разходите за здравеопазване се поема от частните директни разходи (43% за България спрямо 21% за ЕС). Друга сериозна разлика е все още маргиналната роля на

частните здравни застраховки в България – докато в ЕС те поемат около 4% от разходите средно (а в някои страни дори надхвърлят дял от 10%), в България този дял е под 1%. [2]



Източник: ОИСР

### ПУБЛИЧНИ И ЧАСТНИ РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Публичните разходи включват правителствени разходи (централни и местни бюджети), външни заеми и безвъзмездни средства (включително дарения от международни агенции и неправителствени организации), както и фондовете за задължително здравно осигуряване. Компоненти на частните разходи са директните плащания на домакинствата, частното осигуряване, благотворителните дарения и преките плащания от частни корпорации. Прави впечатление, че в България делът на частните разходи в общите разходи за здравеопазване е стабилно по-висок и бележи плавна тенденция на покачване, ако се разглежда един по-дълъг период от 15-18 години. Към 2017, в България делът на частните разходи е 44%, докато в ЕС този дял е близо два пъти по-нисък – 23%. В същото време, през разглеждания период /Диаграма №3/ делът на публичните разходи за ЕС е значително по-висок от този на частните и остава над 80%. Прави впечатление, че този дял остава стабилен за последните 18 години, т.е. нарастването на общите разходи за здравеопазване в ЕС запазва тази пропорция непроменена. За разлика от средните показатели за ЕС, бремето от нарастването на разходите за здраве в България се поема в по-голяма степен от частните разходи. [3]

### ДИРЕКТНИ ПЛАЩАНИЯ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Директните разходи за здравеопазване са преки плащания от домакинствата към практикуващите лекари и доставчиците на фармацевтични продукти, за терапевтични уреди и други стоки и услуги, използвани за възстановяването или подобряването на здравния статус на отделни лица или групи от населението. Директните разходи са компонент на частните. Прави впечатление, че от 2001 година насам спада слабо делът на директните разходи в частните разходи за здравеопазване, макар първите все още да са около 97% от всичките частни разходи. Това навежда на извода, че, макар и с малко, се увеличава ролята на частното осигуряване, благотворителните дарения и плащанията от частни корпорации. Отчитайки, че този показател за ЕС се движи около 77% средно за ЕС, потенциалът за увеличаване на ролята на частното



същото време, обаче, по-голямата осигуреност на населението с лекари и болнични легла в България спрямо средните нива за ЕС показва неефективна употреба на публичните ресурси. Последните няколко години се наблюдава положителна тенденция на увеличаващ се брой дипломирани студенти с медицинско образование на 100 хил. души население, но няма никаква гаранция, че младите лекари ще предпочетат да се реализират в България. Представените данни отново илюстрират нуждата от спешна реформа в системата на здравеопазване в България, като проблемите не са толкова сериозни откъм ресурсна обезпеченост, а по-скоро по отношение на оптимизацията на наличните ресурси. Важно е да се помисли и за формите и начина на финансиране на системата, като примери могат да се вземат от редица европейски държави. Разбиването на монопола на Националната здравно-осигурителна каса и създаването на реална конкуренция с частни фондове е първата стъпка към оптимизирането на разходите, по-добър контрол върху тях и подобряване на ефективността им. Потенциалът за засилване ролята на осигуряването в частни фондове и съответно – поемането на все по-голям дял от разходите за здраве от тези фондове се вижда ясно от съпоставката на България с ЕС. Хаосът в здравеопазването в България - не може лекарят да печели повече, когато има повече и по-болни пациенти. Редно е лекарят да печели повече, когато болните му оздравяват по-бързо, по-трайно, при по-ниска цена. Т.е. системата ще стане по-рационална, ако цени повече ефективността на лекарския труд, а не паричния оборот. Със свое становище в здравния хаос се вписаха и експертите от Световната банка и Американската агенция за международно развитие. Според последния им анализ неефективността на българската здравна система и непрекъснатото усъвършенстване на реформата водят единствено към социално напрежение сред населението.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

От направения преглед на моделите за финансиране на здравеопазването могат да бъдат направени няколко извода, които имат отношение към развитието на здравните системи и могат да се използват при анализа и реформирането на българската система на здравеопазване:

- Силно впечатление прави фактът, че изборът на модел за финансиране на системата на здравеопазване има значение по отношение на нейното ефективно функциониране, но не и по отношение на нейната ефикасност;

- Публично финансираните системи показват висока степен на ефективност при управляването на разходите, тъй като повечето използват тавани за ограничаване на разходите. Но що се отнася до удовлетвореността на пациентите, която е основният показател за качество и ефикасност на системата, трудно може да се докаже връзка между модел на финансиране и удовлетвореност. Това оформя извода, че по отношение на качеството много по-важни са критериите за адекватност на системата към потребителя – отношение към пациента, възможности за избор, организация и управление на отделните видове помощ и др.;

- Безпристрастната оценка за възможностите на една система на здравеопазване да обслужва населението насочва вниманието към системи с частно застраховане. Може да се твърди, че те могат да са доста ефикасни, защото отговарят в най-голяма степен на нуждите и възможностите на пациентите. Основният проблем при тях е, че те не могат да доведат в пълна степен до постигане на поставените социални цели в здравеопазването. Поради тази причина всички страни в Европа са избрали вариант на социално здравно осигуряване или на изцяло публично финансиране на здравеопазването. В същото време част от развитите европейски страни прилагат неолиберален подход и предоставят на гражданите право да избират как да осигурят необходимите им здравни услуги.

### **ЛИТЕРАТУРА**

[1] Петкова - Георгиева, Ст., Насоки за усъвършенстване структурирането на дейностите по здравеопазване, академично списание „Управление и образование”, т. XII, кн.1, стр. 122-128, Бургас, 2016.

[2] Петкова – Георгиева, Ст., Приложение на икономическия анализ за подобряване ефективността на дейностите в здравеопазването – първа част, академично списание „Управление и образование”, т. XIII, кн.1, стр.118-122; т. XIV, кн.1, 2017.

[3] Петкова – Георгиева, Ст., Приложение на икономическия анализ за подобряване ефективността на дейностите в здравеопазването – втора част, академично списание „Управление и образование”, т. XIV, кн.1, стр.109-117, Бургас, 2018.

[4] Петкова – Георгиева, Ст., Икономика на здравеопазването, учебник, стр. 139-150, Университетско издание на „Проф. д-р Асен Златаров”, ISBN 978-619-7123-75-3, Бургас, 2017.