



ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ `2014: състояние, проблеми, решения, предизвикателства



Март, 2014 г.

Съдържание

Въведение	3
СТРУКТУРНИ ПРОБЛЕМИ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА.....	3
Финансиране на системата	4
Организация на системата	6
Технологична и кадрова обезпеченост	8
Нормативна недостатъчност	9
Ефективност на здравната система	10
ПРЕДЛОЖЕНИЯ ЗА ПРОМЕНИ В ОРГАНИЗАЦИЯТА, УПРАВЛЕНИЕТО И ФИНАНСИРАНЕТО НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ.....	11
ПРИЛОЖЕНИЯ	18
Приложение 1 – Разходи за здравеопазване като % от БВП	18
Приложение 2 – Публични разходи за здравеопазване	19
Приложение 3 – Разходи за здравеопазване на домакинствата и лицата	20
Приложение 4 – Разходи на Министерството на здравеопазването	22
Приложение 5 – Бюджет на НЗОК.....	23
Приложение 6 – Отклонени средства от НЗОК	24
Приложение 7 – Трансфери от Републиканския бюджет	25
Приложение 8 – Показатели, влияещи върху приходите от здравни вноски.....	26
Приложение 9 – Пенсии за инвалидност и обезщетения за заболяване	27

Въведение

- Здравеопазването се намира в критично състояние. Системата не работи ефективно, липсва държавна политика, която да осигури ново отношение към здравето на хората, което да мотивира и осигурява високо качество на живот.
- Липсва концепция за радикални промени в системата на здравеопазването, която да обединява усилията на държавата, всички заинтересовани страни и населението.
- Проблемите, свързани с опазването на здравето на населението, не са водещ приоритет на обществото. Тежките и задълбочаващи се демографски процеси и особено продължаваща емиграция поставят в особена острота този проблем.
- Системата е силно бюрократизирана. Корупцията в системата на здравеопазване е много висока.
- Не се осигурява реален и равен достъп до качествено здравеопазване на почти една-трета от българите.
- Осигурителната система е силно деформирана и натоварена с несвойствени функции, нейното управление е одържавено. Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) се е превърнала от здравна каса, обслужваща осигурените лица, в орган, който финансира медицинското обслужване на цялото население, без оглед на осигурителния му принос.

СТРУКТУРНИ ПРОБЛЕМИ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

В последните две десетилетия провежданите частични, палиативни реформи в здравната система, в т.ч. въведените мерки – икономически, организационни, социални и психологични, не са подчинени на обща концепция, която да обединява усилията на държавата, работодателите, населението и медицинския състав за осигуряване на висок здравен статус на населението и съответно по-високо качество на живота. В резултат на провежданата политика бяха натрупани структурни проблеми, които са в основата на критичното състояние на системата на здравеопазването.

Структурните проблеми могат да се дефинират в следните пет основни направления:

1. Финансиране на системата;
2. Организация на системата;
3. Технологична и кадрова обезпеченост;
4. Нормативна недостатъчност;
5. Ефективност на здравната система.

Липсата на последователна политика в системата на здравеопазване позволи да се формира псевдопазар на здравни услуги, в който ежегодно се разходват между 7 и 9 млрд. лв. Това са преобладаващо публични средства от осигурителни вноски, процентно намаляващи средства от републиканския и общинските съвети, средства от регламентирано заплащане на населението за медицински услуги и лекарства, частни инвестиции за лечебни заведения, закупуване на здравни застраховки и значителни средства от населението за т.нар. неформални плащания за медицински услуги.

Този пазар не се регулира, не се управлява, не се анализира и не се отчита ефектът от инвестирането на заплатените от населението огромни средства за подобряване здравето на нацията. В него не са ясно идентифицирани участниците, липсва координация, съгласуваност и отчет за размера на вложените средства, както на национално, така и на регионално равнище. В резултат на това са огромните деформации в качеството и ефективността от дейността на системата, дисонанс в качеството и обхвата на медицинското обслужване в центъра и в регионите.

- 1. Публичните разходи за здравеопазване като дял от БВП са около 4 на сто, при средно 7 на сто за страните в ЕС ([Приложение 1](#)).**
- 2. Финансирането на входа на системата се извършва от два основни източника:**
 - Осигурителни вноски – от работодатели, работници и служители, самоосигуряващи се лица, но (!) около 1.2 млн. души не плащат здравноосигурителни вноски.
 - Републиканския бюджет – министерства, ведомства и общини;
- 3. В последните 10 години структурата на приходите за системата се променя съществено.** Трайна е тенденцията държавата да се оттегля последователно от финансирането на системата.
 - Делът на бюджета на НЗОК в общите разходи за здравеопазване се увеличава от 60 на сто през 2008 г. на 81 на сто през 2014 г. ([Приложение 2](#)).
 - Голяма част от дейностите, които държавата плащаше през бюджета на Министерство на здравеопазването (МЗ), са пренасочени за плащане чрез бюджета на НЗОК, без съответните промени в бюджета на касата. Поради необосновано прехвърляне на дейности от МЗ в НЗОК, за периода 2008-2013 г. бюджетът на МЗ е намалял с 51% – от 698,9 млн.лв. на 359,0 млн.лв.
 - Има постоянен необоснован натиск за непрекъснато увеличаване на основния пакет от дейности, които се покриват от бюджета на НЗОК, в т.ч. лечение на редки болести, скъпоструващи консумативи и др. Особено силно влияние оказва прехвърлянето на хемодиализата и реимбурсирането на всички лекарствени продукти (без ваксини и лечение на СПИН и туберкулоза) в бюджета на НЗОК.
 - Разходите за профилактика, превенция, промоция и контрол на общественото здраве, които по Конституция са задължение на държавата, постепенно се прехвърлят към бюджета на НЗОК – от 31.8 на сто през 2010 г. достигат 40.4 на сто през 2012 г., а делът на разходите на МЗ за тези дейности намалява от 68.2 на сто през 2010 г. до 59.6 на сто през 2012 г., т.е. с около 9 процентни пункта¹.

¹ В Политики в здравеопазването – икономически анализ и оценки.в: Икономическо развитие и политика в България: оценки и очаквания. ИИИ при БАН 2013

4. **През периода 2010-2012 г. държавата обезкърви системата чрез:**
- Одържавяване на 1.400 млн. лв. под формата на излишъци от бюджета на НЗОК;
 - Отклоняване от бюджета на НЗОК за бюджета на МЗ на 340 млн. лв. през 2011 г. и 100 млн. лв. през 2012 г. ([Приложение 6](#));
 - Неефективна работа на приходната администрация, която не събира задължителните здравноосигурителни вноски от над 1.2 млн. души.

5. **Държавата се опитва да компенсира намалените приходи чрез увеличение на прякото и косвеното облагане.**

Трайна тенденция е ръстът на постъпленията от осигурителни вноски да е в резултат **само** от увеличението на средния осигурителен доход, средния размер за всички пенсии, минималната и средната работна заплата, минималния и максималния осигурителен доход, увеличението на ставката на вноската.

През периода 2008-2013 г. ставката за здравно осигуряване се увеличи с 33 на сто, таванът на максималния осигурителен доход – с 10 на сто, минималният осигурителен доход за самоосигуряващите се – със 75 на сто, средният осигурителен доход – с 30 на сто, средната работна заплата – с 48 на сто, МРЗ – с 41 на сто, и т.н. ([Приложение 8](#)).

Кумулативното въздействие на всички тези фактори, за съжаление, не доведе до очакваното рязко нарастване на номиналната стойност на приходите от здравноосигурителните вноски, които през 2008 г. са в размер на 1 561 млн.лв., а през 2012 г. са 1 728 млн.лв., т.е. **само** с 11 на сто повече. Това е точна индикация за погрешната политика за формиране на приходи и за неефективността на данъчната администрация.

6. **Държавата е дезертирала в изпълнение на законовите изисквания.**

- В продължение на четири години (2010-2013г.) общият трансфер от Републиканския бюджет към НЗОК за здравноосигурителни вноски на лицата, които се осигуряват от държавата (пенсионери, деца, ученици, безработни, студенти и др.), се запази в размер на 941.1 млн. лв., въпреки промените в показателите, на основата на които той се определя. Само от постъпления от увеличението на масата от изплатените пенсии в здравната система не са постъпили 62.207 млн.лв. ([Приложение 7](#))
- Продължава практиката размерът на здравноосигурителните вноски за осигуряваните от държавата лица да не съответства на разходите, които се правят за тяхното здравно обслужване. Средната осигурителна вноска за тях е около 19.60 лв., при средна вноска за осигурените от реалния бизнес около 60.10 лв. При тази ситуация реалният сектор осигурява с внесените от него вноски 64 на сто от бюджета на НЗОК, при положение, че прави вноски за 33.4 на сто от всички осигурени лица. ([Приложение 2](#))
- Трайна тенденция е увеличаващата се финансова тежест да е за сметка на потребителите, вместо да се поема от обществените средства, както е в развитите европейски страни. Според доклад на Световната банка, в България е най-висок дялът на плащанията със собствени средства като процент от общите разходи за здравеопазване. Този факт, както и изключително ниските доходи на населението, поставят сериозни проблеми пред достъпа на гражданите до здравни услуги.

7. **Забавя се усвояване на средствата от европейските фондове, предвидени за здравеопазването.** Поради бюрократични неуредици, България пропуска възможностите да получи от ЕС значителни средства оперативните програми.

8. **Разходите за болнична помощ неоправдано се увеличават през последните години.** За периода от 2008 до 2013 г. разходите за болнична помощ имат ръст от 65.7 на сто, което в номинално изражение е 661 млн. лв. повече, без да настъпят особени промени в здравния статус на населението. ([Приложение 5](#)).

- **Необосновано се увеличи броят на лечебните заведения,** което създаде условия за свъхпредлагане на медицински услуги и дейности, за които се смята, че са печеливши и може бързо да се възстанови инвестицията (например, в София има 6 кардиохирургии, докато в Берлин са две, а във Виена една). За тях беше въведен механизъм на автоматизъм за финансиране от НЗОК. Това доведе до рязко и неоправдано повишаване на размера на средствата, които се отделят от бюджета на НЗОК за болнична помощ. За 2013 г. около 30 на сто от ресурса на НЗОК за София е в полза на новооткритите болници.

- **Налице е свръхконцентрация на финансирането на болничната помощ.** В резултат на това се задълбочават диспропорциите в разпределението на средствата за болнична помощ по региони и, оттам – в качеството на медицинското обслужване в тях. Около половината от общите средства за болнична медицинска помощ на НЗОК за 2013 г. са изразходвани в областите София-град и Пловдив - общо 48 на сто, като само за София-град са 32 на сто. В седем области (София, Пловдив, Варна, Бургас, Плевен, Стара Загора и Пазарджик) са концентрирани 71 на сто от средствата за болнична помощ.

Подобно е и положението с разпределението на разходваните средства на НЗОК по болници. През 2013 г. 10 на сто от бюджета на НЗОК за болнична помощ са изплатени на две болници от общо 367, с които касата е сключила договор. Една-четвърт (25 на сто) от средствата на НЗОК за болнична помощ са усвоени от 9 болници, една-трета (33 на сто) – от 14 болници, а по-малко от 10 на сто от всички болници (30 болници) са усвоили половината (51 на сто) от бюджета на касата за болнична помощ.

9. **Размерите на корупцията в здравеопазването са изключително високи.**

- Голям е размерът на т.нар. нерегламентирани плащания, което нарушава справедливостта и ограничават достъпа на бедните граждани до медицински грижи.
- Съществуват корупционни практики при снабдяването на лечебните заведения с лекарства, консумативи и материали, при привличането на пациенти в някои болници, съществува „черен пазар“ при осигуряване на необходимата за операции кръв.
- Основна причина за нарастването на корупцията в системата е утвърдилата се политика в здравеопазването за засилване на държавната намеса и административна регулация в сектора.
- Въвеждането на регулативните стандарти в извънболничната помощ и особено на лимитите в болничната помощ, както и системата за специализация на медиците, създадоха условия финансовият резултат на лечебните заведения, а оттам и доходите на медицинския персонал, да не зависят от количеството и качеството на положения труд, от търсенето и предлагането на тяхната услуга.

10. **Липсва прозрачност в дейността на здравната система.** Няма практика да се представят анализи и информация за извършените разходи за здравното обслужване на различните групи осигурени лица, за приоритетите и възникналите проблеми в медицинското обслужване и резултатите от него. Липсва и адекватна отчетност за реалните разходи в сектора на здравеопазването, а оттук – няма данни за крайната себестойност на медицинската услуга за пациента.

11. **Ефективността на контрола е ниска.**

- Контролната дейност е регистрационна, липсва превантивност и не се отчитат ефектът и резултатите от извършената медицинска услуга.
- Няма общоприети критерии за атестиране и оценка от качеството на работа и постигнатите резултати от лечението на отделните клиники, отделения и болници, както и на всеки специалист.
- Липсва контрол при медицинската експертиза – особено при отпускането и определянето на инвалидните пенсии и болничните листа.

12. **Забавя се въвеждането на електронното здравеопазване** като решаващ фактор за подобряване на ефективността на здравната система, за осигуряване на по-голяма прозрачност в дейността ѝ, за повишаване на качеството и контрола върху оказваните медицински услуги. Отделени са значителни средства за електронизация на здравеопазването и осигурителната система без особен и видим ефект за обслужването на осигурените и за повишаване на качеството на работа на медицинските специалисти. Липсата на електронизация създава условия за развитие и благоприятна среда за корупционни практики.

13. **Не е разработена държавна политика и конкретни действия за намаляване на броя на здравнонеосигурените лица.** Липсват механизъм и условия за медицинското обслужване на тези лица. Няма ясна регламентация за това кой ще поема разходите за тяхното лечение. Лечението на този контингент от хора продължава да се извършва за сметка на здравноосигурените лица. По тези причини здравните заведения постоянно натрупват сериозни задължения за доставка на консултативи, материали, лекарства и др. В Републиканския бюджет не са предвидени необходимите средства за покриването им.

14. **Липсва дългосрочна стратегия за спешната медицинска помощ.** Липсва достъпна и качествена спешна медицинска помощ. Повече от 50 на сто от дейността на центровете за спешна медицинска помощ (ЦСМП) е свързана с оказване на медицинска помощ на пациенти, които трябва да се обслужват от лечебните заведения за първична и специализирана помощ и не са обект на спешна помощ. Това се утвърждава като практика за заобикаляне на осигурителната система от лицата, които не участват в нея (здравнонеосигурените лица). Основните проблеми в спешната медицинска помощ са липсата на кадри, поради ниското заплащане на специалистите (екипите), и липсата на съвременни оборудвани специализирани автомобили.

15. **Не са изградени хоризонтални връзки на НЗОК с фондовете на Държавното обществено осигуряване.**

- Не се отчита ефектът от качеството на медицинското обслужване върху оптимизирането на разходите на социалните фондове.
- Не се осъществиха кардинални промени в реда, начина и контрола при отпускането на пенсиите за инвалидност за общо заболяване. Липсват радикални мерки за промени в организацията на дейността на системата на медицинската експертиза на работоспособността при определяне и отпускане на пенсиите за инвалидност и на тази основа да се повиши контролът от осигурителните институции върху нейната дейност. В дейността си тези органи не осигуряват максимална равнопоставеност и прозрачност с оглед да се ограничат злоупотребите и деформациите. Средствата, които се изплащат от фондовете на ДОО за инвалидни пенсии, за периода 2008-2013 г. са се увеличили с 51 на сто и са достигнали 1 253 млн. лв. Броят на пенсионерите за инвалидност се е увеличил с 9.4 на сто, като около половината от новоотпуснатите пенсии са за инвалидност. ([Приложение 9](#))



- Трайна е тенденцията да се увеличава размерът на обезщетенията за болнични, главно поради липсата на ефективен контрол от страна на публичните институции. Това допълнително натоварва пенсионната и здравноосигурителната системи. Изплатените обезщетения от ДОО за временна неработоспособност за периода 2008-2013 г. са се увеличили с 19 на сто и са достигнали 330 млн. лв. Работните дни, за които е изплатено обезщетение, са намалели с 19 на сто, като за същия период броят на осигурените лица е намалял с 2.9 на сто. През 2013 г. са изплатени общо 14 млн. дни болнични, т.е. по 5 дни средно на едно осигурено лице, като 34% от всички болнични листове са издадени от общопрактикуващи лекари.
16. **Управлението на НЗОК не съответства на публичния характер на институцията – то фактически е одържавено.** Липсва реално трипартитно управление на здравноосигурителната система, което да отговаря на реалния принос на страните във финансирането на системата.
 17. **Профилактиката се декларира като основен приоритет, а не се осигуряват необходимите финансови ресурси, организация и строга нормативна база, вкл. санкции за нарушителите.**
 18. **Здравната система е силно бюрократизирана, особено при обслужването на населението.** Нарушени са принципите на справедливост, универсален достъп и равнопоставеност при обслужването на пациентите.
 19. **Настъпващата бюрокрация в дейността води до ангажирането на огромен човешки ресурс за администриране на дейността на НЗОК, където са заети над 2500 души, както и в МЗ и агенциите към него.** МЗ пряко финансира 114 юридически лица на бюджетна издръжка - самостоятелни административни структури, здравни и лечебни заведения. ([Приложение 4](#))
 20. **Липсва политическо решение за проблемите на приватизацията в здравеопазването.** Приватизацията продължава да не се разглежда като неразделна част от цялостния пакет от решения и инициативи на реформата в здравеопазването.
 21. **Не се провежда необходимият диалог за консолидиране на обществото за провеждане на реформа в здравеопазването,** а отлагането на реформите е патент в политиката на последните правителства. Създадена е обстановка на общ негативизъм и на недоверие към обявените намерения за радикална реформа в здравеопазването.

Технологична и кадрова обезпеченост

22. **Отлага се приемането на дългосрочна инвестиционна политика,** с която да се осигури реализация на целите на реформата в здравеопазването.
23. **Голяма част от болниците нямат необходимата съвременна апаратура и кадри за качествена и навременна диагностика и лечение.** В резултат на това са налице много сериозни деформации в регионален аспект, което лишава населението от малките и средните общини от достъп до високоефективна апаратура, оборудване и качествена медицинска помощ.
24. **Липсва единна държавна политика и прозрачни критерии при закупуване на високотехнологична техника, оборудване и здравни технологии с публични средства.** Новите технологии и оборудване са концентрирани в няколко големи града.
25. **Липсва последователна политика с медицинските кадри.** Задълбочават се деформациите в структурата, броя и териториалното разпределение на специалистите по отделни специалности:

- Висококвалифицираните кадри намаляват, а броят на патоанатомите, съдебните лекари, анестезиолозите, детските лекари, микробиолозите, хирурзите и др., е под критичния минимум.
- Голяма част от здравните специалисти (особено младите) напускат страната. В продължение на 6 години повече от 3000 лекари са напуснали България.
- Само 5 на сто от лекарите са на възраст до 30 години.
- Критично е положението с броя и възрастовата структура на медицинските сестри.
- Липсва стройна система за продължаващо медицинско образование. Повишаването на квалификацията е оставено на инициативата на съсловието.
- Липсват добре подготвени и мотивирани здравни мениджъри. Като правило, изискванията за тези, които заемат ключови позиции в системата, компетентността и професионализма са заменени от политическата принадлежност.

Нормативна недостатъчност

- 26. Липсва стабилност на нормативната уредба.** Много честа е промяната на нормативната уредба, свързана с проблемите на здравеопазването и здравното осигуряване. Законът за здравното осигуряване е променян повече от 50 пъти. Подобно е положението и със Закона за здравето, Закона за лекарствените средства и др. Като правило, предлаганите промени не се обосновават с оценка на въздействието им.
- 27. Липсва нормативна уредба за реда и условията на заплащане от пациентите на извършените за тях медицински услуги.** Необходимо е на основата на реално остойностяване на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, да се определят регламентиранията плащания за дейностите, които не са включени в основния пакет. При сегашната законодателна рамка тези разходи не могат да се ограничават и да подлежат на контрол, както в частните, така и в държавните и общинските лечебни заведения. По същество, системата на кофинансирането е узаконена, без да има правила за това.
- 28. Създадени са законови положения в Закона за здравното осигуряване, които способстват за източване на НЗОК.** Съществува голяма група от населението, която се възползва от облекчените законови условия за придобиване на права на осигурени лица като плаща еднократно здравни вноски за „лизане в здравната система“ само при тежък и скъпоструващ здравословен проблем. След оказаното лечение те отново „излизат“ от осигурителната система и престават да внасят здравни вноски.
- 29. Липсва нормативен акт, с който да се определят ясни правила за реда и начина на медицинското обслужване на здравнонеосигурените лица и за финансирането на тази дейност.** Това води до дефицити в лечебните заведения и ощетява осигурените лица.
- 30. Не е решен проблемът със статута на болничните заведения.** Отлага се приемането на нормативни решения за подобряване на автономията на болниците и другите лечебни заведения по отношение на осигуряването на инвестиции. Липсата на решения за статута на болниците, които са държавна собственост, води до натрупването на огромни дългове от тях, които периодично се покриват, без да се търсят причините за това и да се носи отговорност за допуснатите нарушения.
- 31. Липсва нормативно решение за определяне на кръга от дейности, за които могат да се използват средствата от НЗОК** за здравноосигурителните плащания от изпълнителите. Тези средства сега се използват за заплащане на комунално-битови разходи, за ремонти, за инвестиции и т.н., които са задължения на собствениците.

32. **Натрупаните дефицити в здравната система** доведоха в последните години до изключително ниска ефективност. Като се отчита, че финансовите резерви в системата са почти нулеви, на практика годишните разходи са равни на годишните приходи.
33. **Официалните публични разходи на системата за периода 2008-2014 г. са нараснали с 23 на сто** – от 2 815 млн. лв. на 3 468 млн. лв. За същия период са се увеличили с 58 на сто и разходите за сметка на едно лице от населението. За разглеждания период населението на страната е намаляло с около 400 000 души, т.е. увеличени са реалните разходи на едно лице ([Приложение 2](#)).
34. **Съотношението между публични и частни разходи за здравеопазване** в БВП се променят в посока непрекъснато увеличаване на процента на разходите на частния сектор за сметка на публичните.
- Разходите за лекарства, медицински материали, оптика и др. са почти изцяло (78%) за сметка на домакинствата. За периода 2006-2011 г. разходите на домакинствата за лекарства и др. медицински консумативи са се увеличили почти два пъти – от 1072.4 млн. лв. за 2006 г. на 1833.6 млн. лв. за 2011 г. ([Приложение 3](#))
 - По данни на НСИ средните разходи на семействата за здравеопазване за 10 години са се увеличили 3 пъти – от 176 лв. (2002 г.) на 501 лв. (2012 г.). Тази тенденция се отнася и за разходите на едно лице, които се увеличават повече от 3 пъти и достигат от 66 лв. (2002 г.) на 212 лв. за (2012 г.). Прогнозата е тази тенденция да се запази и през следващите години, като делът на частните разходи за здраве ще достигне 48-49 на сто, т.е. рисковете ще се покриват все повече от страна на домакинствата.
35. **Липсва система за анализ и оценка на финансовата дейност в системата:**
- Няма критерии за оценка на ефективността от използвания публичен ресурс, обвързване на предоставения ресурс с изисквания за определено качество на медицинско обслужване и стимули за повишаването му. Практика е средствата, които предоставя НЗОК, да се „усвояват“, без да се следи и отчита постигането на предварително зададени изисквания и критерии за качество.
 - Липсва значима корелация между крайните здравни резултати при обслужването на пациентите и направените за това разходи. Независимо от драстичното увеличение на разходите за здравеопазване на едно лице, здравният статус на българина не търпи съществени изменения.
36. **Точен индикатор за ефективността на системата са данните за състоянието на здравния статус на населението.** Тревожен демографски проблеми в България е високото ниво на смъртност:
- Коефициентът на смъртност достига до 15‰ през 2012 г. при 9.6‰ за ЕС-27. Средната смъртност е разпределена много тревожно – в София е 11.9‰, във Видин е 23.2‰, в Монтана е 21.4‰ и т.н. Демографските прогнози показват, че нивото на общата смъртност в страната ще остане високо и непроменено в периода до 2030 г.
 - Коефициентът на детска смъртност е 7.8‰ при 3.9‰ общо за ЕС-27. Детската смъртност в София 4.4 ‰, а в Сливен е четири пъти по-висока.
 - Запазва се структурата на смъртността по причини в последните години, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението (65.6%) и новообразуванията (16.7%).

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

за промени в организацията, управлението и финансирането на системата на здравеопазването и здравното осигуряване

Необходимо е да се вземат политически решения по основните проблеми на здравеопазването, както и да се дефинират практическите стъпки, които ще определят посоката на реформата в здравеопазването. От тях ще се определи характерът, обхватът, съдържанието и последователността на провеждане на промени в системата на здравеопазването и на здравното осигуряване.

- 1. Необходимо е да се разработи обща концепция за радикални промени в системата на здравеопазването,** която да обединява усилията на държавата, работодателите, синдикатите, медицинската общност и населението.
- 2. Трябва да се определи какъв ще е моделът на здравната ни система и какво ще е участието на държавата във финансирането ѝ.**

Държавата и напред трябва да гарантира финансирането на всички дейности, които са нейно задължение – спешна медицинска помощ, стационарна психиатрична помощ, медицински одит, инвестиционна политика, трансплантации, СПИН и т.н. Финансирането на здравноосигурителната система трябва да се осигурява чрез здравноосигурителни вноски за сметка на работодателите и осигурените лица и трансфери от Републиканския бюджет за лицата, за които държавата прави осигурителни вноски. На тази основа следва да се очертае архитектурата на системата на здравеопазване през следващите 15-25 години.

За здравното осигуряване предлагаме да се приеме и последователно да се прилага моделът на основен, базов здравноосигурителен фонд с надграждане от допълнителни здравни фондове. При него се гарантира на осигурените лица основен здравен пакет и възможности за надграждане с различни по обхват и съдържание здравноосигурителни пакети.

При този модел НЗОК остава да бъде главен гарант на здравното осигуряване на населението и има водеща роля в системата на здравното осигуряване. Допълнителното здравно осигуряване има надстроечен характер и се осъществява чрез предоставяне от здравни фондове на допълнителни пакети от здравни услуги, които не са обхванати в основния пакет.

Целта е да се създаде конкурентна и пазарна среда, която ще подобри качеството на медицинското обслужване чрез разнообразие от пакети за здравно осигуряване. Прилагането на този модел може да се извършва поетапно, като се създават постепенно необходимите нормативни, организационни, финансови и други условия.

- 3. Да се преразгледа съдържанието и приложението на принципа на солидарността в осигурителната система,** като тясно се обвърже с приноса на лицето в осигурителната система и неговата отговорност за опазване на здравето му. Емиграцията на значителна част от работоспособните българи (около 2 млн. души), големият брой на неосигуряваните се лица в България (около 1 200 хил. души), лесното включване в системата за ползване на медицински услуги нарушават солидарния и справедлив характер на здравноосигурителната система, и рушат доверието към нея.
- 4. Провеждане на единна държавна политика по разходване на публичните средства за здравеопазване.**
 - Предлагаме създаване и управление на общ своден бюджет за всички публични средства, които се разходват за здравеопазване.

- Да се ликвидира ведомственият подход и интереси и да се осигури прозрачност при предоставянето, разпределението и използването на публични средства за здравеопазване. Да се знае кой, колко и за какво използва публични средства.
 - Задължително ежегодно да се дава на обществото отчет за постигнатия ефект в здравния статус на населението от използването на предоставения публичен ресурс.
- 5. Да се извърши предварителен анализ на ефективността от работата на цялата система на управление на здравеопазването** и на основата на резултатите от него да се пристъпи към промени, които да обхващат цялата система. Анализът да обхване състоянието на нормативната рамка, която определя поведението на цялата система на здравеопазването – управлението на здравната система, финансирана от бюджета, и на здравното осигуряване.
- 6. Да се анализира и оцени ефективността на органите на управление на здравеопазването, които се финансират от бюджета на МЗ.** Те трябва да осигуряват само изпълнението на задълженията на държавата по осигуряване на конституционните права на населението, управлението на системата, държавния надзор и поетите международни ангажименти. На национално равнище трябва да останат само стратегическите функции по формиране на политики, нормативи, стандарти, правила, изготвяне на анализи и прогнози за развитие на системата, за нейното доближаване до европейските стандарти. На тази основа:
- Да се преразгледа целесъобразността от структурата и броя на персонала в МЗ и регионалните звена, потребността от съществуващите различни агенции, експертни комисии, научни институти, информационни звена и др. Критерий за тяхното съществуване следва да бъде приносът им за повишаване на качеството на медицинската дейност и обслужването на населението.
 - Да се разработят и прилагат критерии и показатели за извършване на периодичен обективен анализ, оценка на резултатите от дейността, за приноса за постигане на общата ефективност и качество на работа на здравната система.
 - Нормативно да се разграничат функциите, правата, отговорностите и задълженията на МЗ и НЗОК.
 - Да се внедри система за непрекъснат обществен мониторинг върху поведението и резултатите от дейността на системата.
 - Да се определят дейностите, изпълнявани от органите на системата – министерство, агенции, други бюджетни звена, които могат да се делегират за изпълнение от неправителствения сектор.
- 7. Да извършат сериозни промени в статута, органите на управление и организацията на работа на здравноосигурителната система.** Управлението на НЗОК трябва да съответства на публичния характер на институцията, като се запази и развие принципът на солидарността. За целта:
- Да се осигури реално трипартитно управление на здравноосигурителната система, което да отговаря на реалния принос на страните във финансирането на системата.
 - Броят, съставът, участниците в органите на управление на НЗОК и правилата за управление на касата да се определя на основата на реалния принос на страните.
 - Управлението на НЗОК да се извършва заедно от Управител и Подуправител, като единият от тях е медицинско лице, а другият е икономист, финансист, юрист.
 - Управителят и Подуправителят на НЗОК да се избират чрез публичен конкурс от Надзорния съвет. За своята дейност те да се отчитат пред Надзорния съвет.
 - Председателят на Надзорния съвет да се избира от членовете на Надзорния съвет на ротационен принцип.

- 8. Бюджетът на НЗОК да се отдели от консолидирания бюджет на страната.** Управлението на финансовия ресурс на НЗОК да бъде право и отговорност на управителните органи на касата. Да се преустанови практиката средства на НЗОК да се внасят във фискалния резерв и/или прехвърлят в бюджета на МЗ.
- 9. Реформата в здравеопазването следва да се проведе на базата на широка и всеобхватна електронизация,** като неразделна част от електронното правителство.
- Електронизацията на здравеопазването да стане стратегически приоритет в дейността на всички звена на здравната система.
 - Електронизацията да обхване в обща система всички дейности в здравеопазването, независимо от тяхната ведомствена подчиненост и принципи на работа.
 - Да се сключи договор за разработката на цялостен проект за електронизацията на системата на здравеопазване и неговото внедряване да стане „под ключ“ от компания с опит в изграждането на подобни системи. Сега подходът е ведомствен, работи се на парче, без съгласуваност и видими резултати.
 - Да се осигури обществен мониторинг върху изпълнението на проекта. Да се представя периодична информация за неговото изпълнение и резултати в Националния съвет за тристранно сътрудничество.
- 10. Да се оптимизират структурата и броят на персонала на НЗОК на основата на тотална електронизация на дейността ѝ.**
- Особено внимание да се отдели на изграждането на интегрирана информационна система, поэтапното разширяване на използването на база данни за събиране, систематизиране, обобщаване, анализ на информацията и подпомагане за вземането на управленски решения,
 - Основен приоритет и критерий за оценка на дейността на органите и персонала от системата на НЗОК на всички равнища да бъде защитата на интересите и гарантирането на правата на осигурените лица. НЗОК да гарантира равен достъп до медицинска помощ на всички осигурени лица на всички равнища на здравната система и в териториален аспект.
 - Да се променят правата, задълженията и отговорностите на регионалните структури на основата на децентрализация и предоставяне на функции от Централата на НЗОК.
 - Да се обособят 6 регионални структурни звена, вместо съществуващите 27, които се доказаха като неефективни и формални звена с голям персонал.
 - Регионалните структури да се обособят като звена, които реално управляват дейността на осигурителната система и отговарят за обслужването на осигурените лица на съответната територия.
 - Ръководителите на регионалните звена да се назначават след публичен конкурс, провеждан от Надзорния съвет. Да се въведе за тях мандатност.
 - Към регионалните структури да се изградят Консултативни съвети, в които да се включат представители на осигурените лица, синдикати, работодатели, съсловни и пациентски организации.
 - На тази основа персоналят в системата на НЗОК да се намали най-малко с 50 на сто, а икономии от средства за заплати да се ползват само за дейности, свързани с електронизация на системата.
- 11. Да се извърши остойностяване на Основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.** На базата на актюерски разчети да се определя минималният размер на средствата, с който трябва да разполага НЗОК за изпълнение

на поетите ангажименти към осигурените лица. На тази основа да се определя всяка година реалната здравна осигурителна вноска, необходима за гарантиране на финансирането за този пакет. Да се осигури максимална прозрачност на информацията за дейностите, които се финансират изцяло или частично от НЗОК. Тази информация трябва да стане лесно остъпна за всички осигурени лица.

12. Да се определи реалната здравноосигурителна вноска, която трябва да прави държавата за осигуряваните от нея лица:

- Да се определят реалните разходи, които се правят за тях, и на тази база да се определи реалният размер на вноската за различните групи. С цел спазване на принципа на солидарността, средната здравноосигурителна вноска за тази група лица следва да е равна на средната вноска за реалния сектор.
- Държавата да изпълни поетия ангажимент здравната вноска за деца и учаци се да стане 8 на сто от МОД за самоосигуряващите се лица, който за 2014 г. е 420 лв., т.е. вноската следва да е в размер на 33.60 лв., вместо сегашните 16.80 лв.

13. Здравноосигурителната система да се "почисти" от всички дейности, които не са свързани с медицинското обслужване на здравноосигурените лица. Да не се допуска касата да финансира дейности, които са конституционно задължение на държавата за здравното обслужване на населението. Държавата да осигури целево финансиране на здравното обслужване на здравнонеосигурените лица и този разход да не е за сметка на НЗОК, тъй като по този начин се деформира солидарният принцип и се руши доверието на осигурените към здравноосигурителната система.

14. Да се намерят спешно решения за здравнонеосигурените лица по цялата верига – идентифициране, регистриране, медицинско обслужване.

- Да се разработи комплекс от мерки – законодателни, икономически, социално-психологически, информационни, с които да се промени подходът към лицата, които не правят здравни вноски.
- Да се въведе система за непрекъснат мониторинг върху плащането на осигуровки.
- Да се създаде регистър на подлежащите на здравно осигуряване лица по региони, функционално позволяващ диференциране на вноските.
- Да се изготвят и внасят за обсъждане в НСТС периодични (месечни и годишни) анализи за броя, възрастовата структура и регионалното разположение на лицата, които не правят вноски, вкл. на финансовите потоци от приносителите.
- Териториалните звена на Националната агенция по приходите (НАП), Националния осигурителен институт (НОИ) и МЗ да се активизират за разкриване на причините и да реализират мерки за въздействие върху лицата, които не правят или забавят внасянето на осигурителни вноски.
- МЗ и Министерството на труда и социалната политика (МТСП) съвместно с НАП, НОИ и социалните партньори да разработят пакет от проекти за нормативни решения за регулиране на действията спрямо лицата, които са неизправни към здравното осигуряване и институциите при тяхното здравно обслужване.
- Разходите за обслужване на неосигурените лица да се поемат от държавата.
- Да се промени режимът на възстановяване на участието в здравноосигурителната система с оглед съответствие между времето и размера на направените осигурителни вноски и ползването на осигурителни права.

15. Да се подготвят и обсъдят спешни и неотложни мерки за стабилизиране и развитие на потенциала от медицински специалисти.

- Да се разработи дългосрочна национална програма за осигуряване на необходимите медицински кадри за системата за следващите 10-15 години.
- Да се вземат мерки за обучение, мотивиране и осигуряване на необходимите лекари специалисти и медицински сестри, особено в регионален разрез.
- Да постави акцент върху подготовката и мотивацията на здравните мениджъри.
- Да се даде възможност на лечебните заведения самостоятелно да финансират и провеждат своя кадрова политика. Да се преразгледат съществуващите програми за обучение, начини на финансиране и инициатива за обучение.
- Да се разработят механизми за повишаване на мотивацията на медицинските кадри за специализация и продължаваща квалификация – заплащане, стипендии, придобиване на опит в чужбина.
- Договорно да се обвърже възможността за кредитирано образование и специализация със задължение на медицинския специалист да работи определен брой години след обучението в конкретно болнично заведение.
- Да се мобилизира и пренасочи финансов ресурс от различни програми, вкл. ОП „Развитие на човешките ресурси“ за обучение на специализанти в спешната помощ, медицински сестри, санитарни, управители на здравни заведения и др.

16. Да се въведат принципни промени в организацията и заплащането на медицинския персонал и финансирането на лечебните заведения.

- Лекарите, които работят в държавни, общински и частни болници с публичен ресурс, да могат да сключват и да работят само по един трудов договор.
- Да се промени моделът на заплащане на общопрактикуващите лекари. Капитацията при заплащането им да се замени със система от показатели за оценка на извършена дейност, като основен критерий да е качеството на медицинското обслужване.
- Да се въведе изискването лечебните заведения, които имат договори с НЗОК, да работят „**non-Profits**“, т.е. да не формират и разпределят печалба от дейностите, финансирани с публични средства.

17. Да се разработи дългосрочна инвестиционна политика, чрез която да се осигури реализация на целите на промените в здравеопазването, вкл.:

- Да се определят приоритетите и тяхната последователност;
- Да се подготвят и обсъдят разчети за размера на инвестициите, необходими за постигане на поставените цели;
- Да се определят източниците, от които ще се осигурят необходимите средства;
- Да се представи очакваният ефект.

18. Да се създадат механизми за координация и контрол при закупуването с публични средства на високоефективно и скъпо оборудване, с оглед осигуряване на равен достъп на населението до квалифицирана медицинска помощ.

19. Да се реши проблемът със статута на болничните заведения.

- Да се обсъдят нормативни решения за подобряване на свободата и автономията на болниците и другите лечебни заведения по отношение на финансирането и осигуряването на инвестиции.
- Да се осигури възможност на болниците самостоятелно да се договарят пряко с НЗОК и да участват при определянето на цените на услугите, които предлагат.
- Да се определи нормативно кръгът от дейности, за които могат да се използват средствата от НЗОК за здравноосигурителните плащания;

- Да се предвиди участието на представители на бизнеса в управлението на здравните заведения – в управителните съвети да се включат опитни бизнесмени, банкери, финансисти, а не лица, назначени на политически или друг принцип.
 - Да се решат въпросите с източниците на финансиране за капиталовите разходи и за технологичното оборудване на болниците, за да могат да отговарят на определените стандарти за обслужване на населението.
20. Да се създадат условия, вкл. нормативни и организационни, за нормално и най-вече **легално снабдяване на лечебните заведения с кръв.**
21. **Да се приложи нов подход в контролната дейност,** която да се основава на електронизация в управлението на медицинските дейности и анализ на извършената дейност, на база строго определени стандарти и критерии за оценка на качеството и ефекта от предоставените медицински услуги.
22. **Да се създаде независима от държавата система за обективен рейтинг на лечебните заведения,** с оглед предоставяне на осигурените реална оценка за качеството на обслужване и възможностите за лечение в отделните болници, клиники и отделения. Тук решаваща е ролята на неправителствения сектор.
23. **Да се приеме политическо решение за проблемите на приватизацията в здравеопазването.**
- Приватизацията да се разглежда като неразделна част от цялостния пакет от решения и инициативи на реформата в здравеопазването.
 - Акцентът да бъде приватизация на дейности в здравеопазването, а не на нейните активи – земя, сграден фонд и др.
 - Да се определят приоритетите в тази дейност, да се очертае последователността на действията и да се посочат формите на приватизация.
 - Да се осъществява непрекъснат обществен мониторинг върху провеждането и резултатите от тази дейност.
24. **Да се осигурява прозрачност в дейността на здравната система,** като се обявяват своевременно и периодично възникналите проблеми при финансирането и функционирането на здравната система. Да се внасят периодично анализи и информация за извършените разходи за здравното обслужване на различните групи осигурени лица, за приоритетите и възникналите проблеми в медицинското обслужване, както и резултатите от него.
25. **Да се подготви пътна карта за промяна на здравния статус на населението.**
26. **Да се създадат условия за постигане на обществен консенсус, преди да започне реформа на системата на здравеопазване, по важни въпроси като:**
- Има ли алтернатива предложеният модел за реформа в здравното осигуряване, или трябва да се търсят други решения?
 - Кои са рисковете – икономически, политически и социално-психологически, пред предстоящата реформа в здравеопазването?
 - Как да се осигури финансова устойчивост на системата в следващото десетилетие?
 - Как да бъде гарантирана и осигурена устойчивостта на системата пред предизвикателствата на времето?
 - Кога ще се достигне качество на медицинско обслужване, адекватно на изискванията на Европейския съюз?

27. **Да се проведе широка обществена дискусия по проблемите и перспективите на развитието на здравната система.** В дискусията да участват всички заинтересовани страни – работодатели, синдикати, представители на държавата, на медицинското съсловие, пациентските организации и др.

Европейската практика показва, че за преодоляване на съпротивата срещу радикални промени в здравеопазването и за засилване на нейната подкрепа е необходима широка предварителна подготовка на общественото и професионално мнение относно обективната необходимост от известни ограничения и от по-прецизно регулиране на цялостния процес на медицинска помощ.

Обществото трябва да получи отговор на въпросите:

- Как се използват финансовите средства, вкл. и резервът, с които разполага НЗОК?
- Какви реални финансови средства и други ресурси са необходими на НЗОК в периода на реформирането на системата?
- Какъв е размерът на финансовите средства, които са необходими за поддържане и гарантиране на устойчивост на реформираната здравна система?
- Какъв ще е ефектът от ползването на финансовите средства за здравната система – за осигурените лица, за медицинското съсловие, за промени в материалната база, техника и оборудване на лечебните заведения, за въвеждането на съвременни високоефективни технологии и методи на лечение?

ПРЕДСТАВЕНИТЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ЦЕЛЯТ:

1. Да се защитят интересите и да се гарантират правата на осигурените лица на всички равнища;
2. Да се подобри финансовото състояние и да се повиши ефективността от системата на здравеопазване;
3. Да се създадат условия за постигане на качество на здравните услуги, съответстващо на европейските стандарти;
4. Да се гарантира по-голяма справедливост, равнопоставеност и достъпност на осигурените лица до качествена медицинска помощ;
5. Да се осигури и гарантира прозрачност и информираност на обществото за състоянието, поведението и резултатите от функционирането на системата.

Приложение 1 – Разходи за здравеопазване като % от БВП

Графика 1 – Разходи за здравеопазване в България, като % от БВП

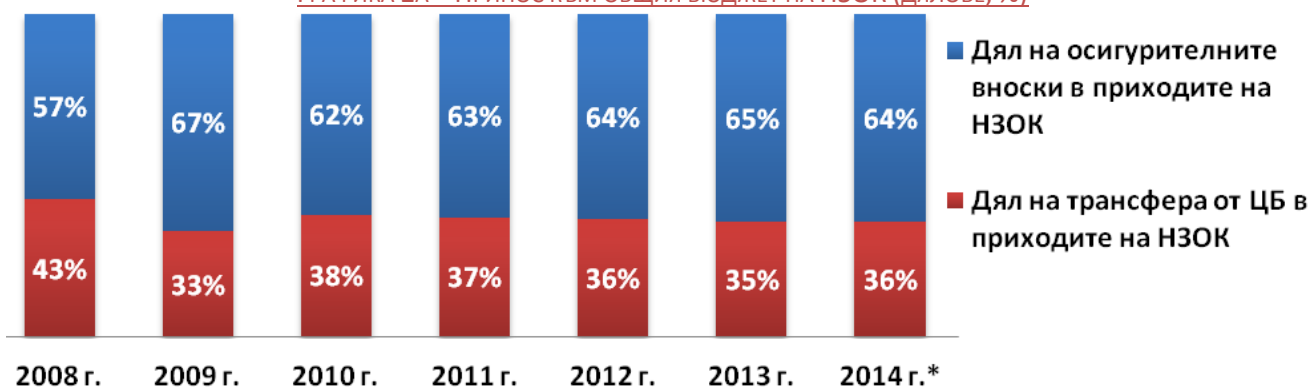


Таблица 1 – Разходи за здравеопазване в страните от ЕС, като % от БВП

2011 г.	% от БВП
ЕС-27	7,3%
ЕС-17	7,4%
Нидерландия	8,5%
Дания	8,4%
Франция	8,3%
Обединено кралство	8,0%
Белгия	7,9%
Австрия	7,8%
Финландия	7,8%
Чешка република	7,8%
Ирландия	7,5%
Италия	7,4%
Германия	7,0%
Швеция	7,0%
Словения	6,9%
Португалия	6,8%
Испания	6,3%
Словакия	5,9%
Малта	5,6%
Литва	5,2%
Естония	5,1%
Унгария	5,1%
Люксембург	4,8%
Полша	4,7%
България	4,3%
Латвия	4,1%
Кипър	3,4%
Румъния	3,4%

Приложение 2 – Публични разходи за здравеопазване

ГРАФИКА 2А – ПРИНОС КЪМ ОБЩИЯ БЮДЖЕТ НА НЗОК (ДЯЛОВЕ, %)



ГРАФИКА 2Б – ДЯЛ В ПРИХОДИТЕ ОТ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ ВНОСКИ

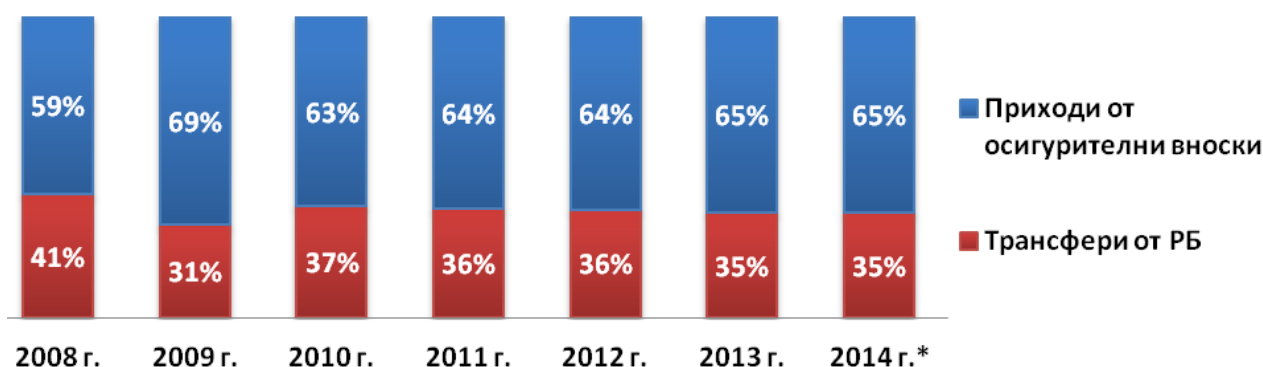
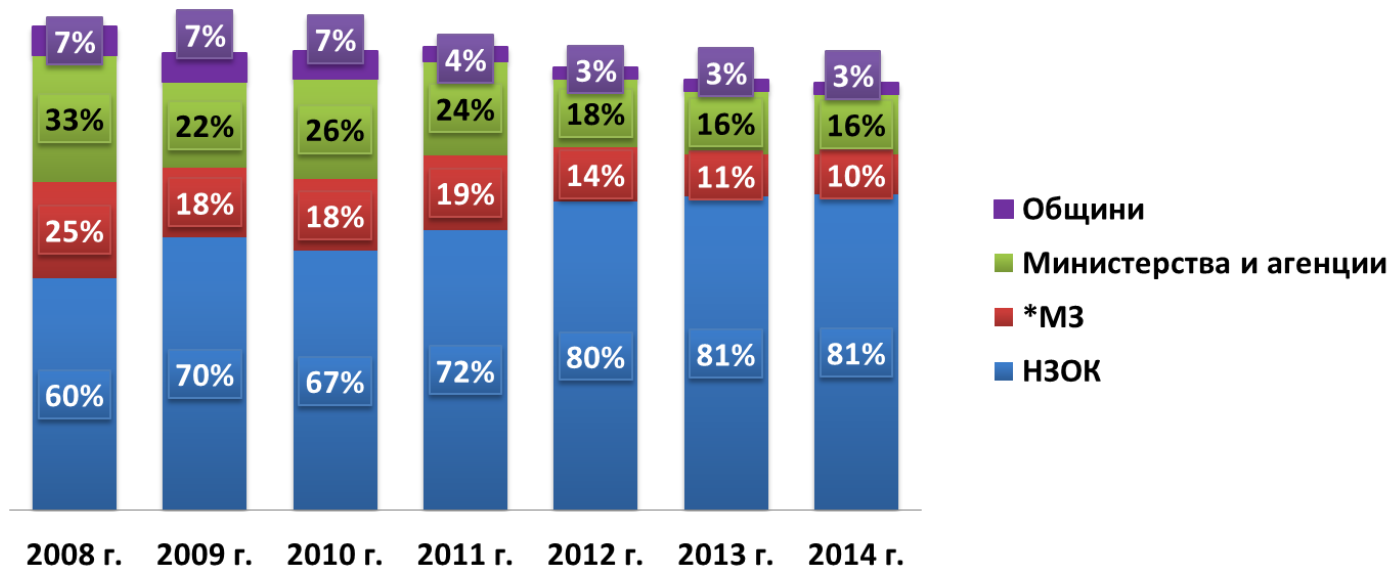


ТАБЛИЦА 2 – ПУБЛИЧНИ РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ПО ИЗТОЧНИЦИ (МЛН.ЛВ.)

	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.	2008-2014 изм.в %
НЗОК	1 686	2 071	2 039	2 634	2 634	2 710	2 823	67,4
Министерства и агенции	921	649	796	878	580	547	543	-41,1
- МЗ	699	525	564	706	468	368	359	-48,6
- Др.министерства и аг.	168	124	85	98	112	178	184	8,9
Общини	208	219	216	134	95	96	102	-50,7
Общо разходи за здр.	2 815	2 939	3 051	3 645	3 309	3 353	3 468	23,2

ГРАФИКА 3 – ПУБЛИЧНИ РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ПО ИЗТОЧНИЦИ (ДЯЛОВЕ В %)



Приложение 3 – Разходи за здравеопазване на домакинствата и лицата

По данни на НСИ средните разходи на семействата за здравеопазване за 10-годишния период от 2002 до 2012 г. са се увеличили 3 пъти – от 176 лв. на 501 лв. Тази тенденция се отнася и за разходите на едно лице, които се увеличават също 3 пъти - от 66 лв. на 212 лв.

ТАБЛИЦА 3 - ОБЩ РАЗХОД НА ДОМАКИНСТВОТА

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	ръст
Общ потребителски общ разход	6121	6896	7057	6952	7177	8020	31%
- Храна и безалкохолни напитки	2696	2960	3004	3016	3095	3209	19%
- Алкохолни напитки и тютюневи изделия	333	353	387	372	380	423	27%
- Здравеопазване	338	385	438	447	479	501	48%

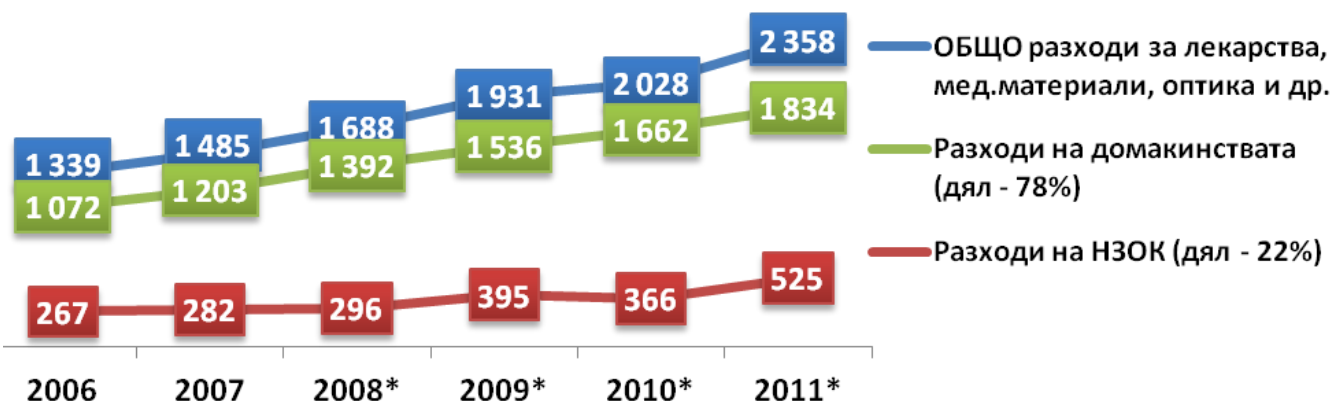
ТАБЛИЦА 4 - ОБЩ РАЗХОД НА ЕДНО ЛИЦЕ (ЛВ.)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	ръст
Потребителски общ разход	2431	2780	2857	2811	2934	3388	39%
- Храна и безалкохолни напитки	1071	1194	1216	1219	1265	1355	27%
- Алкохолни напитки и тютюневи изделия	132	142	157	150	155	178	35%
- Здравеопазване	134	155	177	181	196	212	58%

Негативна тенденция е, че темпът на увеличаване на разходите за здравеопазване за домакинствата (48 на сто) и за лицата (58 на сто) сериозно изпреварва темпа на увеличение на общите разходи, съответно - 31 на сто и 39 на сто. Особено драматично е увеличението за лицата – близо два пъти. Това означава намаление на другите разходи на домакинствата и на лицата за сметка на увеличените плащания за лекарства, за лечение, за прегледи и т.н. (например, разходите за храна за домакинствата са увеличени само с 19 на сто). Тревожно е, че въпреки кризата и намалелите доходи на населението, разходите за алкохол и цигари непрекъснато се увеличават и по абсолютна стойност се доближават до тези на разходите за здравеопазване.

Общите разходи на населението за лекарства, медицински материали, оптика и други медицински материали за периода 2006-2011 г. са се увеличили със 71 на сто – от 1 072 на 1 834 млн. лв. Увеличението е главно за сметка на разходите на домакинствата, като техният дял в общите продажби достига до 78 на сто. Увеличението на разходите за лекарства и други медицински материали за сметка на НЗОК е незначително, като само 22 на сто от закупените лекарства и други медицински материали са от публични средства.

ГРАФИКА 4 – РАЗХОДИ ЗА МЕДИКАМЕНТИ И ДР. МЕДИЦИНСКИ И ОПТИЧНИ ПРОДУКТИ И КОНСУМАТИВИ, ХИЛ. ЛВ.



Разходите за здравеопазване на глава от населението е показател, който дава представа за възможностите на здравната система за оказване на медицински услуги и лечение, които се предоставят от публичните фондове.

Публичните средства за здравеопазване на глава от населението за 2012 г. са около 480 лв. Това е значително по-малко от средствата, които се отделят в развитите страни, и безспорно не е достатъчно за осигуряване на съвременни здравни грижи. Средно в ЕС за човек от населението се отделят €1843 (ЕС-27) и €2094 (ЕА-17) за здравеопазване, като за Германия – €2232. Франция е €2530, Чехия - €928 и най-нисък е размерът в Латвия €404.²

ТАБЛИЦА 5 - РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В ДЪРЖАВИТЕ-ЧЛЕНКИ НА ЕС ЗА 2011 Г.

2011 г.	% от БВП	млн.евро	евро/1 лице
ЕС-27	7,3%	926 728	1 843
ЕС-17	7,4%	695 844	2 094
Люксембург	4,8%	2 031	3 910
Дания	8,4%	20 088	3 607
Нидерландия	8,5%	50 966	3 053
Швеция	7,0%	27 271	2 886
Австрия	7,8%	23 322	2 770
Финландия	7,8%	14 829	2 753
Ирландия	7,5%	11 945	2 660
Белгия	7,9%	29 148	2 655
Франция	8,3%	164 882	2 530
Обединено кралство	8,0%	140 057	2 233
Германия	7,0%	182 510	2 232
Италия	7,4%	116 195	1 913
Испания	6,3%	67 500	1 463
Словения	6,9%	2 481	1 209
Чешка реп.	7,8%	12 145	1 157
Португалия	6,8%	11 680	1 097
Малта	5,6%	366	875
Словакия	5,9%	4 093	752
Кипър	3,4%	609	716
Естония	5,1%	813	606
Литва	5,2%	1 616	533
Унгария	5,1%	5 132	515
Полша	4,7%	17 529	455
Латвия	4,1%	831	404
България	4,3%	1 772	241
Румъния	3,4%	4 444	208

² Eurostat – Statistics in focus: Economy and Finance Authors: Laurent FREYSSON, Laura WAHRIG

Приложение 4 – Разходи на Министерството на здравеопазването

ГРАФИКА 5 - СТРУКТУРА НА РАЗХОДИТЕ НА МЗ ПРЕЗ 2012 Г.



В рамките на определения бюджет МЗ пряко финансира 114 юридически лица на бюджетна издръжка - административни структури, здравни и лечебни заведения.

ТАБЛИЦА 6 – РАЗХОДИ НА МЗ ЗА ВТОРОСТЕПЕННИ РАЗПОРЕДИТЕЛИ НА БЮДЖЕТНА ИЗДРЪЖКА

Структурно звено	Бр. звена	Разходи за 2012 г., лв.
центрове по спешна медицинска помощ (ЦСМП)	28	90 664,7
регионални здравни инспекции (РЗИ)	28	42 396,9
национални центрове (НЦ)	5	15 477,4
домове за медико-социални грижи за деца в неравностойно социално положение (ДМСГД)	31	32 991,1
лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ (ДПБ)	12	21 823,1
Регионални центрове по хемотрансфузиология (РЦТХ)	4	5 972,0
Изпълнителна агенция по лекарствата (ИАЛ)	1	4 225,9
Изпълнителна агенция по трансплантация (ИАТ)	1	482,6
Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК)	1	1 105,0
Център „Фонд за лечение на деца“ (ЦФЛД)	1	10 606,5
Център „Фонд за асистирана репродукция“ (ЦФАР)	1	17 316,3
Изпълнителна агенция „Медицински одит“ (ИАМО)	1	1 101,4
ОБЩО РАЗХОДИ на второстепенните разпоредители с бюджетни средства, в т.ч.:		244 162,9
- текущи разходи		237 467,5
- капиталови разходи		6 659,4

Приложение 5 – Бюджет на НЗОК

ТАБЛИЦА 7 - ПРИХОДИ НА НЗОК (млн.лв.)

	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2008-2014
Общо приходи, вкл.:	1 686	2 473	2 572	2 634	2 634	2 710	2 823	67%
Осигур. приходи, в т.ч.:	1 645	2 403	2 541	2 603	2 615	2 690	2 795	70 %
- От осиг. вноски	968	1 664	1 600	1 662	1 674	1 749	1 830	88 %
- Трансфер от РБ	677	739	941	941	941	941	975	44 %
Други приходи	41	71	31	31	19	20	28	-32 %

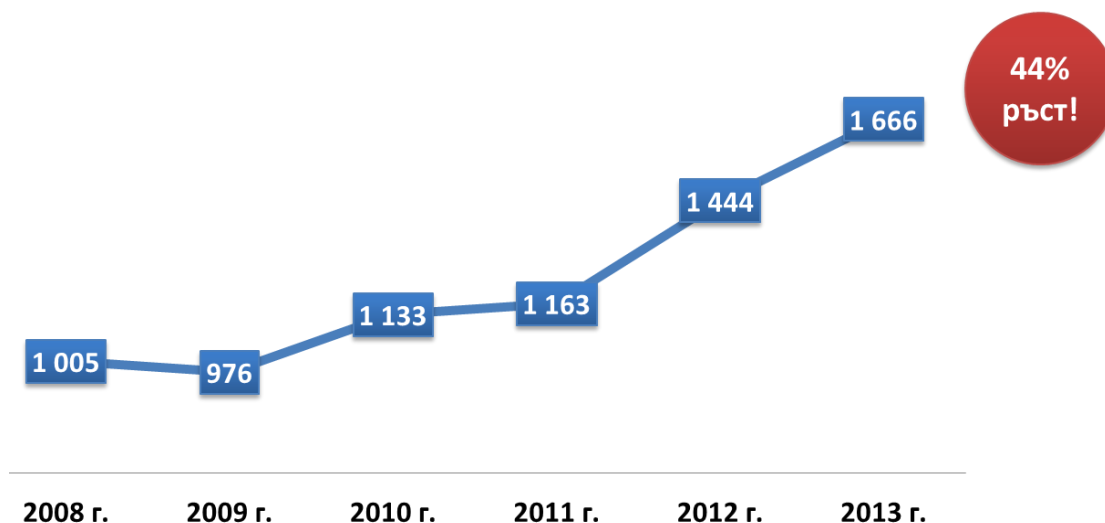
ТАБЛИЦА 8 – ИЗПЛАТЕНИ СРЕДСТВА ОТ РЗОК ПРЕЗ 2013 Г.

		Лв.	Отн. дял
1	РЗОК София град	534 313 083	32%
2	РЗОК Пловдив	264 056 349	16%
	2 РЗОК	798 369 432	48%
3	РЗОК Варна	127 005 944	8%
	3 РЗОК	925 375 376	56%
4	РЗОК Бургас	70 793 774	4%
5	РЗОК Плевен	67 643 154	4%
6	РЗОК Стара Загора	60 925 371	4%
7	РЗОК Пазарджик	51 652 903	3%
	7 РЗОК	1 176 390 578	71%
8	РЗОК Русе	47 480 932	3%
9	РЗОК Благоевград	41 643 691	2%
10	РЗОК Враца	38 540 981	2%
11	РЗОК Велико Търново	37 134 073	2%
12	РЗОК Хасково	35 490 077	2%
13	РЗОК Сливен	30 060 025	2%
14	РЗОК Шумен	25 449 983	2%
14	РЗОК София област	24 840 048	1%
16	РЗОК Монтана	23 605 946	1%
17	РЗОК Габрово	21 859 318	1%
18	РЗОК Ловеч	19 232 025	1%
19	РЗОК Ямбол	19 078 410	1%
20	РЗОК Кюстендил	17 710 293	1%
21	РЗОК Търговище	17 683 412	1%
22	РЗОК Кърджали	17 111 722	1%
23	РЗОК Добрич	16 149 473	1%
24	РЗОК Разград	13 771 687	1%
25	РЗОК Силистра	12 589 005	1%
26	РЗОК Смолян	12 377 367	1%
27	РЗОК Перник	9 308 211	1%
28	РЗОК Видин	8 725 213	1%
	28 РЗОК	1 666 232 470	100,0%

ТАБЛИЦА 9 – ФИНАНСИРАНИ ОТ НЗОК БОЛНИЦИ ПРЕЗ 2013 Г.

	Лв.	Отн. дял
2 болници (Пловдив и Варна)	159 072 039	10%
9 болници	421 421 070	25%
14 болници	553 100 683	33%
30 болници	841 423 945	50%
62 болници	1 166 390 158	70%
Общо 367 болници:	1 666 232 469	100,0%

ГРАФИКА 6 – РАЗХОДИ НА ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ (млн.лв.)



Приложение 6 – Отклонени средства от НЗОК

През последните години беше въведена практика средства от здравноосигурителни вноски да се отклоняват за нуждите на фискалния резерв (около 1,2 млрд. лв.). Заедно с това, от бюджета на НЗОК бяха отклонени за бюджета на МЗ 340 млн. лв. през 2011 г. и 100 млн. лв. през 2012 г., без да е предоставен отчет за разходваните средства.

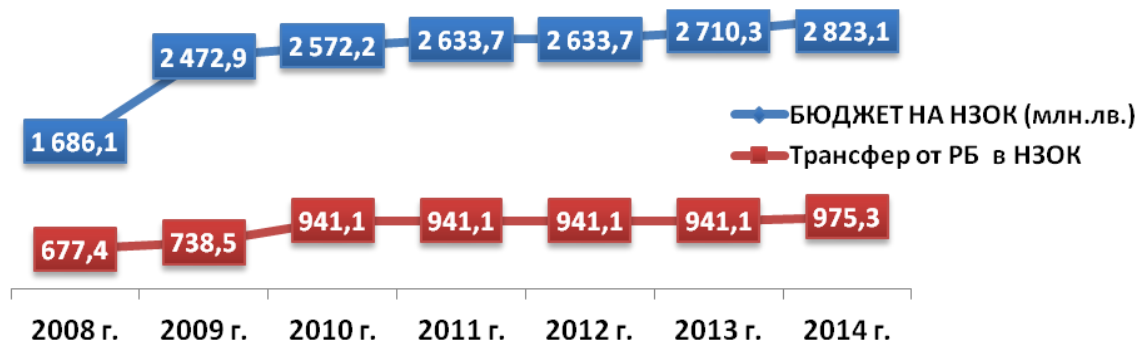
ТАБЛИЦА 10 – ОТКЛОНЕНИ СРЕДСТВА ОТ НЗОК КЪМ ФИСКАЛНИЯ РЕЗЕРВ И МЗ (хил. лв.)

	2008	2009	2010	2011	2012	общо
Излишък от НЗОК	426 307	401 761	532 779	*	*	1 360 847
За бюджета на МЗ	*	*	*	340 000	100 000	440 000

Приложение 7 – Трансфери от Републиканския бюджет

В периода 2009-2013 г. трансферът от Републиканския бюджет към НЗОК за здравноосигурителни вноски на осигуряваните от държавата лица **се запазва в размер на 941.12 млн.лв.**, въпреки промените в показателите, на основата на които се определя. Така например, общият размер на средствата за изплащане на пенсии непрекъснато се увеличава през годините. Това води до увеличаване на средствата за здравноосигурителни вноски, които държавата дължи за пенсионерите. Подобна е и тенденцията със средствата за здравноосигурителни вноски за безработните, които получават обезщетение.

Графика 7 – ТРАНСФЕР ОТ РЕПУБЛИКАНСКИЯ БЮДЖЕТ КЪМ НЗОК И ОБЩ БЮДЖЕТ НА НЗОК (ЛВ.)



Графика 8 – ПОЛАГАЩА СЕ ВНОСКА ОТ РЕПУБЛИКАНСКИЯ БЮДЖЕТ ЗА НЗОК ЗА ПЕНСИОНЕРИ И БЕЗРАБОТНИ (ЛВ.)

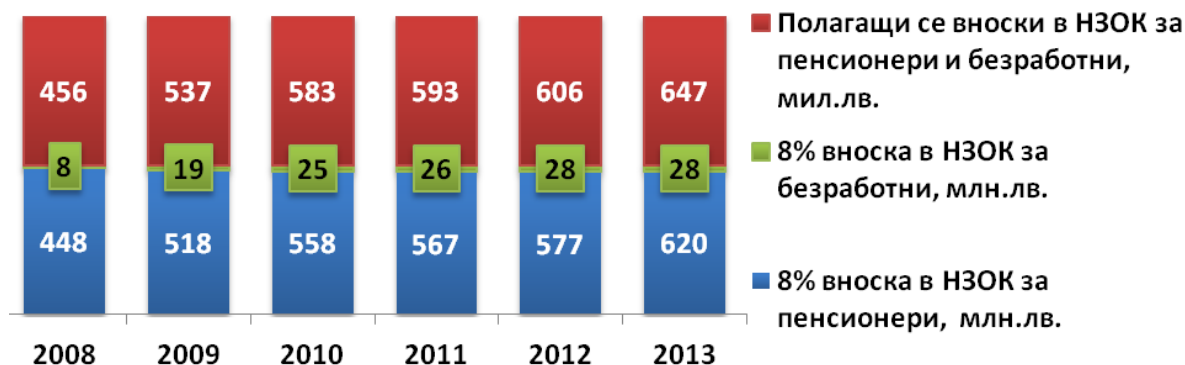


ТАБЛИЦА 11 – ОСИГУРИТЕЛНИ ВНОСКИ ЗА БЕЗРАБОТНИТЕ ЛИЦА С ПРАВО НА ОБЕЗЩЕТИЕ

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
МОД за самоосигуряващи се, лв.	240	260	420	420	420	420
4% Месечна вноски в НЗОК (лв./1 лице)	9,6	10,4	16,8	16,8	16,8	16,8
4% Годишна вноски в НЗОК (лв./1 лице)	115	125	202	202	202	202
8% Месечна вноски в НЗОК (лв./1 лице)	19	21	34	34	34	34
8% Годишна вноски в НЗОК (лв./1 лице)	230	250	403	403	403	403
Обезщетения за безработни, млн.лв.	99	238	311	320	354	347
Разходи за пенсии, млн.лв.	5 597	6 480	6 981	7 092	7 217	7 746
Полагаща се вноски в НЗОК, млн.лв.:						
- За безработни (8% от обезщ.)	8	19	25	26	28	28
- За пенсионери (8% от пенсията)	448	518	558	567	577	620
Общо за безработни и пенсионери:	456	537	583	593	606	647
Разлика към предх.година, млн.лв.	-	82	46	10	13	41
Трансфер от ЦБ за бюджета на НЗОК	453		941	941	941	941

Ако приемем 2010 г. за базова, тъй като оттогава не е променян размерът на осигурителната вноски (8%), то само вследствие увеличените приходи от здравни вноски за пенсионери и безработни би следвало трансферът на ЦБ да е нараснал с **64 млн.лв.**

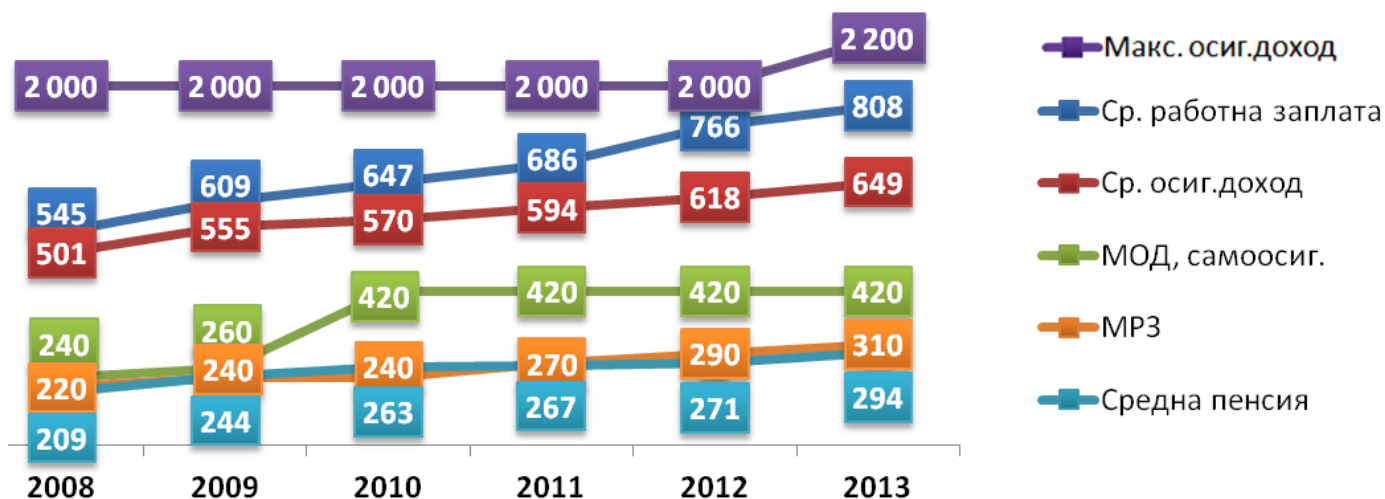
Приложение 8 – Показатели, влияещи върху приходите от здравни вноски

ТАБЛИЦА 12 – Ключови показатели, влияещи върху приходите от здравни вноски

	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2008÷2013 изм. в %
МРЗ, лв.	220	240	240	270	290	310	40,9
СРЗ, лв.	545	609	647	686	766	808	48,3
Здравноосигурителна вноска	6%	8%	8%	8%	8%	8%	33,3
Средномесечен осигур. доход, лв.	501	555	570	594	618	649	29,6
МОД за самоосигуряващи се, лв.	240	260	420	420	420	420	75,0
Макс. осигурителен доход, лв.	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 200	10,0
Осигурени лица (хил.д.), вкл.:	2 866	2 830	2 831	2 766	2 770	2 730	-4,8
• Самоосигуряващи се	260	279	186	183	206	199	-23,7
• Земеделски производители	44	50	36	32	30	34	-23,5
Пенсии, хил.бр.	2 687	2 665	2 667	2 676	2 697	2 678	-0,3
Пенсионери, хил.д.	2 215	2 193	2 192	2 200	2 218	2 196	-0,9
Средна пенсия на 1 пенсионер, лв.	209	244	263	267	271	294	40,7
Средна пенсия за ОСВ, лв.	210	263	284	289	294	318	51,5
Максимална пенсия, лв.	490	648	700	700	700	753	53,6
Минимална пенсия за ОСВ, лв.	108	130	136	136	141	149	37,5
Социална пенсия, лв.	80	97	101	101	101	108	34,4
Регистрирани безработни, хил.д.	233,2	281,0	350,9	332,6	364,5	371,4	59,3
Безработни с право на обезщетение, хил.д.	67,5	121,0	136,8	106,6	117,7	115,3	70,9

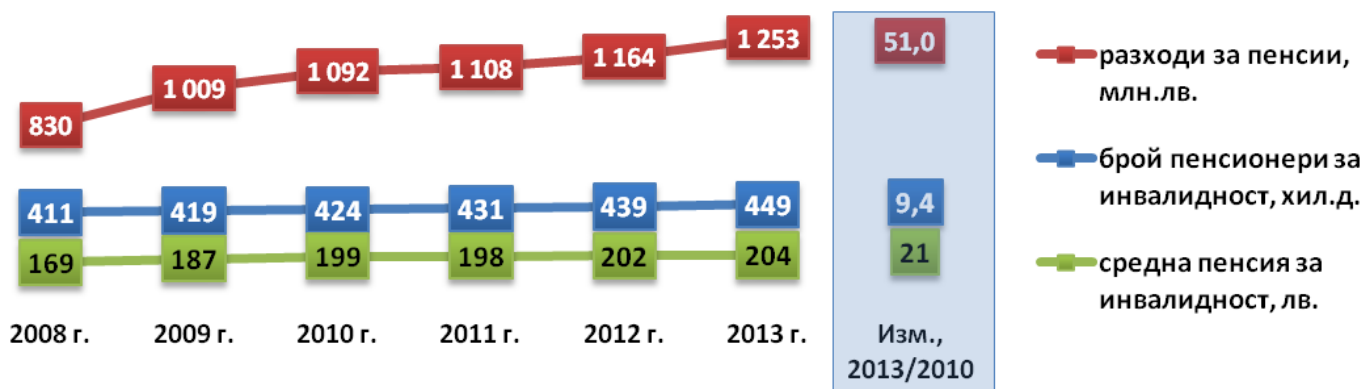
През разглеждания период има създадени обективни условия за съществено увеличение на приходите от осигурителни вноски, които не бяха оползотворени по вина на държавната администрация. Трайна тенденция е ръстът на постъпления от осигурителни вноски да е в резултат на увеличението на средния осигурителен доход, средния размер за всички пенсии, минималната и средната работна заплата, както и във връзка с 33-процентното увеличение на ставката за размера на вноската (от 6 на 8 на сто).

ГРАФИКА 9 – ОСНОВНИ ПОКАЗАТЕЛИ (лв.)



Приложение 9 – Пенсии за инвалидность и обезщетения за заболяване

ГРАФИКА 10 – ДОО, ПЕНСИИ ЗА ИНВАЛИДНОСТ ЗА ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ



ГРАФИКА 11 – ОБЕЗЩЕТЕНИЯ ЗА ВРЕМЕННА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ

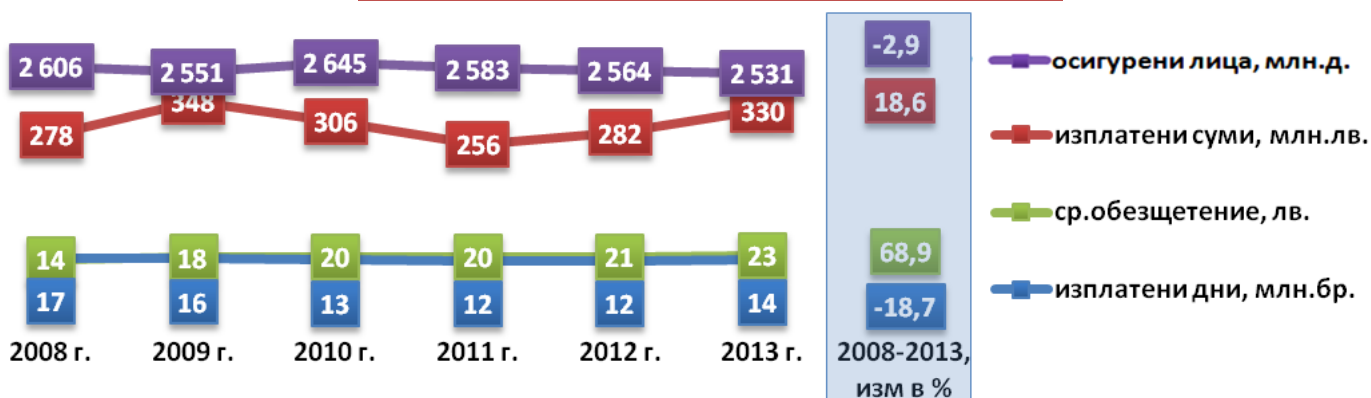


ТАБЛИЦА 13 - Издадени болнични листове през 2013 г. по вид на издателя

	Бр. обезщетения		Изплатена сума		дни	
	млн. бр.	дял	млн. лв.	дял	млн. бр.	дял
ИПИМП (JP)	0,701	34%	43,8	14%	1,9	14%
Мед. център	0,333	16%	72,5	23%	3,3	24%
ДКЦ	0,269	13%	62,1	20%	2,7	20%
МБАЛ	0,371	18%	74,5	24%	3,3	24%
други	0,409	20%	61,0	19%	2,5	19%
ОБЩО	2,082	100%	313,8	100,0%	13,7	100,0%

ГРАФИКА 12 – Издадени болнични листове през 2013 г.

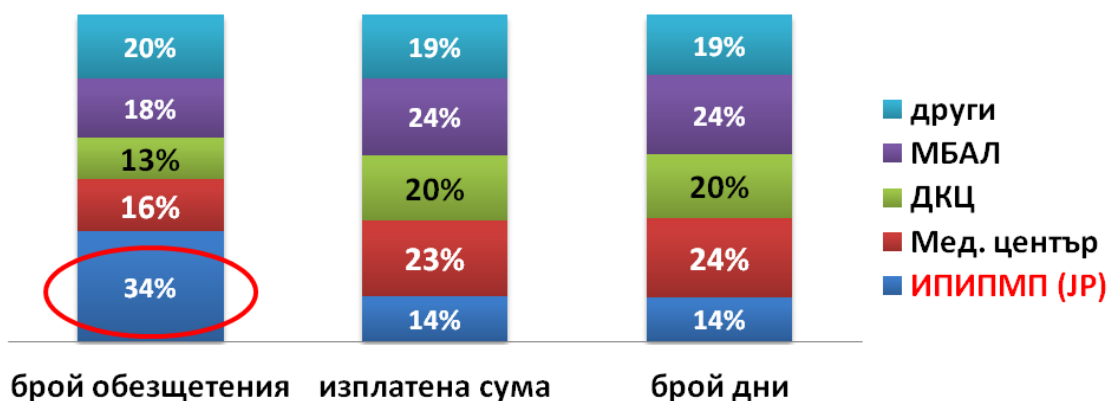


ТАБЛИЦА 14 – БЮДЖЕТ НА ДЪРЖАВНОТО ОБЩЕСТВЕНО ОСИГУРЯВАНЕ (ДОО), В МЛН.ЛВ.

	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2008-2013 %
Приходи в ДОО, вкл.:	6 435	7 582	8 132	8 225	8 352	8 923	38,7
• от осигурителни вноски	4 198	3 708	3 304	3 807	3 832	4 220	0,5
• от трансфери и субсидии	2 237	3 874	4 827	4 417	4 520	4 703	110,3
Разходи на ДОО, вкл.:	6 451	7 644	8 171	8 216	8 362	8 972	39,1
Разходи за пенсии	5 597	6 480	6 981	7 092	7 217	7 746	38,4
Обезщетения, в т.ч.:	703,4	1 014,1	1 058,5	995,4	1 014,9	1 091,0	55,1
• за безработни	98,8	237,9	311,0	320,4	353,9	347,1	251,5
• за временна неработосп-ст	277,9	347,7	306,4	256,3	281,6	329,6	18,6
• за бременност и раждане	197,8	300,9	315,4	299,7	270,3	286,0	44,6
• за отглеждане на дете	129,0	127,6	125,7	118,9	109,1	128,3	-0,5