

Investing in your future



European fund for  
regional development  
EUROPEAN UNION



## **СПОРАЗУМЕНИЕ ЗА КОНСУЛТАНТСКИ УСЛУГИ**

**между**

**МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА РЕПУБЛИКА  
БЪЛГАРИЯ**

**и**

**МЕЖДУНАРОДНАТА БАНКА ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ И РАЗВИТИЕ**

# **Окончателен доклад за финансирането на здравеопазването Диагностика и преглед на предвидените реформи**

май 2015 г.



2.4. Лекарствени средства.....	100
2.4.1. Основни положения.....	100
2.4.2. Подбор на лекарства и ценообразуване.....	102
2.4.3. Обществени поръчки и заплащане.....	104
2.4.4. Разпределение и верига на доставките.....	106
2.4.5. Предписване и отпускане на лекарства.....	106
2.5. Информационни системи за управление на здравеопазването.....	107
2.5.1. Рамка за описване и достъп до работата на информационни системи, подкрепящи финансирането.....	107
2.5.2. Информационни системи на доставчиците в здравните заведения в България.....	110
2.5.3. ИСЗО в НЗОК.....	110
2.5.4. Връзки при сделките между платеща и доставчиците, и между доставчиците.....	111
2.5.5. Кратко обобщение на сегашните системи ИСЗО в България.....	111

### **Глава 3. Оценка на работата на системата за финансиране на здравеопазването ..113**

3.2. Тенденции и глобални сравнения във финансирането на здравеопазването: разходи и приходи.....	113
3.2.1. Тенденции в разходите: равнище и разпределение между държавни и частни.....	114
3.2.2. Тенденции в държавното финансиране и приоритизиране на здравеопазването.....	117
3.2. Финансова защита и равнопоставеност.....	119
3.3.1. Осигурително покритие.....	120
3.3.2. Ефективна финансова защита.....	126
3.3.3. Равнопоставеност и преразпределение.....	131
3.3. Покупателна ефикасност за услуги.....	134
Източник: Авторите.....	137
3.3.1. Общопрактикуващи лекари (ОПЛ) и амбулаторни специалисти.....	137
3.3.2. Болници.....	139
3.3.3. Ролята на системата на спешната медицинска помощ.....	142
3.4. Покупателна ефикасност за лекарства.....	143
3.4.1. Обзор.....	143
3.4.2. Нормативна уредба.....	144
3.4.3. Подбор на лекарства и ценообразуване.....	145
3.4.4. Верига на разпределението и предлагането.....	151
3.5. Разработване на способност за актюерна оценка.....	152

### **Глава 4. Ограничения при подобряването на финансирането на здравеопазването**

**156**

4.1. Фискално пространство и фискални политики в здравеопазването.....	156
4.1.1. Фискално пространство: понятия.....	157
4.1.2. Перспективи за увеличаване на фискалното пространство в България.....	158
4.1.3. Кратко обсъждане на състава на публичните приходи.....	162
4.2. Готовност на ИСЗО и нейната среда.....	163
4.2.1. Определяне на стандарти и речник на здравните данни.....	163
4.2.2. Информационните системи на доставчиците: проблеми.....	165
4.2.3. ИСЗО.....	166
4.2.4. Обобщение.....	169
4.3. Общо управление и работа на НЗОК: обобщена оценка.....	171

<b>Глава 5. Изходни данни относно реформата на системата на финансиране на здравеопазването</b> .....	<b>177</b>
---	------------

<b>Част II: Преглед на предвижданите реформи</b> .....	<b>185</b>
--	------------

<b>Увод</b>	<b>185</b>
-------------	------------

<b>Глава 6. Основни и допълнителни пакети услуги: свързани понятия и поуки от международния опит</b> .....	<b>189</b>
--	------------

6.1. Въпроси, свързани с основния пакет дейности .....	189
6.1.1. Общи принципи.....	190
6.1.2. Основни аспекти при дефинирането на ОПД.....	195
6.1.3. Други аспекти, които следва да се отчетат при прилагане на ОПД.....	202
6.1.4. Значение за България.....	208
6.2. Въпроси, свързани с допълнителния пакет дейности.....	209
6.2.1. Време за изчакване .....	209
6.2.2. Доброволно здравно осигуряване.....	214
6.3. Заключение .....	221

<b>Глава 7. За по-комплексна програма за финансиране на здравеопазването за решаване на основните проблеми на пропуските в системата</b> .....	<b>222</b>
--	------------

7.1. Въвеждане на стимули в системата на плащане на доставчиците.....	222
7.1.1. Увод и общи принципи .....	222
7.1.2. Международен опит с различни модели.....	228
7.1.3. Варианти за България.....	240
7.2. Засилване на финансовата защита.....	243
7.2.1. Настоящият подход на България и предложените реформи .....	243
7.2.2. Поуки от международния опит .....	244
7.2.3. Варианти за България.....	245

<b>Глава 8. Електронно здравеопазване</b> .....	<b>254</b>
---	------------

8.1. Електронно здравно досие .....	254
8.2. Системи в МЗ .....	255
8.3. Водеща роля в прилагането на електронно здравеопазване и пътната карта .....	256
8.4. Системи за управление на „фабриката“ НЗОК .....	256
8.5. Информационни системи на НЗОК.....	257
8.5.1. Настоящата криза със системите в НЗОК.....	261
8.5.2. Варианти за справяне с кризата .....	262
8.5.3. Двупистов подход за решаване на проблемите в НЗОК .....	264
8.6. Коментари за новата Пътна карта в електронното здравеопазване.....	266
8.6.1. Задаване на стратегически цели.....	266
8.6.2. Определяне на последователността и приоритизиране на дейностите.....	267
8.6.3. Анализ разходи-ползи.....	268
8.6.4. Изготвяне на прототипи на решения в електронното здравеопазване.....	268
8.6.5. Управление и изпълнение.....	269
8.7. Заключение .....	270

**Глава 9. Пакет спешни услуги и реформи: Анализ на предложената концепция за реформи 271**

**Глава 10. Заключение .....310**

10.1. Следващи стъпки за разработване на конкретни варианти на реформата .....311

**Литература 313**

## СЪКРАЩЕНИЯ

АЕР	Анализ на ефективността на разходите
АРП	Анализ разходи-ползи
BLISS	Bulgarian Longitudinal Inclusive Society Survey
БЛС	Българския лекарски съюз
ГПЖ	Години потенциален живот
ДЗО	Доброволно здравно осигуряване
ДСГ	Диагностично свързани групи
ЕЗД	Електронно здравно досие
ЕПИ	Единица почасова използваемост
ЕС	Европейски съюз
ЗГЖ	Загубените години живот
ЗЗО	Закон за здравното осигуряване
ЗЛПХМ	Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина
ИАЛ	Изпълнителната агенция по лекарствата
ИСЗО	Информационна система на здравното осигуряване
ИСУЗ	Информационна система за управление на здравеопазването
КП	Клинични пътеки
КУЗ	Консултантски услуги срещу заплащане
МВФ	Международен валутен фонд
МЗ	Министерство на здравеопазването
МС	Министерски съвет
МФ	Министерство на финансите
НАП	Национална агенция по приходите
НЗЗ	Незаразни заболявания
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НЗС	Национални здравни сметки
НРД	Национален рамков договор
НСИ	Национален статистически институт на България
ОДД	Определена дневна доза
ОЗТ	Оценка на здравната технология

ОИСР	Организация за икономическо сътрудничество и развитие
ОПД	Основен пакет дейности
ОПЛ	Общопрактикуващи лекари
ПЛС	Позитивен лекарствен списък
ППС	Паритет на покупателната способност
ПСП	Пакет спешна помощ
ПСС	Плащане със собствени средства
ПЧП	Публично-частно партньорство
РЗД	Речник на здравните данни
СЗО	Световна здравна организация
СМП	Спешна медицинска помощ
SWOT	Предимства Недостатъци Възможности Заплахи
УЗП	Универсално здравно покритие
ФЦСМП	Филиал на Център за спешна медицинска помощ
ЦСМП	Център за спешна медицинска помощ
ЧЗО	Частно здравно осигуряване

## БЛАГОДАРНОСТИ

Този доклад беше изготвен от екип на Световната банка, воден от Аниес Куфинял, старши икономист и ръководител на екипа, и Ха Ти Хонг Нгуен, старши икономист и съ-ръководител на екипа. Екипът също включваше (по азбучен ред): Доминик Хаазен, водещ специалист по здравни политики; Алака Хола, икономист; Рон Хендрикс, главен актюер и експерт здравно осигуряване, Русел Лавадо, икономист; Рут Лопърт, главен експерт по лекарствени политики; Ирина Постоловска, икономист; Джордж Шибер, главен експерт по финансиране в здравеопазването, Жугна Дж. Шах, главен експерт ДСГ и платежни системи; Силвия Стойнова, оперативен служител и Денис Дж.Стревелер, главен експерт по здравни информационно-управленски системи и електронно здравеопазване. Робърт Дредж, старши консултант по финансиране на здравеопазването, допринесе за написването на Глава 7. Адела Делчева, Габриел Франсис и Зинаида Кораблева осигуриха логистична и административна подкрепа на екипа. Джонатан Аспин редактира доклада.

Първата част на настоящия доклад беше изпратена на правителството през декември 2014 г., след което бяха получени коментари от правителството, беше актуализирана диагностичната част и докладът бе приет от правителството през април 2015 г. Втората част на настоящия документ е нова.

Проектът е осъществен с финансовата подкрепа на Оперативната програма „Техническа помощ“, съфинансирана от Европейския съюз чрез Европейския фонд за регионално развитие.

Екипът е благодарен на всички лица в България, които предоставиха мнения и данни при изготвянето на доклада, както и на всички членове на Управляващия комитет и на Министерството на здравеопазването, които изготвиха задълбочени и конструктивни коментари. Тези коментари допринесоха за подобряването на този доклад.

Екипът изразява благодарност и на Антонио Гифрида и Оуен Смит, които прегледаха настоящия доклад от името на Световната банка и дадоха ценни идеи, както и на Даниел Дулицки, ръководител Глобална практика „Здравеопазване, изхранване и население“, за общите напътствия.

Настоящият доклад е един от продуктите на сътрудничеството между Световната банка и Министерството на здравеопазването. На правителството беше представен и един актюерски модел на Националната здравноосигурителна каса, който беше разработен като част на настоящото проучване, както и един обширен доклад, представящ международни сравнения по широка гама мерки. В рамките на настоящата работна програма бяха изготвени и два отделни материала, които представят план за действие за въвеждане на финансиране на основата на ДСГ в България, както и варианти за подобряване на съотношението качество-цена във фармацевтичния сектор.



## ОБЗОР

### С един поглед – диагностика на финансирането на здравеопазването и преглед на предвидените реформи

Финансирането на здравеопазването в България е организирано по начин, който би трябвало – на теория – да доведе до добро функциониране. По-конкретно, Националната здравноосигурителна каса е била създадена, за да предостави универсално осигуряване, като системата за заплащане на доставчиците съдържа елементи от най-добрите международни практики.

Системата обаче не постига добро съотношение качество-цена. Структурата на предоставяне на услуги, чийто център са болниците, не е добре ориентирана към преобладаващото и растящо бреме на незаразните заболявания, както и празноти в системата за заплащане на доставчиците, засилват тенденцията да се избира скъпо болнично лечение. Фармацевтичните механизми на включване в списъците и ценообразуването не успяват да насърчат конкуренцията на пазара на незащитени с патент лекарства, при което цените на много лекарства не се сравняват благоприятно с цените на лекарства в други страни, дори по-богати. Националната здравноосигурителна каса – най-големият и практически единственият купувач на услуги – не разполага с добре функционираща информационна система и с правомощия за стратегическо закупуване.

Следователно, независимо от сегашните публични разходи – средни за приходите на България при 4,2 процента от БВП – представлява значителна част от общите публични разходи (12 процента), частните плащания със собствени средства са изключително високи в сравнение с международно признати стандарти, което всяка година тласка 4 процента от населението към бедност. Неефикасността при настоящото изразходване на средства, съчетано с малкото допълнително фискално пространство, излага на риск бъдещата финансова устойчивост на сектора на здравеопазването.

През февруари 2015 г. правителството одобри комплексна програма за реформи, главно за да раздели сегашния пакет дейности на три: основен, допълнителен и спешен. Все още предстои уточняването на известни подробности по основния и по допълнителния пакет. Международният опит изтъква важността на развитието на капацитет за тези два пакета в сфери, които са нови за България, като оценка на здравните технологии, икономическа оценка и регулиране на застрахователния пазар, както и гаранции, че бедните няма да бъдат по-необлагодетелствани от реформата. За пакета за спешна помощ ще е необходимо да се анализират по-добре сегашните практики на организация и финансиране, за по-добра информираност на плана за реформи.

От гледна точка на финансирането на здравеопазването, някои основни елементи, на които не се отделя адекватно внимание в програмата за реформите, включват оправянето на информационната система на Националната здравноосигурителна каса, разрешаването на проблема с недостатъчната финансова защита на отделните лица и решаване на проблема с неправомерните стимули в общата система за заплащане на доставчиците.

Сега от правителството се очаква да разработи процес на реформи, в който да се разгледат всеобхватно всички ключови проблеми на интерактивната система на здравеопазването и който да дава възможност на управляващите да избират варианти на реформата на основата на разходи, доказателства и извлечени поуки от световните практики. Надяваме се, че този доклад ще помогне на правителството да продължи напредъка си в нова изпълнено с предизвикателства начинание.

## Диагностика и преглед

Първата част на този доклад представя диагностика на финансирането в здравеопазването, с цел да се подпомогне правителството на България да разработи различни варианти на реформа във финансирането на здравния сектор, които да повишат ефикасността, справедливостта и дългосрочната устойчивост на системата на здравеопазването в България. Втората част разглежда програмата за реформите, която се предвижда понастоящем от правителството, с акцент върху аспектите на финансирането на здравеопазването. В нея се дават практически идеи, извлечени от международния опит, които би трябвало да помогнат на правителството в осъществяването на програмата за реформите. Тези идеи и предложения имат за цел да се подобри капацитетът за реформи, за да се решат проблемите с някои от пропуските в работата, изтъкнати в Част I, по отношение на ефикасността, устойчивостта и способността да се осигури финансова защита.

## Отправна точка за реформата във финансирането на здравеопазването

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

*Резултатите в здравеопазването са средни за над средните разходи на правителството, но заплащаните със собствени средства разходи са изключително високи.* През 2012 г., за здравеопазване в България са похарчени около 6,3 млрд. лв., т.е. около 8 процента от брутния вътрешен продукт (БВП). Около 51 процента от общите разходи са били публични, от които около 80 процента се изплащат през НЗОК. Остатъкът са основно допълнителни разходи, направени от пациентите. Допълнителните плащания са единственият най-голям източник както на приходи, така и на разходи в системата на здравеопазване в България, в размер на 47 процента от общите разходи през 2012 г. Вторият по големина е НЗОК, която официално и организирано „се разпорежда“ с 40 процента от общите разходи за здравеопазване.

При сравнение с държави със съпоставим доход, общите разходи за здравеопазване в България са над средните, а публичните разходи са на средно ниво. От друга страна, България харчи 12 процента

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

Освен това, България определено извън класацията по отношение на плащанията със собствени средства и е много далече от критерия за адекватна финансова защита, който определя за плащанията със собствени средства таван от 15-20 процента спрямо общите разходи за здравеопазване. Ситуацията дори се влошава забележимо с течение на времето.

**НЗОК следва да осигурява по-добра защита и да купува по-добре.** Основна цел за всяка здравноосигурителна система е да защитава хората от големи и/или неочаквани разходи за здравеопазване, които те не могат да си позволят, а покритието от НЗОК е непълно за тази цел. Между 7 и 12 процента от българите, които не живеят постоянно в чужбина, са неосигурени. Огромното мнозинство от тях са уязвими, неработещи представители на населението, с ниско общественоекономическо положение. Въпреки че изглежда по-вероятно без покритие да са етническите малцинства, болшинството от неосигурените са етнически българи. Високото ниво на плащанията със собствени средства значително ограничава финансовата сигурност на населението. С 5,3 процента през 2013 г., делът от бюджета на домакинствата отделян за здравеопазване е висок в сравнение със средните за Западна Европа 3 процента. Всяка година над 4 процента от населението обеднява поради плащанията със собствени средства.

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

**Информационната система на НЗОК е близо до срив.** Елементът финансирането в здравеопазването на диагностиката – по-точно анализът на информационната екосистема в здравното осигуряване – идентифицира някои от ограниченията, които пречат за ефективни политики за финансиране на здравеопазването. По-конкретно – беше предприет анализ на здравноосигурителната информационна екосистема. Два или три компетентни и активни ИТ доставчици са разработили до голяма степен стандартите за бази данни и съответно са предложили няколко приемливи начина за оперативна съвместимост и взаимовръзка между доставчиците на здравни услуги и НЗОК. За съжаление, съществуващата информационна система на НЗОК, след

няколко години без системна поддръжка е достигнала етап, в който много от функциите ѝ трябва да бъдат изпълнявани ръчно и е в риск от пълен срив. Тя не може да осигурява информация, която е от съществено значение за управление на качеството, разходите и рисковете (база данни на осигурените лица, информация за потреблението на отделните лица във времето и т.н.) и не е добре подготвена да приеме значителни промени във функционалността или в обема на транзакциите, които могат да бъдат наложени от реформите.

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

***Разходите за бъдещето – повишаване на ефикасността на сектора на здравеопазването – са от ключово значение.*** Беше изготвен актюерски модел, който прогнозира бъдещите тенденции в приходите и разходите на НЗОК на основата на определените със закон равнища на вноските в НЗОК и съществуващия опит с разходите, за да се разбере фискалният натиск и политиките на НЗОК. Моделът предоставя инструмент за оценка на явните видове инфлационен натиск за структурни свръхразходи в здравеопазването и за тяхната валидност, документиран в други проучвания, които биха могли да предотвратят постигането на бъдещи бюджетни цели при отсъствие на конкретни политики за контрол върху разходите. Възможности за компенсиране на това потенциално фискално влошаване биха могли да включат на теория оръзване на здравни програми извън НЗОК или други публични разходи, увеличаване на приходите, или прилагане на реформи за подобряване на ефикасността в здравеопазването и в други публични сектори. Предвид прогнозите за бавен растеж в България, съществуващите инвестиции в здравеопазване и цялостния натиск върху публичните финанси в следствие на конкуриращи се приоритети и застаряване на населението, подобряването на ефикасността изглежда е основната възможност за генериране на бъдещото фискално пространство в здравеопазването. Подобни подобрения могат да бъдат потърсени в покупателните процедури за услуги и лекарства на НЗОК, рационализиране на съдържанието на здравноосигурителния пакет въз основа на критерии за рентабилност и финансова защита, както и по-добър контрол върху финансовите лостове и лостовете за клинични политики, които оказват въздействие върху разходите. Докато съществуващите механизми за управление на разходите остават без необходимото управление, би могло да се окаже трудно да се поддържа стриктна фискална позиция. От друга страна, дори ако въвеждането на тавани за бюджета на здравеопазването бъде успешно, то най-вероятно ще доведе до допълнителни измествания в посока към частни разходи, покривани със собствени средства, продължаващо засилване на бедността (която расте от 2008 г. насам) и намаляване на финансовата защита.

## Подкрепа за предвидените реформи

През февруари 2015 г. правителството одобри комплексна програма за реформи, представена в „Концепцията: Цели за здраве 2020“ на МЗ (МЗ 2015а). Отчитайки недостатъците във функционирането на системата по отношение на ефикасността, финансовата защита и устойчивостта, този стратегически документ общите национални цели в здравеопазването за се намали смъртността и инвалидизацията, като се насочат усилията към решаване на няколко основни приоритети, свързани с предоставянето на услуги и финансирането на здравеопазването.

**Разделяне на пакета дейности на три.** Във връзка с предоставянето на услуги правителството възнамерява да укрепи болничния сектор и да засили първичната и вторичната помощ. Основната инициатива за финансиране на здравеопазването е предложеното разделяне на пакета дейности на три: основен, допълнителен и спешен. Електронното здравеопазване също се възприема като важно средство за улесняване на предвижданите реформи. Втората част на доклада анализира конкретни аспекти на предвидената програма за реформи през призмата на финансирането на здравеопазването и в нея се съдържат уроци, изведени от международния опит, за предоставяне на информация при проектирането и осъществяването на основните инициативи.

Предложеният ръководен принцип за дефиниране на новия основен пакет дейности (ОПД) е продължаващото осигурително покритие за профилактика, диагноза и лечение на основните заболявания и състояния, водещи до смърт и инвалидизация, особено в детското и майчиното здраве. Международният опит подсказва, че за да се уточни още съдържанието на ОПД, важно е да се разбере разпределението на бремето на заболяванията и да се установят ясно ключовите принципи, които ще ръководят процеса на определяне на приоритетите отвъд клиничната ефективност. По-конкретно следва да се постави много по-голям акцент върху ефективността на разходите, чиято липса подкопава финансовата устойчивост на сегашния пакет и в крайна сметка ограничава ефективността на осигурителното покритие. Следователно България ще трябва да засили способността да се извършват икономически оценки. Пречките при доставките и финансовите ограничения ще трябва да бъдат отчетени, за да се осигури ефективно покритие. Новият ОПД следва да бъде устойчив и следва да се оцени устойчивостта на неговото финансиране. Предвид вътрешно присъщите компромиси при дефинирането на ОПД в условия на ограничени ресурси е важно да се гарантира, че процесът на дефинирането е прозрачен и дава възможност за участие на представители на гражданското общество.

Със създаването на допълнителния пакет правителството официално ще въведе време за изчакване и използването на доброволно здравно осигуряване за онези, които не желаят да чакат. С това действие страната изрично се открива за дейността да се определят приоритети, да се въведат квоти за здравни услуги и за отваряне на пазара за конкуренция в здравното осигуряване. Това е смела начинание, което може да доведе до ползи при оптимизирането на съотношението качество-цена за обществените средства и за ограничаването на разходите на правителството за здравеопазване. Това обаче може да бъде и нож с две остриета, който да навреди на българската общественост, ако процесите на реформите не се управляват правилно. Необходимо е да се вземат мерки за предварително справяне с потенциалните отрицателни ефекти и на времето за изчакване, и на доброволното здравно осигуряване, по-специално за да се гарантира, че бедните няма да страдат непропорционално.

Обявяването неотдавна на пакета спешна помощ (ПСП) и съпътстващата го Концепция за развитието на спешната медицинска помощ в Република България 2014–2020 г. (МЗ 2014), макар и солидни по естеството си, ще изисква по-внимателен анализ, планиране и интегриране на различните видове

спешни услуги, за да се гарантира наличието на правилната услуга и да може тя да бъде приложена при клинична необходимост. Това предполага решаването на проблема с регионалната наличност и използването на спешни услуги; въвеждане на подходящи организационни и управленски структури; и разработване на стратегия за устойчиво финансиране, която осигурява необходимите равнища на финансиране и премахва финансовите пречки пред правилното използване на системата и от пациентите, и от доставчиците на услуги. Основна част от това ще бъде потребността от по-задълбочено разбиране на причините за големите регионални различия във функционирането и финансирането на съществуващата система на спешната помощ. За прилагането на предложената Концепция ще са необходими големи инвестиции в различни компоненти на спешната помощ, включително и за обучението на персонала; разработване на клинични и управленски информационни системи (в т.ч. комуникации и диспечерски услуги); и рационализиране и подобряване на мрежата на материалната база, в т.ч. необходимите автомобили и оборудване.

**Урегулиране на стимулите за доставчиците – извънболнични и болнични.** Диагностиката открие необходимите промени в закупуването на извънболнични и болнични услуги за урегулиране на стимулите за ефикасност и качество. За извънболничните услуги е необходимо да се преразгледа начинът, по който се организира бюджетът на направленията, а именно да се преразгледа задължителното изискване за кръстосани направления и да се обмисли разширяването на отчетността на извънболничните доставчици за разходи за болнично лечение и рецепти – засилено със заплащане, свързано с работата, ако постигнат спестявания при сега действащите тавани за дейности, финансови бюджети, качество или осигурително покритие. В общи линии плащанията могат да бъдат по-добре уредени, за да прехвърлят част от болничната помощ на амбулаторна основа. За болничните услуги се препоръчва да се наложи селективно договаряне с болниците и финансови тавани. Правителството следва силно да реформира болничната система на плащания с помощта на инструменти като плащания на основата на диагностично свързани групи, за да премахнат неефикасността, да повишат прозрачността и да свържат по-добре плащанията с интензивността на използването на ресурсите. Може да бъде въведен известен елемент та интегрирано плащане, за да се насърчи още повече лечението на пациенти в подходяща обстановка. Реформите в заплащането на доставчиците, които биха могли да помогнат да се премахнат неефикасностите в системата и да се подкрепи програмата на правителството за доставките, не са очертани в програмата.

**Необходими са повече усилия за ограничаване на обедняването, свързано с плащания със собствени средства.** За да се осигури ефективна финансова защита, първото нещо е да се подобри обединяването на риска, като се включат най-уязвимите неосигурени лица чрез фундаментална реформа на процесите на пригодност и включване. Преструктурирането на ОПД и елементите му на поделение на разходи, особено за фармацевтични средства, би могло да доведе до подобрения в осигурителното покритие; необходимо е също да се въведе изрична защита на бедните от прекалено високи плащания със собствени средства. И накрая, решаването на проблема с пропуските и вратичките в сегашните политики за заплащане на доставчиците, като напр. свръхфактурирането, неформалните плащания, добавянето на клинични пътеки (основанията за плащанията на болниците от НЗОК) и направленията към частни услуги от двойно практикуващи, ще намали бремето на плащанията със собствени средства.

**Две писти за информационната система на НЗОК.** В България има дълга традиция на подкрепа и насърчаване на разработването на развитието на здравните информационни системи. Секторът на здравните технологии на България е солиден и дава на страната добри възможности да



продължи дългата традиция на прогрес с тези системи и в бъдеще. Въпреки тези богати технологични ресурси обаче, България сега изостава от други страни със сходно икономическо положение в сферата на разработването на електронно здравеопазване. От най-критично значение е, че здравната информационна система на НЗОК е неадекватна и изключително уязвима, което допринася за ниския капацитет за стратегическо закупуване. Това ще бъде голяма пречка по пътя напред в много сфери на реформата, за които своевременните и точни данни са от критично значение. Препоръчва се подход на две писти: първо, стабилизиране и рехабилитиране на съществуващата система, и второ паралелно започване на подготовката за следващото поколение системи за НЗОК.

## РЕЗЮМЕ

Целта на настоящото проучване в две части е да се помогне на правителството на България да разработи и оцени варианти за реформа в политиката на финансирането на здравеопазването, които подобряват ефикасността, равнопоставеността и дългосрочната устойчивост на българската система на здравеопазването в контекста на нейната Национална здравна стратегия 2014–2020 г. Първата стъпка в този процес е да се оцени как действа българската система за финансиране на здравеопазването и какви резултати постига. Втората стъпка е обсъждане как плановете на правителството за реформи могат най-добре да бъдат изготвени или приспособени, за да се справят с вътрешните слабости на системата. В Част I докладът представя основна диагностика на финансирането на системата на здравеопазването в България в рамките на по-широкия общ контекст на българската система на здравеопазването и икономиката. В Част II се анализират предвидените от правителството реформи и се дават препоръки за засилване на способността да се постигнат целите.

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

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

Структурата на доклада е както следва:



Част I с пет глави представя диагностиката на финансирането на здравеопазването в България и я поставя в контекста на общата система на здравеопазването:

- В Глава 1 са представени избрани елементи на основните контексти на демографските показатели, пазара на труда, икономиката и работата на системата на здравеопазването, които са необходими за очертаване на рамка за обсъждането на финансирането на здравеопазването.
- В Глава 2 е дадено подробно описание на финансирането на системата на здравеопазването, като са очертани главните му характеристики и се хвърля светлина върху начина, по който действа системата на практика, включително с акцент върху лекарствените средства и информационните системи в здравеопазването.
- В Глави 3 и 4 се предлага комплексна емпирична и аналитична оценка на функционирането на финансирането на здравеопазването в България, която включва тенденции в разходите и приходите при финансирането на системата на здравеопазването и някои сравними страни; предоставянето на финансова защита по равнопоставен, ефикасен и финансово устойчив начин; покупателна ефикасност за здравни стоки и услуги; финансова солидност на НЗОК в контекста на бъдещите ограничения във фискалното пространство, и обобщена оценка на общото управление и функциониране на НЗОК.
- В Пета глава се обобщават констатациите на този доклад и те се поставят в контекста на по-широк анализ на силните и слабите страни на системата на здравеопазването (SWOT).

В част II има набор от есета върху подбрани приоритетни сфери, както са отразени в неотдавна приетата от правителството Концепция „Цели за здраве 2020 г.“ на Министерството на здравеопазването (МЗ), за което консултантските услуги могат най-добре да допринесат:

- Глава 6 въвежда ключови проблеми и уместни концепции относно дефинирането на основния и допълнителния пакет дейности, докато се споделят изведените поуки от международния опит.
- Глава 7 анализира и дава препоръки конкретно в две сфери, на които е отделено по-малко внимание в програмата на правителството, които биха могли да допринесат значително за ефективността на разходите и постигане на целите за равнопоставеност: регулиране на стимулите в системата на заплащане на доставчиците и подобряване на финансовата защита.
- Глава 8 представя критичен анализ на пътната карта на правителството за електронното здравеопазване.
- Глава 9 анализира подробно пакета за спешна помощ, управляван от МЗ. Като се има предвид, че правителството е разработило подробната „Концепция за развитие на системата на спешната медицинска помощ в Република в България 2014–2020 г.“ (МЗ 2014) с ясна визия и план за спешната медицинска помощ, в главата се прави задълбочен анализ на сегашните и миналите тенденции, за да се формулират конкретни препоръки в сфери на специално внимание при осъществяването на тази концепция.
- Глава 10 завършва доклада с обсъждане на първия от четирите основни приоритета на правителството – осигуряване на финансовата устойчивост на системата на

здравеопазването.<sup>1</sup> В нея се споменават отново ключови сфери, които могат да повлияят на устойчивостта и се призовава за мотивиран подход към осъществяването на реформите във всички тези сфери.

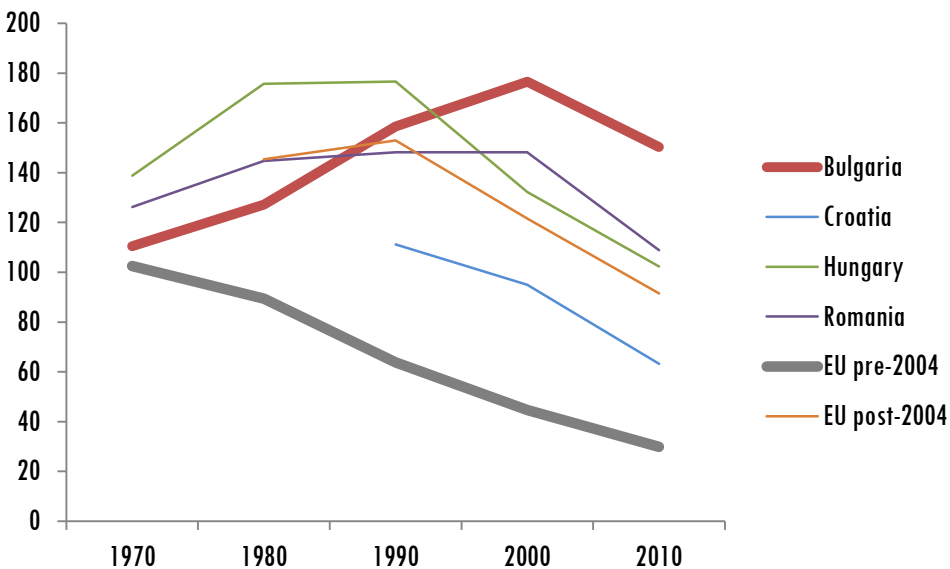
## Част I: Диагностика

### Характерен за страната контекст

Демографски, епидемиологични и икономически тенденции, съчетани със структурни неефективности в системата на здравеопазването, представляват значими предизвикателства за бъдещото адекватно държавно финансиране на здравните услуги за населението на България. Сегашният състав на здравните услуги не отговаря на потребностите на населението и без големи реформи бъдещите здравни и финансови перспективи изглеждат мрачни.

Населението на България застарява и намалява. Към 2050 г. прогнозата е всеки трети българин да е на възраст над 65 години, а само всеки втори – в трудоспособна възраст. Прогнозите на Организацията на обединените нации (ООН) са за нетни стойности на емиграцията от 10 000 души на година до 2050 г., докато прогнозите на Eurostat са за дори по-голяма кумулативна загуба. В резултат на това до 2050 г. съотношението старост-зависимост се очаква да се удвои и да стигне 50 процента, а прогнозите за предоставяне на работна сила предполагат намаляване с до 40 процента. Понастоящем незаразните заболявания (НЗЗ) са основна причина за смърт и заболяемост в България.

Фигура PE31: Стандартизирана смъртност за заболявания на кръвообращението (0–64 години) на 100 000 души



Източник: WHO Health for All Database 2014.

<sup>1</sup> Другите три са: промяна на функционирането на системата на здравеопазването; приемане на активен подход по отношение на медицинската помощ и създаване на подкрепяща среда; и укрепване на капацитета за обществено здравеопазване.

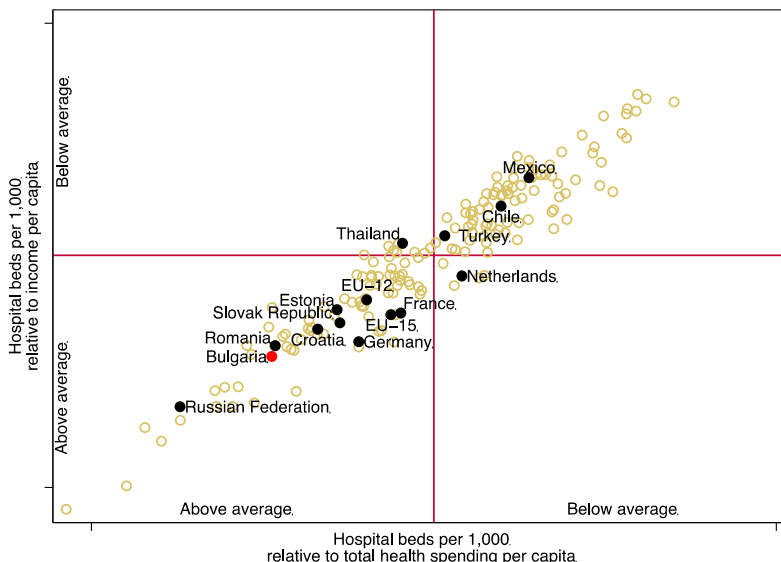
Тези видове натиск се утежняват и от значителната и увеличаваща се част от населението, които са или бедни, или силно уязвими и застрашени от падане под прага на бедността, и които следователно трудно могат да си позволят да плащат за жизнено важни услуги със собствени средства. Равнищата на бедността се повишават от 2008 г. насам; през 2011 г. повече от 21 процента от населението са живели под националния праг на бедността, над 16 процента от населението са живели с 5 щ. долара (паритетна покупателна способност, ППС) или по-малко на ден, а близо 4 процента са живели с 2 щ. долара или по-малко на ден. Близо половината от населението (и 60 процента от лицата на 65 и повече години), или 3,6 милиона българи, са изложени на риск от бедност или социално изключване – най-високият процент в ЕС.

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

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

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

**Фигура PE32: Съотношение между болнични легла и населението във връзка с общите разходи за здравеопазване и приходи**



Източник: World Development Indicators and WHO NHA 2014.

Забелжка: Данните да леглата и БВП на глава от населението са за последната/най-ранната налична година.

Над средно	Под средно
Абсциса:	
Болнични легла на 1000 души по отношение на общите разходи за здравеопазване на глава от населението	
Ордината:	
Болнични легла на 1000 души по отношение на приходите на глава от населението	

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

## Системата на финансирането на здравеопазването в България

### История и проектиране на Националната здравноосигурителна каса

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

С течение на времето България постигна напредък към по-плюралистична система на здравеопазването на основата на социален модел на здравното осигуряване. НЗОК беше създадена през 1999 г. и стана единственият най-голям купувач на здравни услуги в страната. По принцип НЗОК се оказва доста сравнима с много „социални“ (или задължителни) здравноосигурителни фондове в

ЕС. Цялото население е осигурено на теория чрез задължителни и автономни публични здравноосигурителни фондове. Работещите (и техните работодатели) плащат социални здравноосигурителни вноски на основата на доходите им, докато бедните, безработните, децата, пенсионерите, лицата с увреждания и други социално зависими или приоритетни групи са освободени от вноски и те са финансирани от правителството. Единственият национален държавен фонд обединява здравните рискове за цялото население и купува услуги от държавни и от частни доставчици.

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

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

Според Закона за здравното осигуряване осигурените лица имат право да получават „медицинска помощ в рамките на основния пакет здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса”. Наредбите, издадени от МЗ, а не от НЗОК, уточняват ОПД. Пакетът включва първична и специализирана извънболнична медицинска и дентална помощ, лекарства, диагностика, и стационарна болнична помощ. Министерството на здравеопазването покрива редица профилактични и лечебни медицински процедури извън пакета здравни дейности, заплащани от НЗОК, включително някои имунизации, спешната помощ, психиатричната помощ, *in vitro* фертилизацията и трансплантацията на органи. Изискванията за поделение на разходите са различни за различните видове услуги, а осигурителното покритие за услуги е в крайна сметка ограничено от бюджета на НЗОК, одобрен от парламента за годината.

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

на доставчиците и цените и обемите на услугите, предоставени от всички категории медицински професионалисти.

### Потоци на финансиране

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

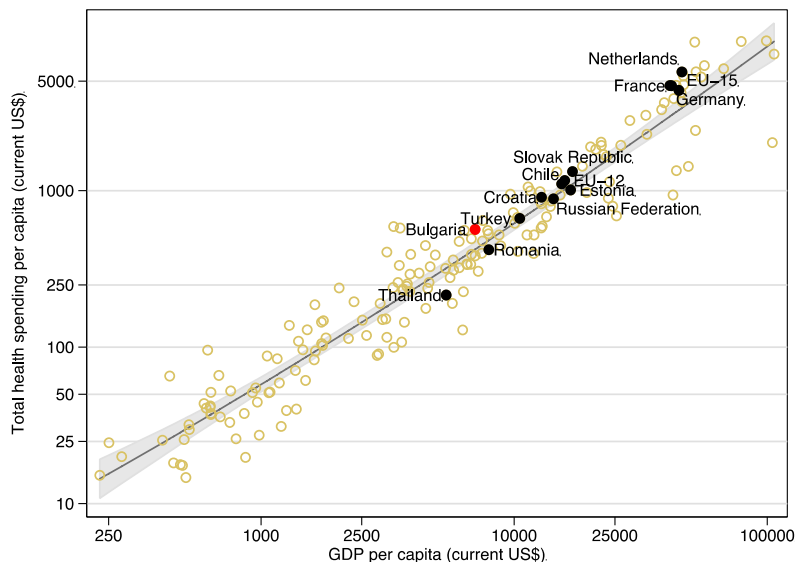
От частна страна над 98 процента от „приходите“ за здравеопазване възникват чрез пряко закупуване на услуги, както и съвместни плащания и други разходи, покривани със собствени средства (РССС) от потребителите. Доброволното частно здравно осигуряване представлява относително малка част от частните разходи.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

## Оценка на функционирането на финансирането на системата на здравеопазването

### Международни сравнения и тенденции

Макар на глава от населението изразходването на средства за здравеопазване в България да е все още под средните стойности за ЕС, България харчи повече от други сравними по доход страни. Общите разходи са се увеличили от 5,2 процента на 8,0 процента от БВП между 1995 и 2012 г. и изразходването на средства за здравеопазване на глава от населението се е увеличило от 82 щ. дол на 566 щ. дол. В сравнение със съседите си общите разходи за здравеопазване на глава от населението в България стартират от много по-ниска база, но възходящата им тенденция обикновено е огледално отражение на други страни в региона, като Румъния и Хърватия. Въпреки това през 2012 г. са по-ниски от средните стойности за ЕС-12 и ЕС-15 от съответно 1160 и 4379 щ. дол. на глава от населението. И все пак през 2012 г. общите разходи за здравеопазване на глава от населението и като дял от БВП са над средните стойности при страни със сходни доходи.

**Фигура РЕ33: Общи разходи за здравеопазване на глава от населението спрямо приходите на глава от населението, 2012 г. (щ. дол. по курса)**



Източник: World Development Indicators and WHO NHA 2014.

Абсциса:  
 БВП на глава от населението (щ. дол. по курса)  
 Ордината:  
 Общи разходи за здравеопазване на глава от населението (щ. дол. по курса)

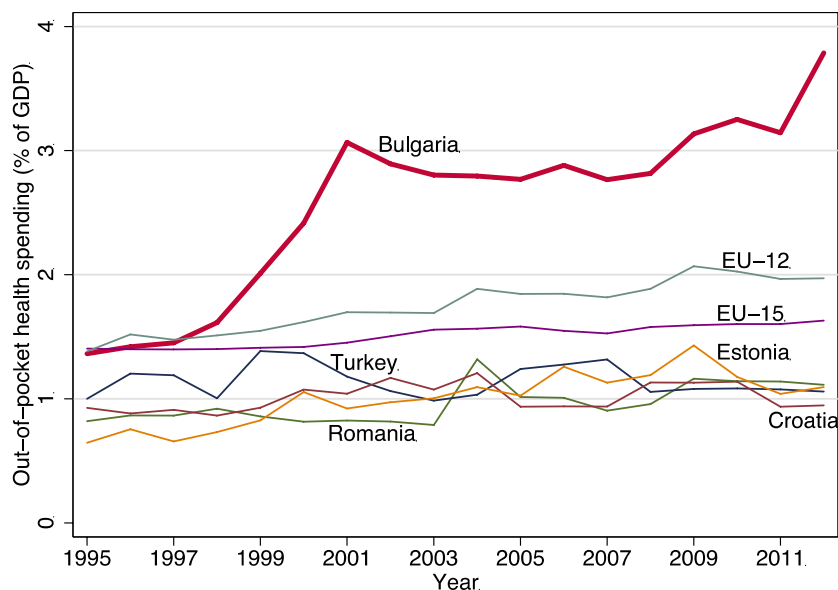
Изразходването на публични средства за здравеопазване в България е подобно на равнищата в страни със сравними доходи. През 2012 г. изразходването на публични средства за здравеопазване е представлявало 51 процента от общите разходи на средства за здравеопазване и 4,1 процента от БВП. Публичните разходи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

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

България обаче е явно в много различна позиция по отношение на частните разходи – по-специално във връзка с плащанията със собствени средства, които са значимо над глобалните средни стойности като дял от общите разходи за здравеопазване (47 процента), като дял от БВП (3,8 процента), и като разходи на глава от населението (268 щ. дол. по обменните курсове). България е

следователно сравнително далече от изпълнение на критерия на СЗО за адекватна финансова защита, където се дава таван от 15-20 процента за РССС плащания като част от общите разходи за здравеопазване. По-нататък ситуацията се влоши отчетливо във времето. РССС в България са се увеличили с повече от 20 процентни пункта между 1995 и 2012 г., докато страни като Чили, Мексико, Тайланд и Турция, които са стартирали от сходна или от по-висока база, са постигнали огромен напредък в намаляването на покриването на разходите със собствени средства. В България тенденцията е в обратна посока на добре установените взаимоотношения на намаляване дела на частните (и РССС) разходи при увеличение на БВП.

**Фигура РЕ34: Разходи за здравеопазване, покривани със собствени средства, като дял от БВП, България и сравними страни, 1995–2012 г.**



Източник: World Development Indicators and WHO NHA 2014.

Ордината:  
Разходи за здравеопазване, покривани със собствени средства (% от БВП)

### Финансова защита, равнопоставеност и преразпределение

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

НЗОК в България е задължителният национален здравен осигурител и единственото място, където се натрупват рисковете за цялото население. В това си качество НЗОК ефикасно събира рисковете в съответствие със световните тенденции за централизиране на обединяването на рисковете. Около 90 процента от населението е осигурено, включително повечето деца и повечето

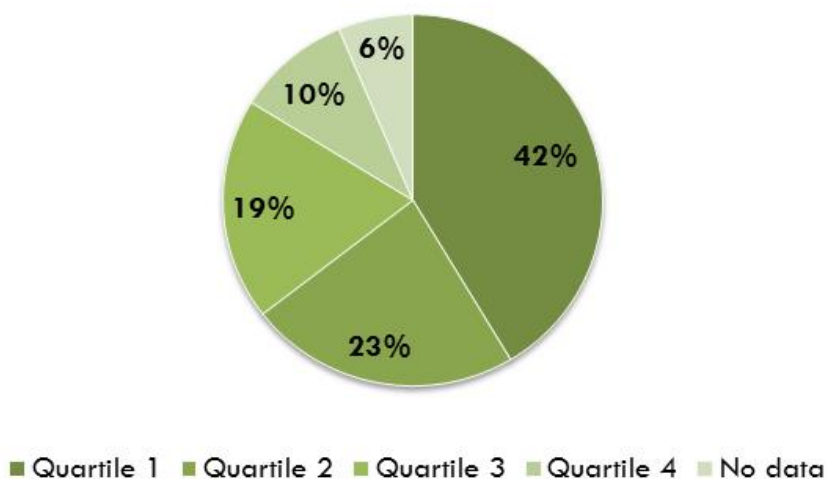


възрастни хора, чието осигурително покритие се субсидира от държавата. Обхванатите услуги са в широк диапазон. Съществуват обаче две основни ограничения, свързани с осигурителното покритие.

Първото е, че значим дял от населението е неосигурено и че преобладаващото мнозинство от неосигурените са в необлагодетелствано положение. България не изпълнява намерението си да предоставя осигурително покритие на всички граждани. Триангулация на данни от Националната агенция по приходите и представителни социологически проучвания на домакинствата сочат, че 7–8 процента от населението, живеещо в България, в някакъв момент не са били здравно осигурени. И тъй като вероятно някои лица, които работят сезонно в чужбина, може да не са осигурени, когато се върнат, с включването им съотношението ще е около 7–12 процента от българите, които не живеят в чужбина постоянно.

Данните също подсказват хетерогенността на осигурителното покритие сред постоянно живеещото в страната население – по-специално изразените неудобства сред населението с по-ниско социално-икономическо положение, малцинствата и възрастовите групи, чиито вноски не се плащат от държавата. Резултатите от множествен регресионен анализ показват, че в сравнение с третия квартил на разпределението на богатството долните два квартила са с 10 и 5 процентни пункта по-малко вероятно да имат здравно осигуряване, докато незавършилите начално образование лица са в сходно неблагоприятно положение, тъй като са с 12 процентни пункта по-малко вероятно да имат осигурително покритие, отколкото лицата със завършено средно образование. Ромското население, дори след контрол за ресурсна бедност и ниска степен на завършено образование, е все още с 25 процентни пункта по-малко вероятно да са осигурени, докато за турското етническо малцинство разликата е 7 процентни пункта.

Фигура РЕЗ 5: Неосигуреното население според квартила на благосъстоянието



Източник: Данни на BLISS 2013.

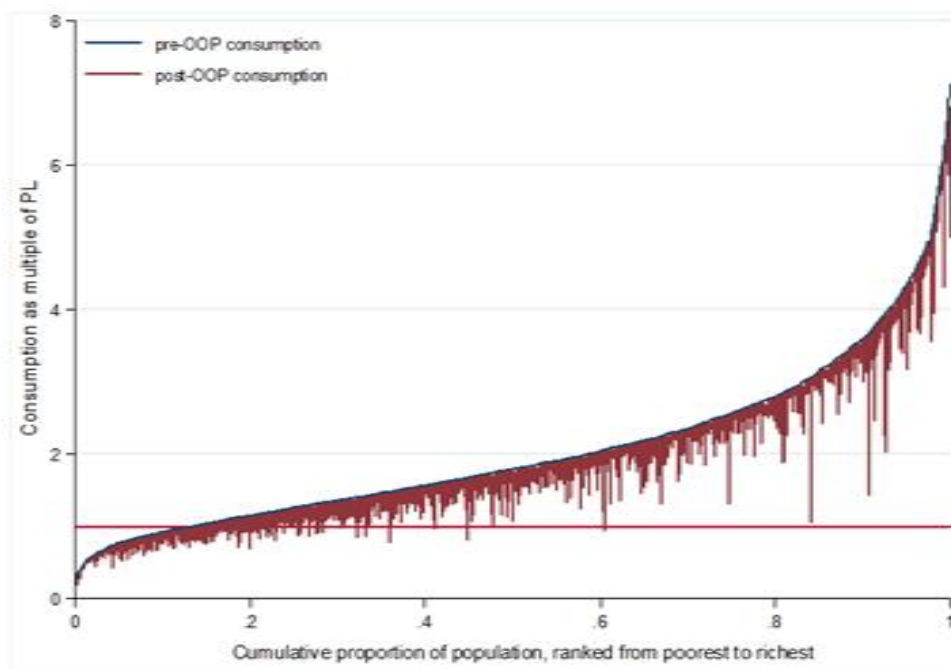
По-голямата част от неосигуреното население обаче се състои от бедни етнически българи в трудоспособна възраст, които не работят. Повече от половината осигурени лица са етнически българи, а в най-ниския квартил по благосъстояние има повече от 40 процента от неосигурените лица. Децата и възрастните са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

онези, които съобщават, че не са работили през четирите седмици преди проучването, са 76 процента от неосигуреното население.

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

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

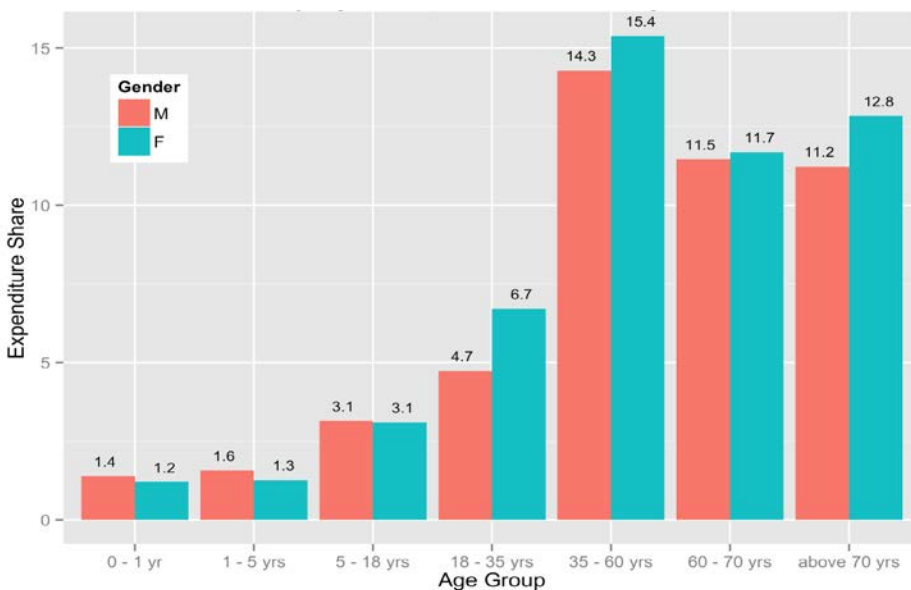
Фигура PE36: Разходи на глава от населението, бруто и нето разходи за здравеопазване



Източник: Изчисления на авторите с помощта на социологически проучвания на бюджетите на домакинството, 2010 и 2013 г.

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

Фигура PE7: Разходи на НЗОК според възрастова група и пол, 2013 г.



Източник: Авторите са използвали данни от НЗОК за административните плащания.

Абсциса: Възрастова група  
Ордината: Дял от разходите

В обобщение все още не е създадена адекватна финансова защита за населението на България, но наблюдаемото преразпределение чрез НЗОК изглежда равнопоставено. Остават и празноти в осигуряването на осигурително покритие, особено за населението в трудоспособна възраст и уязвимите групи, като бедните домакинства, малцинствените населения и безработните лица. Плащанията със собствени средства са относително висок процент и карат някои домакинства да падат под прага на бедността – дори домакинствата, които иначе биха били заможни. Има данни,

че ресурсите за общественото здравеопазване наистина протичат от относително здраво население в трудоспособна възраст към групи, които се нуждаят от повече здравни услуги – възрастните и децата. Най-голямото усилие на домакинствата за плащане на здравните вноски обаче е със собствени средства и такива плащания не се събират или преразпределят на домакинствата.

### Покупателна ефикасност на услугите

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

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

Всъщност, механизмът за ограничаване на бюджета за направления може да се окаже, че насърчава направленията към болници. Първо, от ОПЛ се изисква да изпращат с направление някои видове хронични пациенти (напр. с хипертония и хронична обструктивна белодробна болест) редовно – дори пациенти, които биха могли да бъдат ефективно лекувани при условията на първичната помощ или на които не е необходима услугата. Тъй като хронично болните пациенти представляват голям дял от населението, спокойно биха могли да се спестят средства, ако с тези пациенти се занимават в първичната помощ. Второ, макар таваните за направления за специалисти и за изследвания да са много строги и да се налагат глоби на лекарите за всяко направление над техния индивидуален лимит, те не получават никаква награда за постигане на каквито и да е спестявания в бюджетите си за направления. Трето, не се търси отговорност на ОПЛ и специалистите за ненужно изпращане на пациенти за болнично лечение, което може да се използва за преодоляване на строгите ограничения, наложени върху обемите амбулаторна помощ.

Други правила и процедури, които се отнасят за ОПЛ и специалистите, изострят този уклон към лечение в болница. Някои услуги, които могат да бъдат предоставени на амбулаторна основа, се предоставят само в болници и направлението може да е единственият начин за достъп до тях. За услуги като компютър томограф или ЯМР понякога се чака прекалено дълго и процедурите за

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

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

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

Трето, в България липсват стандартни критерии за прием в болница, в резултат на което здравните заведения приемат всеки и всички видове пациенти. Пациентите могат сами да се насочат към съответното спешно отделение, за да бъдат приети. Не съществуват нито правила, нито стимули, които да насърчават пациентите да търсят медицинска помощ в по-икономичните и по-подходящи условия на първичната помощ. Всъщност в много случаи постъпването в болница води до по-ниски плащания със собствени средства за пациента, както и минимално или никакво чакане за тестове и процедури.

И накрая, начинът, по който са били операционализирани КП, които първоначално са били възприемани като клинични насоки, е довел до редица неефикасности. Списъкът на КП и техните цени се договарят всяка година, като те не се основават на данни за определяне на себестойността. С течение на времето се въвеждат на нови КП (често с по-висока стойност) чрез разделянето им на множество групи и/или чрез създаване на нови групи. Промените често изглеждат да са въведени, за да се „облагодетелства“ конкретна специалност или конкретни здравни заведения, или да се ограничи конкуренцията в конкретни сегменти на пазара. Нещо повече, не са предприети всеобхватни мерки, за да се гарантира, че КП са хомогенни по отношение на ресурсите си и че относителната им стойност отразява ефикасно разпределението на ресурсите или дори настоящите

насоки или протоколи в клиничната практика. Алгоритмите на КП също изискват наличието на известни равнища на входните данни, както и предоставянето на известен вид услуги, а те определят минималната (не максималната) продължителност на болничния престой, която следва да се спазва, за да има пациентът право на заплащане. С други думи изискванията за КП диктуват какви медицински грижи следва да бъдат предоставени и как, независимо от това дали отговарят на най-добрите интереси на пациента или дали има клинични показания за това. Макар да може да се оправдаят някои ограничения, за да се осигури безопасността на пациентите, това е потенциален източник на разхищения и обикновено подронва стимулите за ефикасност и качество, включени като елемент от повечето системи за плащане на основата на диагностични критерии, които обикновено се основават както статистически, така и от клинична гледна точка, на входни изисквания. С КП може също лесно да се играе, тъй като именно болниците – и лекарите – подбират КП за всеки болничен престой. (Разпределянето на даден пациент към определена диагностично свързана група се основава на компютъризиран алгоритъм, който много по-трудно се манипулира.)

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

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

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

### Покупателна ефикасност на лекарствата

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

сравнение със средните стойности в ЕС от около 25 процента) и разходите със собствени средства (РССС) за лекарства са близо три четвърти от всички РССС разходи.

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

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

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

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

Таблица РЕЗ 1: Сравнения на цени за избрани лекарства в Приложение 1 на ПЛС

INN	Показания	Българска референтна цена (евро)	Цена в Нова Зеландия (евро)	Цена в Обединеното кралство (евро)
adalimumab	ревматоиден артрит	1047	1141	889
etanercept	ревматоиден артрит	508	602	451
insulin glargine	диабет	53,26	59,92	52,36
insulin lispro	диабет	112	75,48	74,34
ivabradine	ангина, сърдечна недостатъчност	57,95	N/A	50,68
metformin	диабет	0,47	0,23	3,60
olanzapine	антипсихотични	2,56	1,62	1,83
salmeterol/ fluticasone	астма	32,35	31,51	44,16
valsartan/ HCTZ	хипертония	4,12	N/A	3,61
vildagliptin/ metformin	диабет	47,38	N/A	42,87

Източник: Цени в Нова Зеландия от [http://www.pharmac.health.nz/tools-resources/ pharmaceutical-schedule](http://www.pharmac.health.nz/tools-resources/pharmaceutical-schedule). цени в Обединеното кралство от [http://www.ppa.org.uk/edt/September\\_2014/mindex.htm](http://www.ppa.org.uk/edt/September_2014/mindex.htm). обменни курсове на 2 август, 2014 г. от [www.oanda.com](http://www.oanda.com). Някои цени в Нова Зеландия и Обединеното кралство са дадени пропорционално, за да се отчетат разликите в опаковките.

Забележка : Всички лекарства са сред първите 25 на НЗОК по стойност на реимбурсирането през 2014 г. Показаните българските цени са от 1 август 2014 г. Когато са цитирани различни цени, показаната българска цена е за продукта с най-ниска единична себестойност. Всички цени над 100 евро са закръглени.

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

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



често съществено повече от сумата за съвместно осигуряване. И накрая, няма разпоредби, които да действат като предпазна мрежа или спирачка за загубите, които да защитават лицата от катастрофални РССС разходи.

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

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

#### Актюерска оценка

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

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

Тъй като разбирането на актюерската солидност на НЗОК е необходимо както за диагностиката на системата на здравеопазването, така и за разработването на реформите, беше изготвен актюерски модел за НЗОК като част от настоящето проучване. Актюерският модел анализира тенденции в основните променливи, които определят нарастването на разходите и приходите на осигурителната схема, както и техния потенциален принос за фискалния баланс на правителството.

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

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

Моделът потвърждава редица констатации от описаните по-рано анализи: например държавата изглежда плаща съответния си дял според закона; повечето лица на трудови договори са явно осигурени; преобладаващата маса неосигурени лица са предимно самоосигуряващи се, повечето от които са бедни или почти бедни; разходите за извънболнична помощ не нарастват бързо; най-големите и най-бързо нарастващите източници на разходи за НЗОК са лекарствата за домашно лечение и болничната помощ.

Бяха разработени прогнози, основаващи се на този модел. Те разчитат основно на предположения и параметри. Ако просто се прогнозира напред във времето минали тенденции, резултатите подсказват – както и при други предишни проучвания – евентуален натиск на бъдещите разходи за здравеопазване, които да застрашат целостта на средносрочната макроикономическа рамка на правителството.

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

Все пак моделът дава много нужен аналитичен инструмент, който да помогне при фискалното управление на потенциални заплахи за публичното финансиране, като откроява действащите и недостатъчно управлявани вътрешни движещи сили.

### **Фискално пространство**

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

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

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

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

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

Добре функционираща, модерна, интегрирана и надеждна информационна системата за управление на здравеопазването е от жизнено важно значение за работата на всяка модерна система за предоставяне на медицинска помощ и може би не по-малко необходима за процесите на гладко функциониращо финансиране на здравеопазването. Диагностиката на финансирането на здравеопазването оценява готовността на съществуващи информационни системи, и по-специално информационната екосистема на здравното осигуряване, да поеме всякакви значими промени във функционалността или товара транзакции, които може да се отключат от промени в схемата за финансирането на здравеопазването, методите на плащане на доставчиците или здравната политика в по-общ план.

Такава екосистема има четири главни компонента и всички те трябва да работят адекватно и надеждно: Речник на здравните данни, който дефинира общ език за всички заинтересовани лица;

информационни системи на доставчиците; информационни системи на платеца; и връзки чрез транзакции между доставчиците и платците.

### Сегашната информационна екосистема на здравното осигуряване

В България информационните системи на доставчиците функционират адекватно, като се има предвид търсенето, на което са подложени сега. Доставчиците изглеждат относително удовлетворени от съществуващите системи. По-специално не могат да изплащат искания за плащане по електронен път до НЗОК, което е най-важното изискване, свързано с функцията финансиране на здравеопазването.

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

Възниква сложният въпрос дали да се запази съществуващият метод на кодиране на болнични случаи за плащане на основата на КП или да се премине към кодиране на смесения принцип ДСГ. За намирането на решение ще са нужни допълнителни обсъждания. Ако се разгледа въпросът директно от гледна точка на информационните системи, приемането на плащания на основата на ДСГ ще улесни преминаването към по-автоматизирано вземане на решения по искове, като би могло да увеличи производителността, точността и последователността при постановяването на решения, както и вероятно по-ниска административна тежест.

По отношение на състоянието на информационните системи на платеца информационната система на здравното осигуряване (ИСЗО) в НЗОК не функционира адекватно и се нуждае от спешно внимание. Тя бавно се влошава поради липса на поддръжка и дори не може да се справя с текущите бизнес потребности на НЗОК. На нея ѝ липсва всеобхватност и е в състояние да произвежда само рутинни мониторингови доклади за плащания и функции на административен контрол. Системата не може да изпълнява други основни функции, като напр. мониторинг на осигуреното население (извън това да знае осигурителния статус на дадено лице във всеки конкретен ден), категорията допустимост на осигуреното лице или използването на медицинска помощ в различни здравни заведения и във времето за конкретни пациенти (и следователно групи от пациенти). Тя не изглежда в състояние да реагира на каквато и да е значима реорганизация в информационните процеси, да поеме допълнителни отговорности или натоварване с транзакции, или да предложи допълнителни услуги, като напр. подобрени доклади или аналитични функции.

### Бъдещето на информационните системи на доставчиците

Подобно на всички страни и България сега е на кръстопът и трябва да се справи с два проблема: електронно медицинско досие (ЕМД) и подобряване на направленията във възходяща и низходяща посока. В националното ЕМД ще се събира цялата здравна информация в страната, теоретично достъпна за всяко акредитирано заинтересовано лице където и да е, по всяко време – крайната цел на информационните системи на доставчиците. Необходимостта от обединяващо ЕМД произтича от факта, че препращането (с направление) на пациенти между по-ниски и по-висока равнища на медицинска помощ остава проблематично. Сегашните формуляри за направленията са твърде ограничени и не съдържат достатъчно информация, за да се осигури ефикасно предаване на

пациента от едно здравно заведение на друго. Аналогично, направление надолу (напр. връщането на пациент в първичната помощ) е дори по- проблематично. Епикризата е често неадекватна, за да осигури желаната приемственост на грижите между различните равнища, след като пациентът „се върне“ на по-ниското равнище на медицинска помощ.

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

### Бъдещето на информационните системи на платците

Необходимо е да се правят планове за следващото поколение ИСЗО. Дългосрочни проблеми са свързани с всеобхватността, възможността да се изменя и разширява системата, както и способността да се интегрира по-лесно с други системи. ИСЗО трябва да обхване по-голяма вселена, ако иска да разполага с достатъчно информация, за да определи дали даден иск е пълен и легитимен, дали медицинските услуги са били необходимите и подходящите, и пр., което означава, че един ден ИСЗО ще трябва да се прикрепи към националното ЕМД, като и че данни от ИСЗО следва естествено да се подават към актюерските прогнози и други системи за финансово прогнозиране.

Следващата ИСЗО ще трябва да има много по-солидни възможности за прогнозиране и финансово моделиране, както и по-добро управление на работните потоци, за да може „фабричната“ обработка на исканията да доведе до точно и своевременно плащане, да бъде узаконено и далече по-малко трудоемко. И накрая, следващата ИСЗО ще трябва да се справя с далече по-голямо разнообразие на методите за плащане на доставчиците, които могат да включват ДСГ, хибридна капитация, стимули и заплащане за резултати. Тъй като усилията за разработване на системите могат да отнемат няколко години, сега е времето да се реши проблемът с бъдещето на ИСЗО.

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

Както във всички страни и в България финансирането на системата на здравеопазването включва големи трансформации в сравнение с предишния „модел Семашко“. Тя е изправена и пред сериозни предизвикателства, което отчасти произтича от демографски и епидемиологични преходи в страната и от пълната с предизвикателства икономическа ситуация. България изразходва повече средства от други страни със сравними доходи. Общите и частните разходи са по-високи и изразходването на публични средства е подобно на световните средни стойности. Здравните резултати са на средно равнище, а финансовата защита и на макро-, и на микро-равнища е слаба, неравнопоставена и намаляваща. Предвид вече високото фискално усилие на България и пълните с предизвикателства перспективи за бъдещ растеж, устойчивостта ще бъде предизвикателство.

Повишаването на ефикасността е ключова сфера за генериране на бъдещо фискално пространство и подобни положителни явления могат да се наблюдават в процедурите на НЗОК за закупуването за услуги и лекарства, по-добра рационализация на пакета дейности на основата на ефективност на разходите и критерии за финансова защита, холистичен контрол и прилагане на лостове във финансовата и клиничната политика, които влияят върху разходите и пр. Следователно оценяването на структурните и оперативните резултати на НЗОК е особено важно за установяването

на базисните показатели на реформата на финансирането на здравеопазването. Наистина, като основна институция за финансирането на здравеопазването НЗОК ще трябва да помогне при проектирането и най-вероятно ще бъде движещата сила за прилагането на всяка голяма промяна в политиката на финансирането на здравеопазването.

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

Тези условия не са адекватно изпълнени в България. На хартия НЗОК в крайна сметка отговаря за изпълнението на задълженията си да предоставя услугите, включени в пакета дейности, на всички осигурени лица в рамките на отпуснатия бюджет. За да се осигури платежоспособност, фондовете за задължително здравно осигуряване обикновено могат да използват редица лостове на политиката, организирани в три широки категории:

- От страната на приходите, за корекция на вноски и управлението на резервите НЗОК не упражнява изобщо или упражнява малко ефективен контрол върху приходите и резервите си.
- От страната на разходите един от първите критични лостове е управлението на „правата“ или „ползите“, гарантирани на осигурените лица. Отново много от тези елементи са определени от закона и чрез наредби, а не пряко от НЗОК. Всъщност други институции, включително МЗ и Съветът по ценообразуването (за лекарствата), задават повечето параметри. Същевременно никоя от тези институции не е подлежаща на отчет, отговорна или притежаваща необходимата експертна компетентност, за да гарантира, че бюджетът на НЗОК е устойчив. В допълнение няма доказателства, че тези решения са на основата на задълбочени икономически и финансови анализи на сегашните и бъдещите им въздействия върху бюджета на НЗОК или въздействието им върху потребителите. В много отношение няма съответствие между отговорността за определянето на пакета дейности и отчетността за действителното му предоставяне в рамките на даден бюджет.
- За договориране и плащане сегашните методи за плащане и договориране спомагат за засилването на някои черти на предоставянето на услуги, които подкопават способността на НЗОК да се справя ефективно и устойчиво с бремето на НЗЗ, по-специално с растящия дисбаланс между стационарна и извънболнична помощ. По-нататък НЗОК се сблъсква с важни пречки по пътя да стане „активен“ купувач, включително с факта, че тя не може да сключва селективно договор с доставчиците.

НЗОК разполага с малко инструменти за управление на отговорностите си за публичните финанси като единствения универсален задължителен здравен осигурител и среща пречки при използването на наличните инструменти.

Разпокъсаността и разминаването на ролите и отговорностите между НЗОК, МЗ и МФ трябва да намерят решение – ако не по друга причина, защото поддържат скъпоструваща и неефикасна система. Бъдещите прогнози на разходите за България и практически всички държави-членки на ЕС и много страни с новопоявяваща се пазарна икономика предполагат, че финансовият натиск, генериран от сегашната система за предоставянето на услуги и за плащане, в съчетание с демографски и епидемиологични промени, няма да отслабне и ще бъде важно да се насърчат реформи в предоставянето на услуги, което ще помогне да се ограничат разходите и да се използва



НЗОК като лост при тяхното изпълнение. В крайна сметка трябва да се вземе решение коя организация – НЗОК, МЗ или МФ – има последната дума, за да се гарантира, че системата ще стане и ще остане ефикасно управлявана и финансово устойчива.

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

В заключение, разпокъсаността и разминаването на ролите и отговорностите изключва ефективен холистичен ПОДХОД към формирането на политиката за финансирането на здравеопазването и нейното изпълнение. От една страна някои от основните цели на здравната политика, залегнали в Националната здравна стратегия на страната 2014–2010 г., включително необходимостта от повече първична помощ, профилактика и управление на НЗЗ, както и дългосрочните грижи, не се анализират пълно в техните измерения на финансирането на здравеопазването. От друга страна някои централни проблеми за финансирането на здравеопазването получават много малко внимание, включително въздействието на ограничения в осигурителното покритие на НАСЕЛЕНИЕТО и на намалената финансова защита.

## Общи силни и слаби страни, и варианти за реформи

Критичен анализ на ситуацията с финансирането на здравеопазването в България показва редица силни страни, слабости, възможности и заплахи (SWOT). Резултатите от SWOT анализа са дадени в Таблица РЕЗ 1 със съответно меню с варианти за реформите. Част II на доклада, която е представена след таблицата, разработва допълнително някои въпроси, отразяващи непосредствените приоритети на правителството в неотдавна приетата „Концепция: Цели за здраве 2020 г.” (МЗ 2015а).

Таблица РЕЗ 1: SWOT в системата на финансирането на здравеопазването и меню на варианти за реформи

Силни страни и възможности	Слабости и заплахи	Варианти за реформи
<b>Конфигуриране на системата за предоставяне на услуги, общественото здравеопазване и стимули в системата</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Добре разработени програми за обществено здраве и комплексна система за доставка.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Програмите за обществено здраве не са добре съгласувани с голямото и растящо бреме на НЗЗ.</li> <li>Системата за предоставяне на услуги, в т.ч. човешки ресурси и ОПД на НЗОК се основава на модел за интензивни грижи, който не е съсредоточен върху първичната помощ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Повторна оценка на политиките за НЗЗ и рамката на общественото здравеопазване, и промяна в приоритизирането, ако е необходимо.</li> <li>Разработване на комплексна оценка и дългосрочна стратегия за човешките ресурси в здравеопазването.</li> </ul>

Силни страни и възможности	Слабости и заплахи	Варианти за реформи
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разделяне между купувачи и доставчици с практически само един платец (НЗОК). Почти универсално осигурително покритие. Лицата в неравностойно положение получават безплатно осигуряване, а спешната помощ е безплатна за всички.</li> <li>• Системите за плащане са модернизирани и съдържат елементи но световните добри практики.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Системата за дългосрочни грижи не е добре развита и е зле интегрирана със системата за интензивна помощ.</li> <li>• НЗОК има неадекватни правомощия или е неспособна да управлява лостовете на покупателната си способност.</li> <li>• Стимулите за доставчиците са погрешно конфигурирани, за да насърчават хоспитализациите и да увеличават неефикасността.</li> <li>• Високите разходи, заплащани със собствени средства, за лекарства, използвани в първичната и вторичната помощ за предотвратяване на сърдечносъдови заболявания и за управление на други НЗЗ, пречат на достъпа до и спазването на лечението, което потенциално може да доведе до повишени разходи надолу по веригата.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• С течение на времето ребалансиране на предоставянето на услуги чрез разработване на генерален план за болнична и дългосрочна помощ на основата на потребностите и даване на правомощия на НЗОК да управлява напълно лостовете на покупателната си способност, засилване на първичната помощ и осигуряване на по-добра координация между дейностите и програмите, финансирани от МЗ и НЗОК.</li> <li>• Съгласуване на системите за плащане и механизмите за отчетност чрез преразглеждане на политиките на плащане на НЗОК, прилагане на реформи в договорирането и свързване на плащанията с резултати и качество с помощта на инструменти като ДСГ и други методи на заплащане за свършена работа.</li> </ul>
<b>Инвестиране в здравеопазването и бъдещ натиск на разходите</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Високо общи усилия за набиране на средства и за обществени разходи. Здравето е приоритет в разходите на правителството.</li> <li>• Солидна фискална рамка и бюджетно законодателство.</li> <li>• Сравнително равнопоставено финансиране на НЗОК, с кръстосано субсидиране.</li> <li>• Възможен достъп до структурни фондове на ЕС.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Съществени предизвикателства в сферата на бъдещия растеж и фискалното пространство поради намаляващото население и работна сила, липса на природни ресурси и основната промишлена структура.</li> <li>• Силно текучество в ръководството и чести смени в законодателството, фрагментирани решения, несъгласувана отговорност, власт и експертиза.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Приоритизиране на реформи, които повишават ефикасността на публичните разходи.</li> <li>• Ревизиране на рамката за управление за по-добро съгласуване на отговорностите и правомощията.</li> <li>• Преразглеждане на ОПД с цел подобряване на ефикасността на съществуващите разходи, като се започне от лекарствата.</li> </ul>



Силни страни и възможности	Слабости и заплахи	Варианти за реформи
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостатъчна тежест се придава на ефективността на разходите при вземане на решения за пакета дейности, лекарствата, технологиите и клиничните алгоритми.</li> <li>• Ескалира приемът в болници.</li> <li>• Изостават структурните реформи за предоставяне на услуги.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Развиване на умения за проследяване и прогнозиране на разходи (с помощта на актюерски методи и анализ на данните от исковете в НЗОК).</li> <li>• Извършване на проучвания на ефикасността на разходите и други икономически оценки.</li> </ul>
Финансова защита		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Национално здравно осигуряване с почти универсално покритие, единствен купувач, разполагащ с диверсифицирана структура на приходите, насърчаващ преразпределение и кръстосано субсидиране.</li> <li>• Покритието се субсидира отделно за многобройни групи с „остри нужди“ или с висок приоритет.</li> <li>• Осигурителният пакет е с широк обхват и включва модерни технологии и иновативни лекарства.</li> </ul>	<p>Несъразмерно по-малко вероятно е бедните да бъдат осигурени, и имат по-високи ПСС за здравеопазване.</p> <p>ПСС са изключително високи спрямо международно приемливи стандарти и примери за сравнение .</p> <p>Лекарства, възлизат на около три четвърти от разходите за ПСС, изразявайки опасения относно ефективността на ВВР фармацевтичен покритие на НЗОК, както и неговите политики Доплащането и ценообразуване.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Регулярно генериране на информацията, необходима за разбирането и наблюдението на доплащанията, които прави пациентът, с цел разработване на целеви политики за подобряване на финансовата защита.</li> <li>• Разработване на политики, гарантиращи покритие на неосигурените лица.</li> <li>• Насърчаване на варианти, намаляващи размера и увеличаващи яснотата и предвидимостта на доплащането, с приоритетно внимание върху лекарствата, включени в базовия осигурителен пакет (БОП).</li> </ul>
Политика и практика в областта на лекарствените продукти		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Регулаторните процедури съответстват на европейските стандарти.</li> <li>• Позитивният лекарствен списък (ПЛС) е много разгърнат.</li> <li>• Наличие на редица скъпоструващи лекарства без доплащане.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Няма единна национална лекарствена политика, която да определя съгласувани приоритети и да задава последователно развитие на политиките.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разработване на интегрирана национална лекарствена политика, ясно определяща приоритетите и задаваща рамката на бъдещите политики.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не се отчита в достатъчна степен икономическата целесъобразност или достъпността. Контролните механизми по отношение на изписването и ползването на лекарства не са достатъчни.</li> <li>• Системата на доплащане води до прекомерни разходи, покривани от пациентите, поражда несигурност за пациентите и допринася за непридържане към назначеното лечение.</li> <li>• Съществуващите условия по отношение на политиките не насърчават използването на генерични лекарствени продукти, нито адекватно способстват за конкуренция на пазара на продукти, незащитени от патенти.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Преглед на процедурите за включване в списъка и за ценообразуване на лекарства, за да се гарантира, че всички нови лекарства предварително биват оценени с оглед на своята икономическа целесъобразност (ефективност на разходите) и въздействие върху бюджета (достъпност).</li> <li>• Въвеждане на механизми, насърчаващи изписването, отпускането и навлизането на генерични лекарства, както и доверието в тях; намаляване на стимулите за предписване и отпускане на по-скъпоструващи лекарства; улесняване на конкуренцията на пазара на продукти, незащитени от патенти.</li> <li>• Развиване на капацитет за оценяване на здравните технологии и за определяне на приоритети.</li> </ul>
<b>ИСУЗ и електронно здравеопазване</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Два или три основни доставчика са довели фактически до определяне на стандартите и са осигурили в някаква степен състоятелна съвместимост между доставчиците и НЗОК, както и между доставчиците и МЗ.</li> <li>• Наличие на значителен капацитет и опит в областта на разработването на програмното осигуряване и администрирането на широкомащабни системи.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ИСУЗ в НЗОК не е в състояние да поддържа многобройни автоматични функции по отношение на финансовите дейности и дейностите по планирането и не е подготвена да осигури промените, изисквани с оглед на реформите.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Въвеждане на оценка на изискванията за дефинирането на нова ИСУЗ за НЗОК.</li> <li>• Разработване и внедряване на принципа на последователността на стратегия за електронно здравеопазване, с прецизно поетапно планиране – с отчитане на ограниченията от бюджетен характер и приоритетните икономически нужди.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Системите не разполагат с гъвкавостта, необходима за предоставянето на НЗОК на информация, ключова за съвременното управление на риска, вкл. изчерпателна информация за здравноосигурените лица, покрити от системата, здравен статус и капацитет за анализиране на тези сведения.</li> <li>• Ръководната роля на МЗ при определянето на програмата за електронно здравеопазване не е с достатъчна решителност и като че ли неговите усилия за привличане на заинтересованите страни са ограничени.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Свикване на постоянен консултативен съвет, съставен от местни и чуждестранни експерти за обсъждане на бъдещото развитие на системите – с отчитане на позициите както на доставчика, така и на платеща – за осигуряване на изходна база за разработката и администрирането.</li> </ul>
--	---	--

## Част II: Преглед на предвижданите реформи

В Концепцията „Цели за здраве 2020 г.“ (МЗ 2015а), приета неотдавна от Министерския съвет, МЗ излага амбициозния си план за реформи в системата на здравеопазването. Дейностите, които следва да бъдат предприети, са в четири основни приоритетни области:

- Осигуряване на финансова устойчивост на системата на здравеопазването чрез повишаване на разходите на правителството за здравеопазване, приемане на стратегии, свързани със страната и на търсенето, и на предлагането, за да се ограничи нарастването на разходите за здравеопазване, и прилагане на редица мерки за повишаване на ефективността на разходите. Пакетът дейности се разделя на три пакета (основен, допълнителен и спешен), за да се даде възможност за приоритизирано финансиране от правителството и да се насърчи доброволното плащане на вноски;
- Осигуряване на качество на предоставянето на услуги чрез реорганизиране на извънболничната помощ, болничната помощ, спешната помощ, човешките ресурси в здравеопазването и електронното здравеопазване;
- Осигуряване на спомагателни услуги и условия за уязвимото население; и
- Засилване на капацитета за общественото здравеопазване чрез здравна промоция и профилактика на заболяванията.

Програмата на здравната реформа е комплексна и всеобхватна, но контурите на реформата изглеждат по-добре дефинирани в някои сфери в сравнение с други. През призмата на финансиране на здравеопазването – с информацията от международния опит – и опирайки се на диагностиката в Част I, Част II съдържа набор от есета, съобразени със степента на специфичност на документа за реформата в няколко ключови области. Целта е да се предоставят анализи и доказателства, за да се информира правителството в усилията му да добавя подробности към плана за осъществяване на реформите и по-нататъшния напредък.

### Въпроси, свързани с основния и допълнителния пакет, и препоръки

Страните се стремят да осигурят най-добро здравеопазване на гражданите си, но поради ограничен бюджет е неизбежно ограничаването и въвеждането на квоти при услугите и интервенциите. Управляващите във всички страни, които работят с изричен ОПД, както България, следва да се запитат: какви услуги да се включат, за да се постигнат по-добре целите на здравната политика? Кои са водещите принципи при подбора на услугите? Как се постига баланс между всеобхватност и финансови ограничения и устойчивост? До каква степен следва да се прилага определянето на целите (до се ограничи до лица с известни състояния или до деца и пр.)? как може да се осигури ефективно покритие на ОПД? Как ще се актуализира ОПД? Каква ще бъде правната дефиниция на ОПД? И как ще се решават спорове?

Преглед на опита на страните от ОИСР изтъква все по-голямото значение на оценката на здравната технология (ОЗТ) за оценяване на сегашните и евентуалните нови интервенции и дейности, които да бъдат включени в ОПД.<sup>2</sup> В българския контекст за ОЗТ е необходимо разширяването на

---

<sup>2</sup>ОЗТ е мултидисциплинарен процес, който обобщава информацията за медицински, социални, икономически и етични въпроси, свързани с използването на дадена здравна технология по систематичен, прозрачен, обективен и солиден начин.

сегашните възможности в медицината с нов капацитет за извършване на икономическа оценка на лекарства и технологии, както и за определяне на себестойността на ОПД и оценка на свързаната с това финансова устойчивост. Опитът с ОПД процеси в други страни също подчертава важността на ясното дефиниране на ключови принципи, по които се ръководи определянето на приоритетите и ангажирането на заинтересованите лица от различни сфери с гарантирането, че дейностите са медицински състоятелни, финансово изпълними и етически приемливи.

За допълнителния пакет дейности планът е да се въведат квоти в услугите, като официално се изготвят списъци на чакащи и се предоставят възможности за закупуване на доброволно здравно осигуряване. И двете са нови начинания за България, за които прегледът на международния опит предупреждава да се претеглят потенциалните ползи и разходи, и да се възприеме строг надзор и регулаторни възможности, за да се намалят отрицателните въздействия.

По-конкретно времето за изчакване – макар да е популярна мярка за въвеждане на квоти в здравните услуги – може да е политически непопулярно. Дълги периоди на изчакване могат да имат отрицателно въздействие върху някои здравни резултати, особено когато се забавят неотложни процедури, като това може да има диференциращ ефект върху лица с по-ниско социално-икономическо положение, за които е по-малко вероятно да могат за си позволят допълнително здравно осигуряване. За да се измери правилно времето за изчакване, необходимо е да се излезе извън списъка на чакащите и да се разгледа цялото пътешествие на пациента от направлението до лечението. Ако бъде въведено, няма да е лесно да се премахне времето за изчакване: например в страните от ОИСР са изпробвани множество начини за намаляване на времето за изчакване, но не особено успешно. Най-обещаващата мярка включва гарантиран максимум на времето за изчакване в съчетание със санкции за доставчика и стимули за пациента.

Макар доброволното здравно осигуряване да подобрява избора на лечение и финансовата защита за бенефициентите си, не е особено успешно по отношение на равнопоставеността и ефективността на разходите от гледна точка на обществото. По-конкретно то създава достъп на две равнища до услугите и облагодетелства група от населението, която е непропорционално по-заможна – а понякога и по-здрава от средните равнища за страната, ако не се управлява правилно, доброволното здравно осигуряване може да изкриви използването на публични ресурси в полза на богатите. Конкуренцията между осигурителите не води системно до ефективност на разходите; по-скоро се установява, че разходите за частно, доброволно здравно осигуряване са положително свързани с общите разходи за здравеопазване в страните от ОИСР.

С напредъка на българското правителството в проектирането и осъществяването на доброволното здравно осигуряване авторите на настоящия доклад светват да не се субсидира регистрирането под формата на намаляване на подоходния данък за премии за служители в държавния сектор. Такива субсидии са обикновено в полза на богатите и имат потенциала да изкривяват пазара на труда. Ние също предупреждаваме срещу оценявани според риска премии и силно препоръчваме непосредственото въвеждане на нормативна уредба.

Преминавайки напред, правителството ще трябва да увери обществеността, че разделянето на пакета на НЗОК на основни и допълнителни документи, при което последните се получават чрез доброволното осигуряване, няма да отнеме някои от сегашните им права. Това е особено важно, понеже дейностите вече се възприемат като ограничени и пациентите, които не могат да си позволят да заобиколят държавната система и да плащат частно със собствени средства, вече чакат за услуги. Най-висок приоритет трябва да бъде да се гарантира, че бедните няма да страдат непропорционално от времето за изчакване и от недостъпността на допълнителни грижи.

## Промяна в стимулите в системата за заплащане на доставчиците с цел подобряване на ефикасността

Макар стратегии от страната на предлагането да са включени в Концепцията „Цели за здраве 2020 г.“ (МЗ 2015а) сред мерките за подобряване на ефективността на разходите, не се предлагат стъпки за намиране на решение за една критична празнота, която се появи след диагностиката в Част I: стимулите за доставчиците не са предвидени да осигурят ефикасност и добро съотношение качество-цена. По-конкретно за извънболничната помощ ниските разходи и стриктните тавани върху дейностите допринасят за изтласкването на пациентите нагоре. Същевременно за стационарни услуги финансовите стимули за хоспитализирането на пациенти произтича от липсата на селективно договаряне, добре документираните проблеми с КП и н крайна сметка неубедително наложени тавани. Стимули и от първичната, и от стационарната помощ се използват неправомерно, което води до ненужни и скъпо струващи болнични услуги.

Международният опит със заплащане на доставчиците разкрива, че няма един единствен „правилен“ метод. Тъй като всички методи на заплащане имат диференцирани положителни и отрицателни въздействия върху разходите, достъпа и качеството, често е необходимо да се използват множество методи за заплащане, за да се акцентират положителните и да се компенсират отрицателните въздействия. Системите за закупуване следва да бъдат приспособени към институционалните реалности на всяка здравна система, която включва страната и на търсенето, и на предлагането, а управляващите следва да следят внимателно ефектите на алтернативните системи за закупуване, за да внасят редовни корекции.

Критичен анализ на системата за заплащане на доставчиците в България подчертава редица необходими промени при закупуването на извънболнични и болнични услуги за регулиране на стимулите за доставчиците за ефикасност и качество. За извънболнични услуги е необходимо да се преразгледа начинът, по който се организират бюджетите за направленията, а именно да се оцени отново задължителните кръстосани направления и да се обмисли разширяване на отчетността за извънболнични доставчици за болнични разходи и разходи за рецепти. Те следва да бъдат засилени със заплащане на бонуси, ако се спестява от сегашните тавани за дейностите или ако се постигнат целите за финансовите бюджети, качеството или осигурителното покритие. За болнични услуги се препоръчва да се позволи селективно договориране с болници от НЗОК и да се въведат финансови тавани. Може да се обмисли намаляване на маргиналните плащания за обеми, надвишаващи таваните. И накрая, необходима е значима реформа на болничните плащания, за да се подобри съотношението между интензивността на грижите и заплащането; повишаване на прозрачността при определянето на цените и преговорите; и повторно независимо оценяване на безопасността и вградените в системата изисквания.

България също може да обмисли да приеме някои от най-новите практики за заплащане на доставчици, които са показали, че повишават качеството или ефикасността (или и двете). За извънболнични услуги от неотдавна има инициативи за изнасяне на някои болнични услуги в амбулаторни условия, по-специално простите диагностични услуги. За болниците една алтернатива на задълбоченото и цялостно ревизиране на КП да се премине към система на плащане на основата на ДСГ. Както всеки метод на плащане ДСГ имат своите доводи „за“ и „против“, но в литературата има превес към положителното въздействие върху ефикасността и никакво отрицателно въздействие върху качеството. На по-късен етап би било препоръчително да се въведе известен елемент на интегрирано плащане, за да се даде възможност за съответните диагностични и извънболнични промени в болниците, за да няма стимул за дадена болница да повтори вече

направен тест от друг доставчик. За стационарната и извънболничната помощ е възможно да се въведат някои елементи на заплащане за свършена работа, и по-специално за качество. Когато бъдат избрани приоритетите, ще трябва да се разработят планове за реформа – както беше направено в плана за действие за ДСГ, изготвен за този доклад – и да се предприемат математически моделирания.

## Засилване на финансовата защита

Правителството изрично отчита значението на финансовата защита с прилагането на универсално задължително здравноосигурително покритие чрез НЗОК през 1999 г. Чрез НЗОК правителството регистрира и финансира грижите за групите в неравностойно положение, като децата, бедните, хората с увреждания и пенсионерите чрез общите приходи от вноските. Въпреки това слабата финансова защита откроява България в сравнение със сродни страни. Макар че предложената от правителството програма за реформа в здравеопазването изтъква облекчаването на бедността, неравенствата и достъпа до медицинска помощ на групи в социално неравностойно положение, не е ясно от документа (МЗ 2015а) какви конкретни мерки ще бъдат предприети за постигането на тези цели.

В общи линии осигуряването на ефективна финансова защита и равнопоставеност изисква намаляване на зависимостта от плащания със собствени средства (в т.ч. неформални плащания, които може да не са напълно отразени от наличните данни) и повишаване на зависимостта от обединяването на риска и от механизмите на предварителните плащания. Други ключови механизми включват кръстосано субсидиране, изключения, субсидии и ефективно определяне на целите .

По-специално в контекста на България първата стъпка е да се разбере съставът и разпределението на плащанията със собствени средства. Освен това е важно и да има информация за лица, които извършват малко или никакви плащанията със собствени средства поради факта, че са твърде бедни, за да закупват услуги и/или са изправени пред физически/културни пречки за достъпа. За съжаление, докато се подготвяше диагностиката за България, стана ясно, че съществуват тежки ограничения в наличните данни за измерването и разбирането на плащанията със собствени средства и тяхното въздействие. Няма база данни, която да предоставя едновременно информация на индивидуално равнище за плащанията със собствени средства, доходите, осигурителния статус, здравния статус и използваемостта на медицинската помощ. Единствената информация за изразходване на собствени средства е бюджетното проучване, което дава информация на равнище домакинства. Това следва да бъде коригирано, за да се разбере кой е засегнат от катастрофичните плащания, какви са дълбоките причини и ефективно да се изготвят политики за подобряване на финансовата защита в България.

Макар че информацията е непълна, очаква се, че за да подобри финансовата защита, България ще трябва да съсредоточи вниманието си върху изрично взаимосвързани сфери на политиката относно ширината, обхвата и дълбочината на осигурителното покритие на НЗОК. Те включват критериите за пригодност и включване за осигурителното покритие на НЗОК; обхвата и съдържанието на ОПД на НЗОК, в т.ч. задължителните процедури за поделение на разходите и за заплащането на доставчиците за тези услуги; и равнището и общата ефикасност на разходите в здравеопазването.

Това подобряване на финансовата защита не е само въпрос за изразходване на повече средства, а по-доброто им изразходване чрез увеличено и равнопоставено предплащане чрез НЗОК. Следователно България следва да прехвърли значителни суми от плащанията със собствени

средства в предплатени, натрупвани и относително равно поставени разходи на НЗОК. Правителството следва да разработи варианти на политиките и административни промени, за да подобри обединяването на риска чрез включване на всички неосигурени лица чрез фундаментални реформи на процесите на допустимост и записване на НЗОК, и чрез внимателна оценка на обединяването на риска, равнопоставеността и последиците за разходите от насърчаването на частното осигуряване за допълнителни услуги.

Преструктурирането на ОПД, в т.ч. на неговите структури за поделение на разходите, следва да включва експлицитни критерии на финансова защита. За осигурените лица финансовата защита би могла да бъде засилена чрез ревизиране на покритието за лекарства и насърчаване или предлагане на стимули за избор на най-малко струващите лекарства чрез действия, насочени към пациентите, лекарите и фармацевтите. В по-общ план следва да се обсъдят проверените за средства тавани върху плащания със собствени средства. Други методи за намаляване на плащанията със собствени средства са по-широки реформи на политиките на плащания на доставчиците, в т.ч. свързаните със свръхфактурирането, неформалните плащания, добавянето на КП и даването на направления за непокрита частни услуги от двойнопрактикуващи, както и по-добро интегриране и координация на финансирани от НЗОК и МЗ услуги.

## Електронното здравеопазване – улесняващ фактор за реформите

Електронното здравеопазване не е най-вече самоцел, а по-скоро е средство за улесняване на големи реформи. България е богата на технологични ресурси, но изглежда, че страната сега изостава от други сходни страни. МЗ е в добра позиция да играе значима роля за насърчаване на сътрудничество между всички заинтересовани лица в сектора на здравеопазването — подпомогнато от представянето на неговата Пътна карта на електронното здравеопазване — но преди това МЗ ще трябва да реши фундаменталния проблем с кризата в системата на НЗОК.

От 2011 г. настоящата информационна система за здравно осигуряване в НЗОК е без поддръжка от продавача. По време на световната финансова криза бяха спрени плащанията за поддръжка на продавача и не бяха възстановени, когато се подобриха икономическите условия. Работата на системата става все по-бавна с течение на времето поради естественото нарастване базата й данни и поради липсата на нормална поддръжка. Освен това предвид изменения в наредби и други форми на нормативната уредба НЗОК не е била в състояние да актуализира софтуера си, за да отговори на новите разпоредби. Единственият й избор е бил да замени постепенно автоматизираните функции на НЗОК с ръчни функции (на хартиен носител или с прости електронни таблици). Следователно в някакъв момент ще трябва да бъде изоставена цялата система, тъй като тя вече няма да отразява регулаторната ситуация – с огромни финансови и административни последици.

Един предложен комплексен подход за решаване на системните проблеми в НЗОК върви по две припокриващи се писти: укрепване на съществуващата система и стартиране на планове за следващото поколение системи. Необходимо ни е да знаем обаче каква ще бъде ролята на регионалните офиси? Какви методи на плащания на доставчиците вероятно ще се използват? И какви методи на стимулиране могат да се използват? Една предпоставка за разработването на всякакви нови, оперативни съвместими системи е постигането на споразумение за „общ език“.

Неотдавна беше разпространена нова версия на Пътната карта на електронното здравеопазване, за да бъде разгледана от редица заинтересовани лица. Целта й е да постигне консенсус по действията през следващите пет години. Някои идеи за евентуалното продължаване на разработването на



Пътната карта са да се гарантира задаването на стратегически цели; определяне на последователността на действията и приоритизирането им; извършване на анализ разходи-ползи за дейностите на електронното здравеопазване; и новата среда на електронното здравеопазване да има няколко прототипа, създадена за различни групи по интереси. И накрая, от изключително значение е намирането на „застъпник“ за разработването на електронното здравеопазване, който трябва да бъде уважаван като безпристрастен от цялата гама заинтересовани лица. Необходимо е да бъде формиран и управляващ или консултативен комитет. Евентуално сътрудничество с МЗ и НЗОК може да се осъществи с Българския лекарски съюз, Института за обществено здраве и медицинските университети в България.

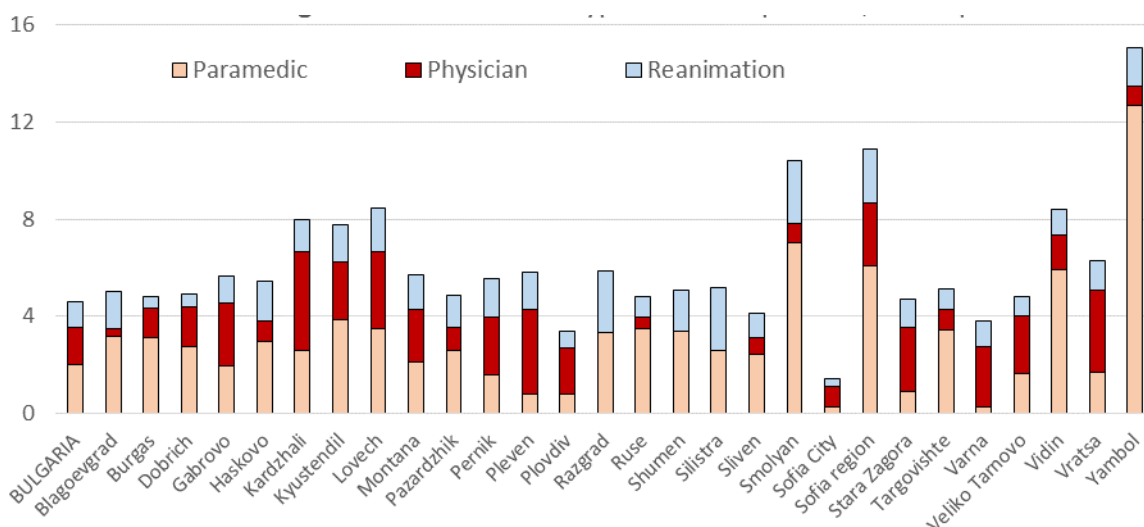
Предвид високите разходи за развитието на електронното здравеопазване следва да се разгледат иновативни начини за разпределяне на разходите и рисковете. Цената на приложенията на електронното здравеопазване е много висока. Пълната гама услуги в електронното здравеопазване може да струва на България около 500 милиона евро за период от осем години – може би по 100 милиона евро за болниците, националните електронни медицински регистри и за системата на НЗОК система, и може би по 50 милиона евро за системите на МЗ и на Института за обществено здраве.

## Пакет спешна помощ и реформи

Преглед на пакета спешна помощ (ПСП) и свързаната с него „Концепция за развитието на спешната медицинска помощ в Република България 2014–2020 г.“ (МЗ 2014) разкри сфери, където е необходимо внимание, преди правителството да предприеме следващи реформи. ПСП, обявен като част от Концепцията „Цели за здраве 2020 г.“ През февруари 2015 г., ще се нуждае от повнимателен анализ и интегриране на различните видове спешни услуги, за да се гарантира наличието на правилната услуга и да се използва когато е правилно от клинична гледна точка. Това предполага премахването на всякакви структурни, организационни и финансови пречки пред правилното използване на системата от пациентите или от доставчиците на услуги.

Предприетият анализ по време на това проучване разкри значителни регионални различия във всички изследвани райони. Например съотношението на използваемостта на спешните отделения (СО) и посещенията на филиалите на центровете за спешна медицинска помощ (ФЦСМП), взети заедно, е 3,3:1 между районите с най-високите и най-ниските обеми, макар че има известни данни за взаимно заместване между двете, както може да се очаква. От данните не са ясни основните причини за голяма част от разликата в съотношението, но макар да е необходим повече анализ, изглежда доста ясно, че съществуват възможности за ефективности и че тези проблеми следва да намерят решение, преди да се приложи концепцията за реформата. Съществуват и значими различия в разпределянето на ресурсите по райони, а броят на екипите се различава значително от одобрените стандарти.

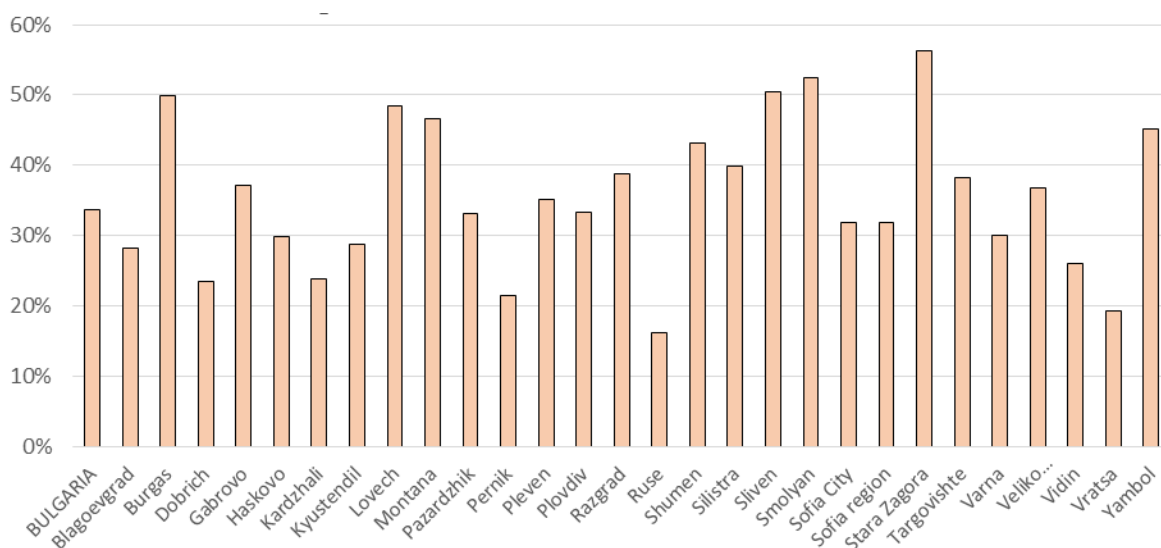
Фигура РЕЗ 8: Брой и вид на екипите на 100 000 души население, 2014 г.



Източник: Emergency Care and Special Medical Activities Branch

Броят и процентите на приемите в болниците са особено тревожни, тъй като те са много по-високи, отколкото в други страни (което също следва да се проучи допълнително). Други значими вариации в моделите на практиката не могат разумно да бъдат приписвани на разлики във видовете обслужени пациенти, което подсказва необходимост от по-ясно дефиниране на насоките в клиничната практика и по-агресивно проследяване на действителните модели на практиката.

Фигура РЕЗ 9: Дял на хоспитализирани пациенти от CO (%), 2013 г.



Източник: Emergency Care and Special Medical Activities Branch

Преглед на финансовите данни подсказва, че изразходването на средства за заплати и ползи е твърде високо в сравнение с други оперативни разходи и се препоръчва да се предприеме анализ

„от нула“ на разходите и бюджетите, за да се гарантира, че реформираната система на спешната медицинска помощ е с необходимото равнище и структура на финансирането.

Общите равнища на производителността са ниски в България – в страната като цяло и в повечето региони. Прилагането на одобрените стандарти ще увеличи до известна степен общата производителност, но все още има място за още подобрения. Самите стандарти също следва да бъдат преразгледани.

Предизвикателствата с човешките ресурси, присъщи на опитите да се поддържа подход към съставите на екипите на линейки на основата на лекар, заедно с растящите демографски тревоги и предстоящите пенсионираня на персонала, подсказват, че подходът да се премине към модел на базата на парамедик следва да стане приоритет. Това вероятно ще бъде рентабилно, ако първоначално фокусът е върху междинното обучение на парамедици от около една година и разширяване с течение на времето за по-ограничен брой по-напреднали животоподдържащи парамедици.

Стратегия на финансирането е необходима за целия ПСП, която да решава проблемите на състава на разходите и финансирането на болничната спешна помощ. Болници очевидно „субсидират“ ПСП с поне 25 милиона лв. за пациенти, които не са приети в болница. Необходими са ясни параметри на финансирането, за да се гарантира, че финансовите стимули подкрепят правилното използване на системата за спешна помощ и другите части на системата на здравеопазването. Разработването и ефективното прилагане на система за отчитане на тежестта на заболяванията следва да се разглеждат приоритетно.

Важен елемент на всяка ефективна система за спешна медицинска помощ е напълно функционална информационна система, която подкрепя както клиничните, така и управленските решения, и основните комуникации между части на системата. Необходими са и големи инвестиции, в т.ч. рационализация и усъвършенстване на лечебните заведения, и подмяна и управление на голям автопарк и свързаното с него оборудване, голяма част от което вече е остаряло.

## **Обединяване на всичко: устойчивост и процес на реформи**

Бъдещата устойчивост на общата здравна програма на правителството, която представлява около 4 процента от БВП и 12 процента от бюджета, е важен компонент на бъдещата устойчивост на икономиката на България. Ключови фактори за определяне на устойчивостта са сегашните публични здравни разходи, ефикасността на такива разходи и нейното бъдещо увеличение. Ключови фактори ще бъдат ползите за ефикасността.

Тъй като ефикасността се влияе от всички елементи на МЗ и НЗОК – покритие, дейности, поделение на разходите, процедури на закупуване, ефективност на управлението и пр. – както и от ефикасността на общата система на предоставянето на услуги, ще бъдат необходими реформи във всички тези сфери. Следователно правителството ще трябва да реши колко желае да изразходва за здравеопазване и дали желае да финансира предложението на МЗ за реформа, в което се апелира за повишаване на дела на БВП, който ще бъде посветен на здравеопазването.

Правителството е представило обща програма за реформа в здравеопазването и работи по детайлите. До този момент не са напълно развити подробни предложения за справяне с много от повдигнатите ключови проблеми на финансиране на здравеопазването, особено за финансовата защита, ефикасното закупуване и осигуряването на финансово устойчивост.

Много правителства, които преследват активна и комплексна програма за реформа в здравеопазването, вземат проекта си за тяхната реформа и след това създават работна група за здравната реформа, която е пряко подчинена на най-високопоставени лица в правителството. България вече е възложила на една много малка група кадри, предимно в МЗ, да координират процеса.

Препоръчва се тази група да бъде разширена и да включи всички основни заинтересовани лица с разнообразни квалификации, съпредседателствана от Министъра на здравеопазването и Директора на НЗОК, и да е на пряко подчинение на Министерския съвет и/или на министър-председателя. Работната група може да се състои от отделни работни групи, например по проблемите на набирането на приходи и устойчивостта, административната и оперативна реформа в НЗОК, дефиницията и остойностяването на повторно дефинирания пакет дейности, реформи в плащанията на доставчиците, програми за обществено здраве, спешна помощ, фармацевтични политики, информационни системи и рационализация на системите на доставки. Тя трябва да има компетентен персонал и бюджет. Предвид обстоятелството, че реформата на здравеопазването е дългосрочно начинание, което може да мине през повторения – и всъщност няколко правителства – от жизненоважно значение е работната група да бъде защитена от политически брожения.

## Увод

### Задача

1. През август 2014 г. правителството на Република България и Световната банка сключиха споразумение, наричано споразумение за консултантски услуги срещу заплащане при финансиране на здравеопазването. Целта на това споразумение е да се окаже подкрепа на правителството да постави основата на прилагането на неговата здравна стратегия до 2020 г., концепцията за която („Концепция: Цели за здраве 2020 г.“, МЗ 2015а) беше прието през февруари 2015 г. По-конкретно Банката помага на Министерството на здравеопазването да разработи, оценява и прилага различни възможности във финансирането на здравеопазването, за да се подобри ефикасността, равнопоставеността, финансовата защита и дългосрочната устойчивост на здравната система.
2. За да се постигне тази цел, първата стъпка е да се оцени как работи и се справя българската система на финансиране на здравеопазването. През втората фаза, след обсъждания с правителството, бяха разгледани редица от предложените политики и бяха изготвени варианти. И в двата случая подходът и референтната рамка бяха същите, както са представени кратко.

### Подход и рамка за финансирането на здравеопазването и анализ на системите на здравеопазването

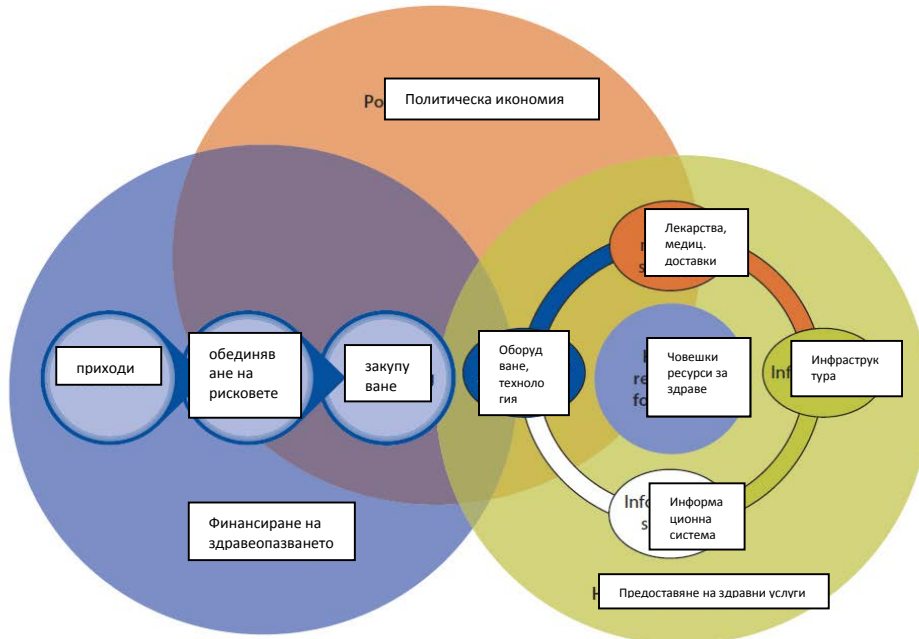
3. Изследването на системите на здравеопазването изостави обсъждането на реформите от гледна точка на това до каква степен те приближават дадена система на здравеопазването до някакъв вид „модел“ или поне „архетип“. Днес организацията на системите на здравеопазването се анализира, като се види как те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

### *Цели и задачи на системите на финансиране на здравеопазването и на по-широката система на здравеопазването*

4. Всяка оценка на работата на системата на финансиране на здравеопазването в България следва да се прави в контекста на целите и задачите на системата, както и на взаимодействията ѝ с другите критични компоненти на по-широката система на здравеопазването. Този документ прилага глобално приетата таксономия на Световната здравна организация (СЗО)/Световната банка за системи на здравеопазването, както и свързаните **цели** и задачи: (i) подобряване на здравните резултати, (ii) осигуряване на финансова защита, и (iii) откликване на потребностите на потребителите по равнопоставен, ефикасен и устойчив начин (WHO 2000 и 2010; Gottret и Schieber 2006; Maeda et al. 2014)..
5. Основните компоненти **функции** на една система на здравеопазването (**Error! Reference source not found.**) включват: предоставяне на здравни услуги, политическата икономия и финансиране на здравеопазването, което е ядрото на този доклад. Предоставянето на здравни услуги включва

здравната инфраструктура, човешките ресурси в здравеопазването, информацията, лекарствата, медицинските доставки, оборудването и технологиите. Политическата икономия включва лидерство, управление и стопанисване). Трите компонента си взаимодействат и определят доколко добре една система на здравеопазването постига крайните си цели – подобряване на здравните резултати, осигуряване на финансова защита и отзивчивост към потребителите.

Фиг. 1: Компоненти и взаимодействия в системата на здравеопазването



Източник: Maeda et al. 2014

6. Kutzin (2001) предлага рамка за анализиране на компонента финансиране на здравеопазването, където се разграничават три основни функции:

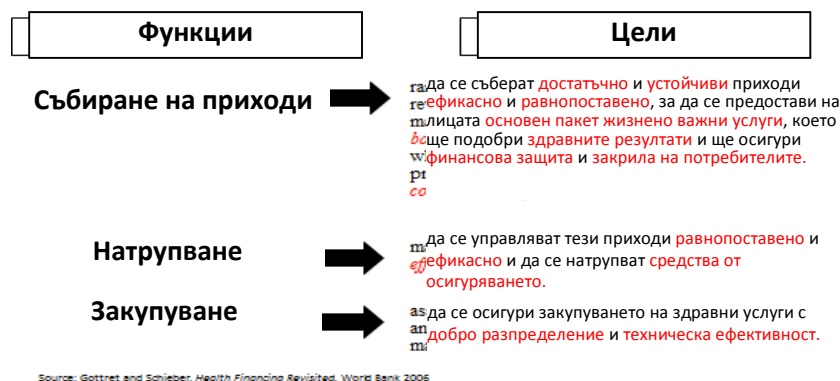
- Събиране на приходи, които ще се използват за закупуване на здравни услуги;
- Обединяване на риска, който описва степента и начина, по който събраните пари се „натрупват“, за да се постигне осигурително покритие; и
- Закупуване на здравни услуги, което описва взаимодействието между посредниците, които управляват предплатените/натрупани средства и онези, които доставят услугите.

7. За да се постигнат тези ключови функции на финансирането на здравеопазването (Фиг. 2) по начин, който допринася за постигането на заявените по-горе цели в системата на здравеопазването:

- Държавите трябва да се съберат приходи по равнопоставен и ефикасен начин, който свежда до минимум икономическите изкривявания, предизвикани от инструментите за генериране на приходи.
- Приходите също следва да се обединяват ефикасно (особено от гледна точка на административните разходи и на разходите за гарантирането на осигуровката) и равнопоставено, за да се предостави на лицата здравноосигурително покритие срещу непосилно високи и непредсказуеми разходи за медицински грижи. Здравните услуги също следва да бъдат закупувани и предоставяни равнопоставено и ефикасно.

- Държавите трябва да се съберат приходи и по устойчив начин, за да се предостави на населението основен пакет дейности (ОПД), който помага за постигането на трите крайни цели.

Фигура 2: Функции и цели на финансирането на здравеопазването



8. Фигура 2 илюстрира как функциите на финансирането на здравеопазването допринасят за постигането на целите и задачите на системата на здравеопазването.

### От измерването на работата на системите на здравеопазването до предоставяне на варианти на реформата

9. Структурирани от представената по-горе рамка, за всяка функция съществува доста стандартен набор показатели за оценка на изпълнението на всяка цел. Например, един показател за финансова защита е „обедняването поради нерегламентирани плащания със собствени средства“, което обикновено се основава на проучвания на бюджета на домакинствата. Първата стъпка за оценяване на дейността следователно е да се определи кои показатели за кои цели могат да се изчисляват предвид наличната информация.

10. Повечето показатели за дейностите обаче отговарят несъвършено или частично на конкретните цели и не съществува такова понятие като „отлична оценка“, затова се прилага сравнителна техника (benchmarking) като основна техника за оценяване на относителната дейност. За България тази сравнителна техника за оценка включва: (i) оценяване на равнищата и тенденциите във времето съотносително със сходни съседни държави, както и със средните стойности за страните от ЕС-12 и ЕС-15, и (ii) сравняване (benchmarking) на дейностите в България по лесно измерими параметри на финансирането на здравеопазването и резултатите/входните данни в системите на здравеопазването в други страни със сравними приходи и разходи за здравеопазване. Сравняването обикновено се прави чрез изчисляване на средните взаимоотношения за страните глобално и оценка на постиженията/отклоненията на страната от глобалните средни стойности (т.е. точката върху глобалната средна регресионна линия за страни със сравними приходи).<sup>3</sup> Въпреки това големи отклонения от „средните“ постижения при сравнявани страни със сходни приходи

<sup>3</sup> Няма нищо „правилно“ или „неправилно“, разбира се, при глобалните средни стойности.

дават някои индикации за сфери, за които може да е необходим по-задълбочен анализ и промени в политиките.

11. Едно от ограниченията при такива анализи е, че няма един единствен измерител на работата на дадена система на финансиране на здравеопазването – или дори на система на здравеопазването – и множество характеристики, специфични за конкретна страна, могат да повлияят на „изпълнението“ (напр. възрастовото разпределение на населението, географията). Като се извършват множество сравнения две по две на резултатите, входните данни и елементите на финансирането, и като се добавят на микроизследвания на конкретни аспекти на системата, както и на богатата литература относно здравната политика в България към Част I и Част II на този доклад, може да се придобие сравнително обективна обща картина на работата на системата на здравеопазването в много измерения на политиката, вероятните последици за постигането на целите за финансиране на здравеопазването и целите в система на здравеопазването, както и в сферите на реформите.

12. Макар и преди да са били правени някои ограничени сравнителни анализи за България, настоящият доклад представя комплексен анализ чрез използването на най-новите данни относно изразходването на средства в здравеопазването и информация за резултатите от базата данни на СЗО за националните здравни счетоводства, от базата данни на Световната банка за световните показатели на развитие и от последната регионална икономическа прогноза и макроикономическа статистика на Международния валутен фонд (МВФ), както и от най-новите проучвания върху бюджетите на домакинствата.

13. След като бъде направена оценка на дейността по тези различни измерения, следващата стъпка е да се установят първопричините. Приписването на някакъв „резултат в дейността“ назад във времето на дадена функция и от там на „първопричина“ може да изглежда просто и логично. Например, финансовата защита е общо взето в сферата на финансирането на здравеопазването и по-конкретно е резултат от събиране и обединяване на средства, както обаче се посочва много ясно в литературата, всички оценки на системите на здравеопазването и на финансирането на здравеопазването са трудни. Проблемите могат да са с дефинициите (дефиниране на конкретни ключови компоненти на финансирането на здравеопазването); проблеми с измерването (на здравните резултати или на здравноосигурителното покритие), приписване на каузалност при сложни интерактивни системи, разделяне на факторите, свързани с търсенето от факторите, свързани с предлагането и контролиране на въздействията на външни фактори, несвързани със системата на здравеопазването, като образование, вода, санитарно-хигиенни условия и инфраструктура. Следователно приписването на даден резултат на конкретна характеристика на системата на здравеопазването изисква (i) солидно и задълбочено разбиране на специфичния за дадена страна контекст, което включва как е организирана системата по принцип, както и как са спазват на практика тези принципи, и (ii) глобално знание кои черти на системата се свързват с по-добро (или с по-лошо) функциониране на системата.

14. Когато приключи диагностичната работа, рамката се използва за оценяване на политиките, предвиждани от правителството. Чрез преразглеждане как дадена политика ще модифицира изпълнението на всяка функция и чрез събиране на доказателства от международния опит как това може да се очаква да допринесе за постигането на дадена цел, може да се представи техническо становище относно релевантността на политиката за попълването на празноти в работата в България и очертаване какво може да е нужно за успешното изпълнение на задачите. Следователно лицата, определящи политиката, следва да съсредоточат вниманието си върху основните цели,



които се стремят да постигнат в контекста на България, и следва да отчетат и институционалните договорености и икономическите стимули, присъщи на избраната от тях политика.

## План на доклада

15. Част I представя комплексна диагностика на работата на системата на здравеопазването, с акцент върху финансирането на здравеопазването:

- Глава 1 – елементи на демографските и икономическите показатели, както и фактори на пазара на труда и на системата на здравеопазването като рамка на дискусия за финансирането на здравеопазването;
- Глава 2 – описание на системата на финансиране на здравеопазването, което очертава основните му характеристики, представя някои елементи на калибриране и хвърля светлина върху функционирането на системата на практика;
- Глава 3 – емпирична оценка на степента, до която системата на финансиране на здравеопазването в България функционира добре в сравнение с общоприетите цели и задачи, свързани с подобряването на резултатите в здравеопазването, финансовата защита на потребителите и тяхната отзивчивост, постигнато чрез равнопоставеност, ефикасност и финансова устойчивост;
- Глава 4 – обсъждане на някои ограничения пред реформите, включително фискално пространство, информационни системи и настоящата рамка на управление на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК).
- Глава 5 – заключения по диагностиката, обобщение на основните резултати и поставянето им в контекста на по-широк анализ на силните и слабите страни на системата на здравеопазването, като се очертават възможни сфери за реформи.

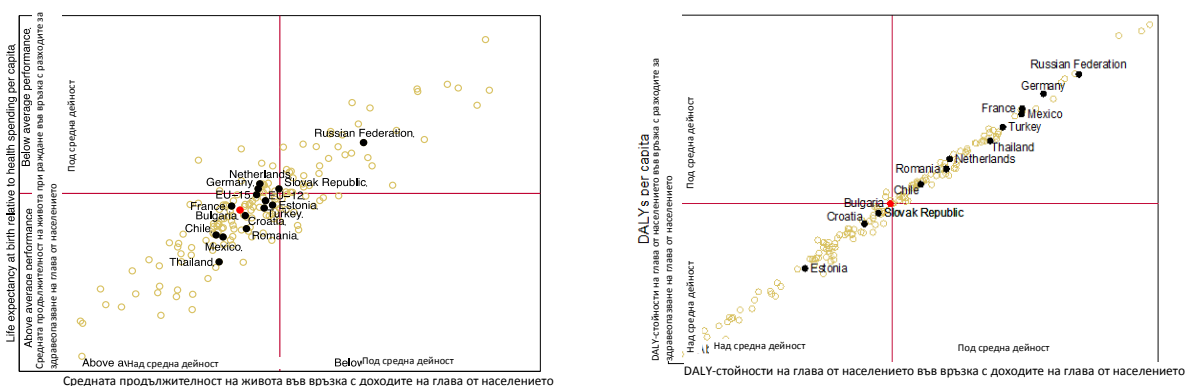
16. Част II оценява редица варианти на политиката от интерес на правителството. За подробности вж. увода към Част II.

## Част I: Диагностика

## Глава 1. Финансиране на здравеопазването при конкретни условия

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

### 1.1. Резултати в здравеопазването

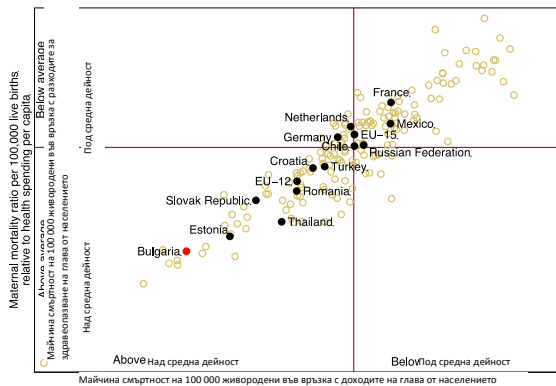


Източник: World Development Indicators u WHO NHA, 2014

2. В световен мащаб показателите за средната продължителност на живота и за продължителността на живота, коригирана с отчитане на инвалидността (DALY-стойности) на глава от населението в България показва средна до над средна дейност в сравнение с други страни със сходни равнища на приходи и разходи за здравеопазване на глава от населението (Фиг. 3 и Error! Reference source not found.). По показатели като майчината смъртност България напредва стабилно и се доближава до равнищата на страните от EC-15 (Error! Reference source not found. и Error! Reference source not found.). Както е показано подробно другаде<sup>4</sup>, независимо от значимото намаление обаче детската смъртност в България е все още над три пъти по-висока от средните стойности за EC-15 от 3,2 мъртви деца на 1000 живородени и почти два пъти по-висока от средните стойности за EC-12 от 5,5 мъртви деца на 1000 живородени.

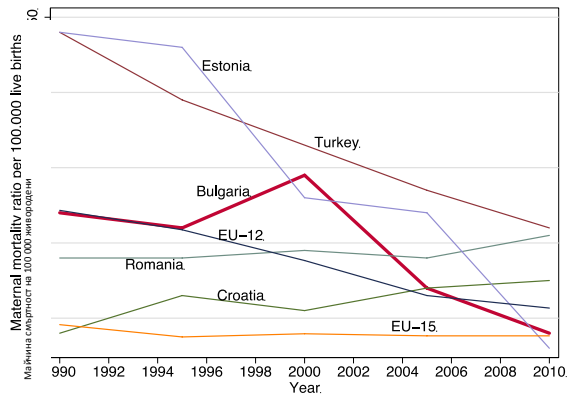
<sup>4</sup> Отделен документ, представен на правителството, представя допълнителни анализи, международни сравнения и тенденции.

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



Източник: World Development Indicators u WHO NHA, 2014

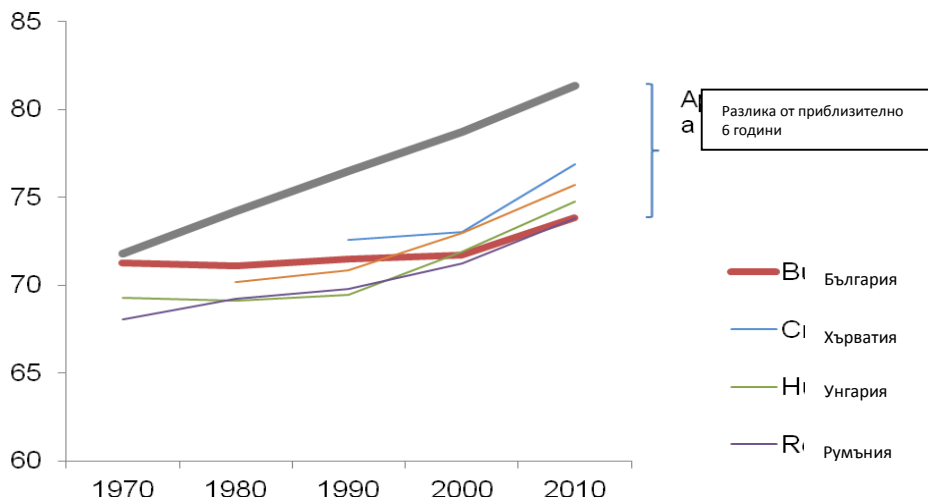
Фиг. 6: Майчината смъртност от 1990 до 2010 г.



Източник: World Development Indicators u WHO NHA, 2014

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

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



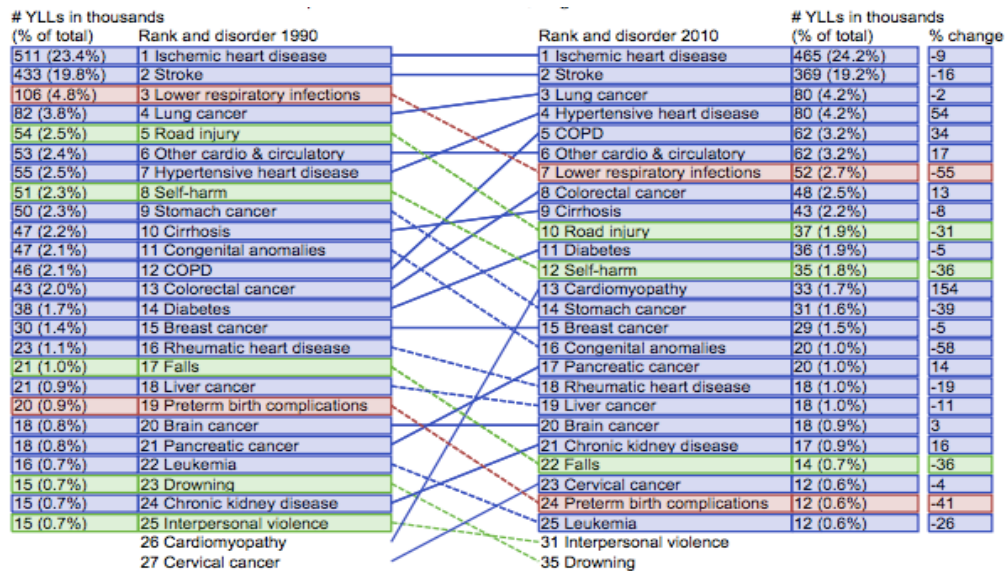
Източник: WHO Health For All Database, 2014

4. Например през 1970 г. средната продължителност на живота при раждане в България е била практически равна на преобладаващия брой страни от ЕС-15 и много по-висока, отколкото в

Хърватия, Унгария и Румъния; към 2010 г. обаче тя изостава дори от тази на Румъния и изостава в сравнение със средните стойности Европейския съюз (ЕС) с около 6 години – разлика, която остава доста постоянна от 2004 г. насам. Средната продължителност на живота се е подобрила съвсем малко след 60-те години на миналия век (World Bank 2013).

5. Това сравнително добро справяне с майчината смъртност, заедно с бавното повишаване на продължителността на живота, би могло да бъде обяснено с **бавния напредък на България при контролирането на хронични заболявания по време на епидемиологичния преход**. Според последното глобално изследване на социално значими заболявания, извършено от Института за здравна метрика и оценка (IHME 2014), се наблюдава преход при социално значимите заболявания от инфекциозни към незаразни заболявания (НЗЗ). В действителност към 2010 г. почти 94 % от смъртността в България е била причинена от НЗЗ (Фиг. 9). Сърдечносъдовите заболявания в частност – инфаркти, сърдечна недостатъчност и инсулти – представляват повече от 66 процента от всички съобщавани смъртни случаи в България (Фиг. 8), като 24.2 процента и 19.2 процента от загубените години живот (ЗГЖ) се дължат на исхемични сърдечни заболявания и инсулт<sup>5</sup>.

Фиг. 8: Причини за смърт в България, 2010 г.



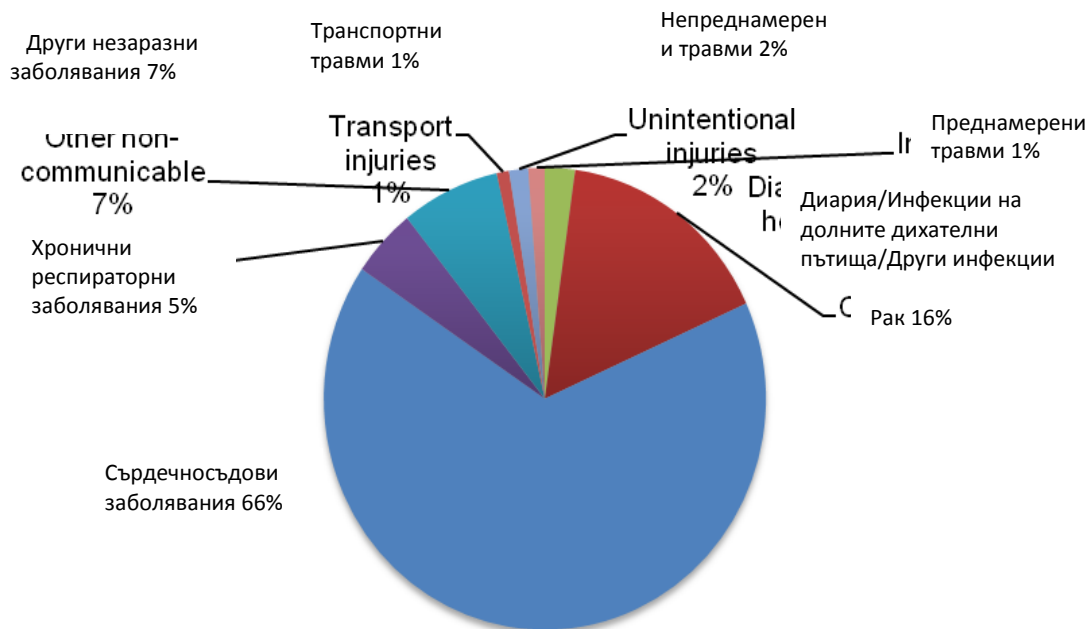
Източник: IHME Global Социално значими заболявания (2014)

ЗГЖ (хиляди) (% от общото)      Класификация и нарушение	ЗГЖ (хиляди) Класификация и нарушение (% от общото) % промяна
1 Исхемична болест на сърцето	1 Исхемична болест на сърцето
2 Инсулт	2 Инсулт
3 Инфекции на долните дихателни пътища	3 Рак на белия дроб
4 Рак на белия дроб	4 Хипертонично сърдечно заболяване

<sup>5</sup> Числените данни за смъртността през 2010 г., разграничени според причината за смъртта в Фиг. 9, се различават съвсем леко от числата, публикувани от Националния статистически институт през 2012 г. в Статистика на общественото здравеопазване, *България 2013, Годишник*.

5 Пътнотранспортни травми	5 ХОББ
6 Други сърдечносъдови заболявания	6 Други сърдечносъдови заболявания
7 Хипертонично сърдечно заболяване	7 Инфекции на долните дихателни пътища
8 Самопричинени увреждания	8 Колоректален рак
9 Рак на стомаха	9 Цироза
10 Цироза	10 Пътнотранспортни травми
11 Вродени аномалии	11 Диабет
12 ХОББ	12 Самопричинени увреждания
13 Колоректален рак	13 Кардиомиопатия
14 Диабет	14 Рак на стомаха
15 Рак на гърдата	15 Рак на гърдата
16 Ревматични сърдечни заболявания	16 Вродени аномалии
17 Падания	17 Рак на панкреаса
18 Рак на черния дроб	18 Ревматични сърдечни заболявания
19 Усложнения при преждевременно раждане	19 Рак на черния дроб
20 Рак на мозъка	20 Рак на мозъка
21 Рак на панкреаса	21 Хронични бъбречни заболявания
22 Левкемия	22 Падания
23 Удавяне	23 Рак на маточната шийка
24 Хронични бъбречни заболявания	24 Усложнения при преждевременно раждане
25 Междоличностно насилие	25 Левкемия
26 Кардиомиопатия	31 Междоличностно насилие
27 Рак на маточната шийка	35 Удавяне

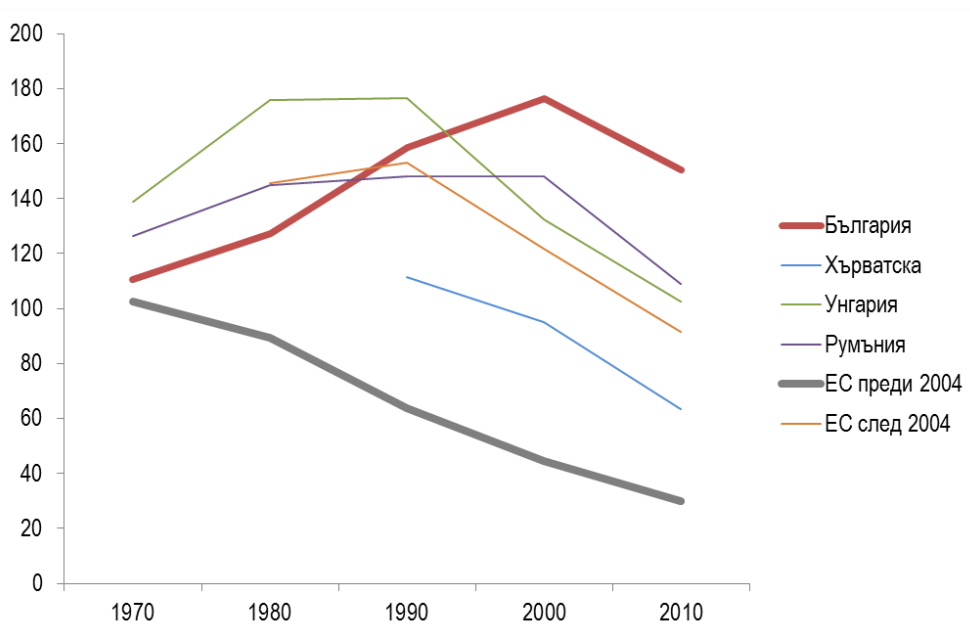
Фиг. 9: Причини за смърт в България (2010 г.)



Източник: IHME Global Социално значими заболявания (2014)

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

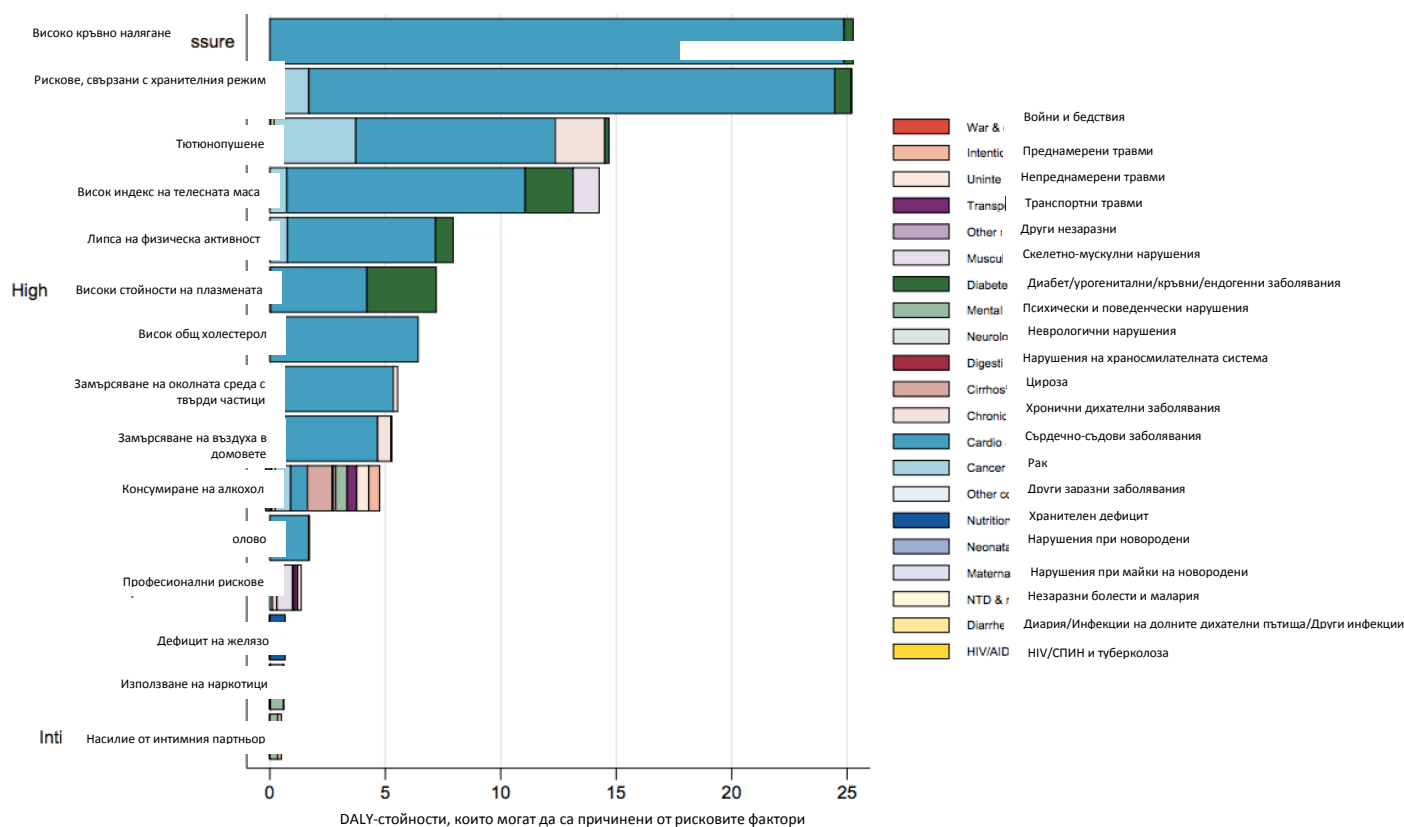
Фиг. 10: Стандартизирана смъртност от заболявания на кръвоносната система (0-64 години) на 100 000 души



Източник WHO Health for All Database 2014

7. Сърдечносъдовите заболявания също допринасят значително за заболяемостта в България. Почти 37 процента от стойностите DALY могат да се припишат на сърдечносъдовите заболявания, което е най-високият дял сред страните от ЕС-28. Други основни причини за DALY-стойностите включват рака (13 процента), скелетно-мускулни нарушения (9,8 процента), травми (8,3 процента), и психически и поведенчески нарушения (IHME 2014).
8. Все пак рисковите фактори, свързани с тези високо социално значими заболявания, вероятно биха могли да бъдат адекватно лекувани и управлявани чрез подходящи услуги в първичната помощ, включително чрез издигане на равнището на здравеопазването и на профилактичните дейности. Повечето DALY-стойности могат да се отчетат като дължащи се на високо кръвно налягане, рискове на хранителния режим, тютюнопушене и висок индекс на телесната маса (Фиг. 11). През 2008 г. 41 процента от пълнолетното население (над 25 г. възраст) в България са страдали от повишено кръвно налягане (сistolно кръвно налягане  $\geq 140$  или диastолно кръвно налягане  $\geq 90$ ) (WHO Global Health Observatory, 2014).

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



Източник: IHME 2014



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

9. Системата на здравеопазването не изглежда да е създадена с оглед на профила на заболяванията в България и не предлага правилното съчетание от услуги (основните характеристики са обобщени в каре 1, повече подробности са дадени от Dimova et al. 2012).<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> В няколко публикации се описва подробно организацията на системата на здравеопазването (Dimova et al. 2012) и се обсъждат предизвикателствата, произтичащи от организацията на предоставянето на услуги (Sanigest Solutions 2008; Dimova et al. 2012; World Bank 2013).

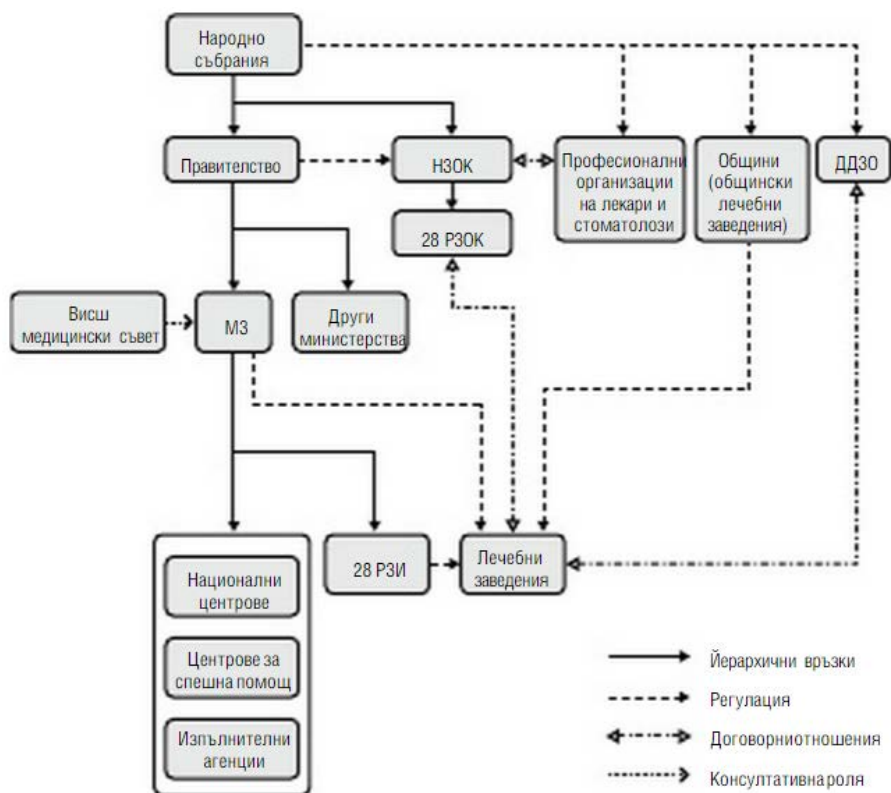
### Каре 1: Системата на здравеопазването в България

Системата на здравеопазването е разнообразна, със смесица от държавни и частни, централизирани и децентрализирани характеристики сред финансиращите институции и доставчиците на медицински грижи. В центъра на системата на държавно финансиране е НЗОК, създадена през 1999 г. и предназначена да обхване всички граждани и чрез която преобладаващата част от държавните ресурси (около 80 процента) се вливат в системата на здравеопазването.

Здравни услуги се предоставят от мрежа доставчици, работещи в публичния или в частния сектор. Извънболничната помощ се предоставя в еднолични и групови практики, както и в медицински, диагностични и стоматологични центрове, повечето от които са частни. Болниците работят като търговски дружества и са предимно собственост на централните и местните органи на самоуправление. Около 10 процента от легловата база и около една трета от болниците са частни. Практически всички доставчици имат договор с НЗОК.

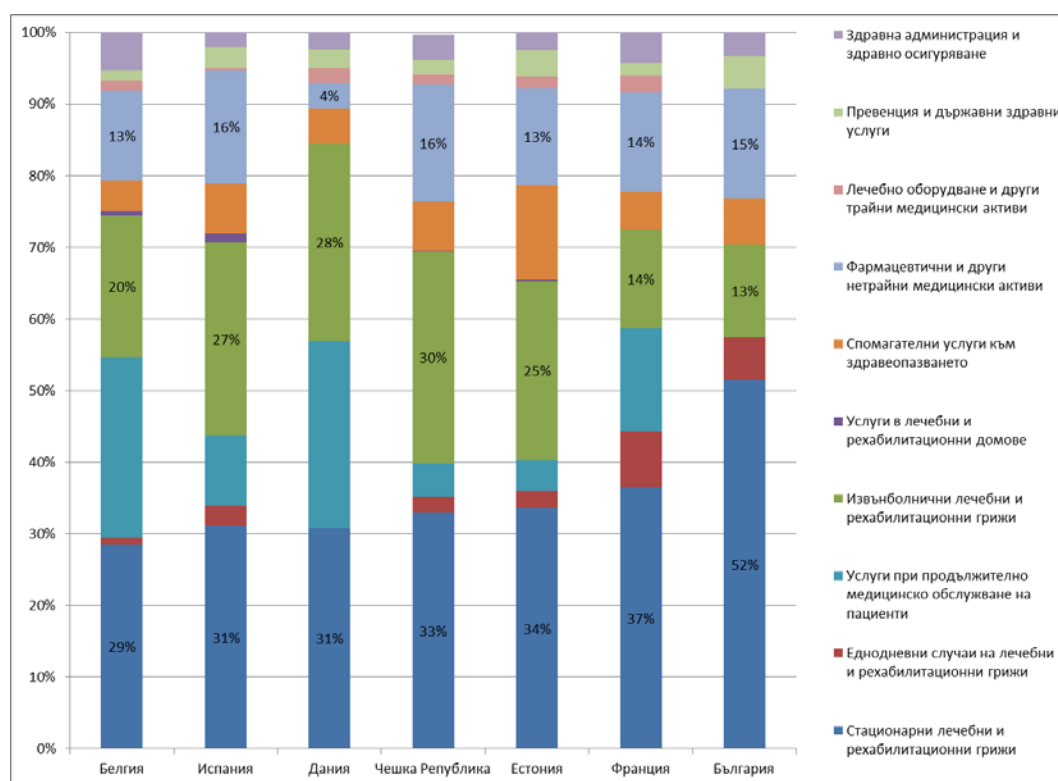
На общопрактикуващите лекари (ОПЛ) си заплаща предимно на принципа на капитацията, а за останалите извънболнични услуги – на основата на такса. На болниците се заплаща за услуги на основата на клиничните пътеки (КП), които представляват плащания за конкретни случаи. Частните разходи – покривани почти изцяло със собствени средства – представляват 49 процента от средствата, изразходвани за здравеопазване.

Организацията на системата на здравеопазването е представена на следната графика.



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

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

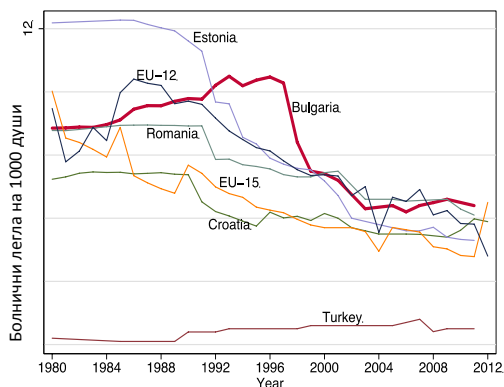


Източник: OECD health и Bulgaria NHA.

Забележка: Изборът на страни беше определен до голяма степен от наличието на данни.

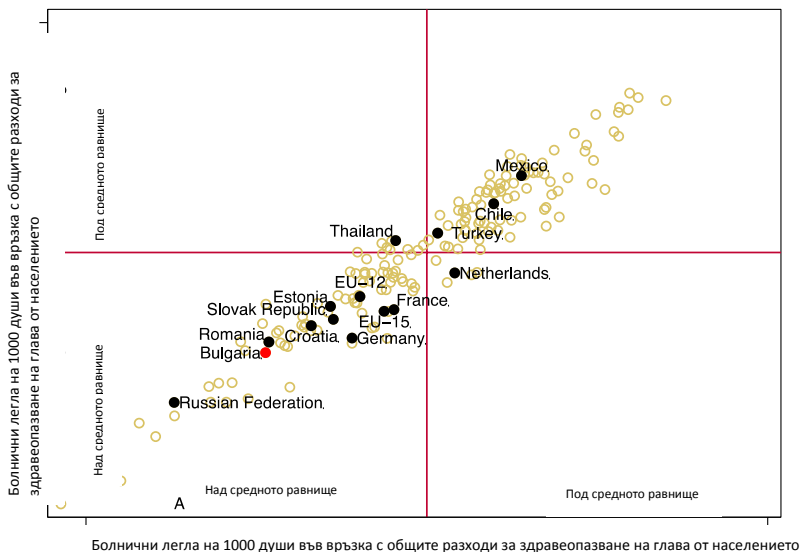
12. Болничният капацитет и делът на хоспитализациите са над средното равнище, дори когато се сравнява България със страни със сходни равнища на приходи и разходи за здравеопазване. Броят болнични легла на 1000 души е намалял рязко в сравнение с пика през 90-те години на миналия век (Фиг. 13), но тази тенденция на намаляване започна да се обръща преди около десет години. Броят болнични легла е много по-висок в България в сравнение с други страни за определени приходи и разходи за здравеопазване (Error! Reference source not found. 14).

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



Източник: World Development Indicators и WHO NHA 2014

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



Източник: World Development Indicators и WHO NHA 2014.

Забележка: Данните за леглата и БВП на глава от населението са за последната/най-ранната налична година.

13. Разпределението на хоспитализациите по болници подсказва значителен свръхкапацитет и фрагментарност (Таблица 1, Фиг. 15, Фиг. 16). Средният болничен престой в България постоянно намалява след 2000 г. и е относително нисък в сравнение с останалите страни в Европа.<sup>7</sup> Макар такова намаляване да е в съзвучие с напредъка в медицината, през същия период тенденциите, свързани със заетостта на болничните легла, ясно сочи системна неефективност, произтичаща от многото легла и болници в България. Заетостта на болничните легла е била около 65 процента през 2000 г. и се е повишила до около 80 процента през 2005 г. – норма според международните

<sup>7</sup> Проблеми, свързани с дефинициите, изключват сравненията.

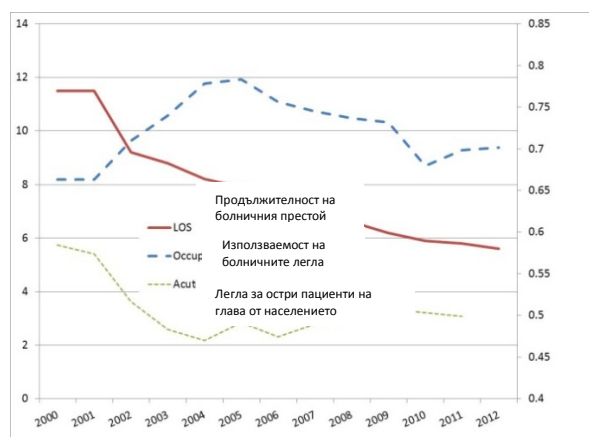
стандарти. Равнището от 70 процента през 2012 г. е много ниско, особено като се има предвид големия дял грижи, които могат да се предоставят в извънболнични условия.

Таблица 1: Брой хоспитализации на година по болници, 2012 г.

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

Източник: Изчисления на авторите на основата на данни на НЗОК

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



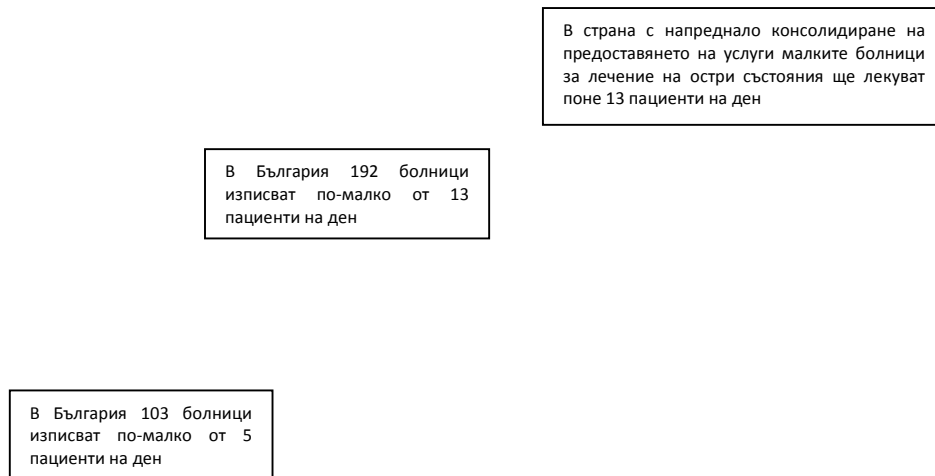
Източник: Изчисления на авторите на основата на данни от Националния център за обществено здраве и анализи

14. Доказателства за фрагментарност могат да се илюстрират и чрез разпределения на изписвания за различните болници (Фиг. 16, където болниците се класират според броя изписвания на ден). Трите най-натоварени болници в страната изписват по повече от 95 пациенти на ден. На другия край на спектъра – 103-те лечебни заведения с най-малък брой изписвания – отчитат 5 процента от болничните престои България. Освен това ако най-малката болница за интензивно лечение в България има 130 легла<sup>8</sup>, може да се очаква, че ще изписва около 13 пациенти на ден. В цялата страна 192 (от общо 275 съобщаващи данни) такива болници

<sup>8</sup> World Bank (2013). Предполаганията, на които се основава това моделиране, са правдоподобни. Например в Нидерландия през 2011 г. най-малката болница е имала 138 легла (използваният тук праг е 130). В исторически план не е било така: през 50-те години на миналия век повече от половината болници в Нидерландия са имали по-малко от 130 легла, но междуременно моделът на системата е претърпял дълбоки промени. Други предположения са както следва: използваемостта на леглата е била 70 процента (което е доста ниско: през 2008 г. в България данните са за близо 76 процента) и всеки пациент е престоявал 7 дни в болницата (средният болничен престой в България през 2011 г. е бил 5,8 дни).

изписват по-малко пациенти<sup>9</sup>. По този начин болничният сектор се състои от изключително висок брой лечебни заведения, много от които са малки, което обяснява много малкия брой приети пациенти и се очертава значителен потенциал за консолидиране в сектора на основата на ефикасност и качество.

**Фиг. 16: Брой пациенти на месец в различните болници**



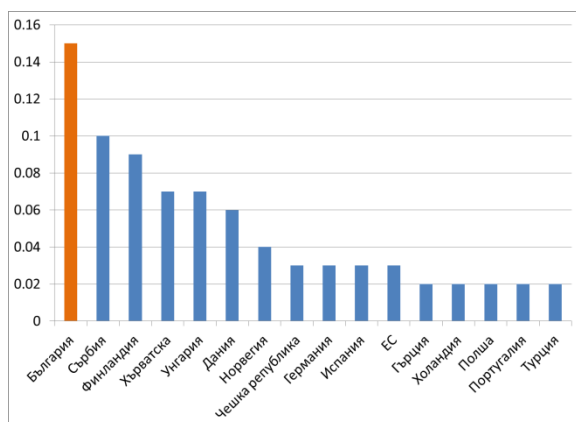
Лечебни заведения, подредени по броя на пациентите им

Източник: World Bank 2013. Данни от 2011-2012 г.

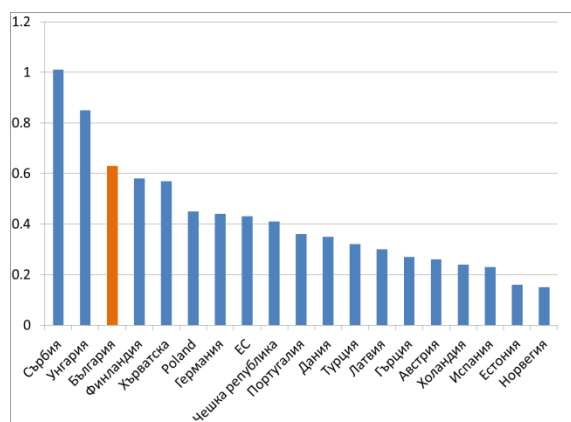
15. Тази степен на фрагментарност на болниците може да бъде вредна за икономическата ефикасност и да намали качеството на грижите. Известни данни, че това се случва, произтичат от стандартизираните данни за смъртността от апендицит, херния и запушване на червата. Смъртността при тези състояния е особено висока в България (Фиг. 17, Фиг. 18 ), което подсказва, че много болници може би не предлагат качествени услуги. Анализ на 21 095 смъртни случаи, регистрирани в базата данни на НЗОК през 2007 г., показва, че 6954 от тях (33 процента) са могли да бъдат избегнати съгласно дефиницията на предотвратима смъртност (Sanigest Solutions 2008).

<sup>9</sup> Дори ако се вземат предвид и болниците, предоставящи продължителни грижи (по-малко от 35 от 275), където престойта биха били по-дълги, отколкото в болници за лечение на остри състояния.

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



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



Източник: WHO Health For All database 2014

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

Таблица 2: Изписвания на стационарни пациенти на 100 изписвания

	1980	1990	2000	2010	2011
<b>България</b>	<b>17,56</b>	<b>19,02</b>	<b>15,44</b>	<b>25,5</b>	<b>26,69</b>
Хърватия	13,89	15,35	15,73	16,88	17,03
Унгария		21,76	23,56	20,27	20,42

Румъния	22,99	20,13	21,22	23,56	21,61
ЕС преди 2004 г.		16,64	17,53	16,77	16,75
ЕС след 2004 г.	17,42	16,70	18,57	19,40	19,24

Източник: WHO Health For All Database 2014.

18. И наистина от данните може да се предположи, че секторът на първичната помощ не е в състояние да предоставя видовете услуги, изисквани за НЗЗ, които следва да бъдат предотвратявани, лекувани в ранна фаза и управлявани продължително време. Например включването на профилактични услуги е значително по-ниско в България, отколкото в други страни на ЕС, с изключение на Румъния (**Error! Reference source not found.**). Само 10 процента от жените на възраст 50–69 години са се подложили на преглед на гърдите от лекар, а на по-малко от 20 процента от пълнолетните жени е вземана цитонамазка от маточната шийка. С изключение на Румъния тези числа представляват половината или по-малко от половината на постигнатото в другите нови държави-членки на ЕС.

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

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

Източник: База данни на Eurostat.

Забележка: На базата на същото българско проучване на страницата на Националния статистически институт в България (НСИ) са публикувани много по-високи стойности<sup>10</sup>.

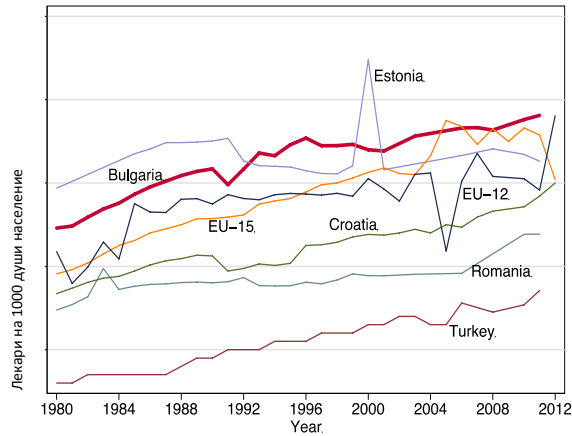
19. Използването на човешките ресурси не е в подкрепа на силен сектор на първичната помощ. В България няма общ недостиг на лекари, а страната всъщност се класира над страните от ЕС-15 (Фиг. 19) и други страни със сходни профили на приходите и разходите за здравеопазване (**Error! Reference source not found.20**). И все пак ОПЛ и медицинските сестри са недостатъчни (**Error! Reference source not found.**). България е на едно от последните места сред европейските страни по брой на медицински сестри, като емигрирането им отбелязва бързо нарастване през последните години, особено сред младите професионалисти в здравеопазването (Dimova et al. 2012). Освен това само 5 процента от ОПЛ са се квалифицирали в сферата на семейната медицина, и при средна възраст над 50 години застаряването също предизвиква огромна

<sup>10</sup> <http://www.nsi.bg/en/content/5636/use-health-care-service>



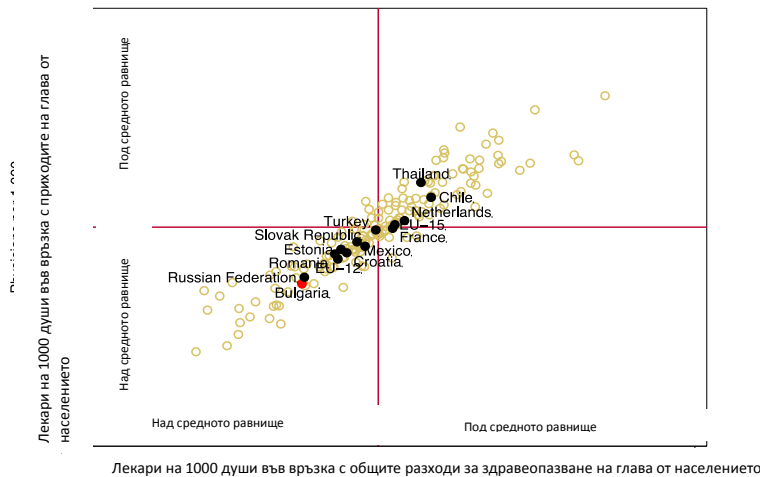
загриженост. В Глава 3 е представен анализ как относителното преобладаване на услуги при стационарни условия и слабото включване на услуги в първичната помощ произтича отчасти от стимули, създадени от механизмите за заплащане на доставчиците.

Фиг. 19: Лекарите на 1000 души население, 2012 г.



Източник: World Development Indicators и WHO Global Health Observatory Data 2014.

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



Източник: World Development Indicators и WHO Global Health Observatory Data 2014.

Забележка: Данните за лекарите и за БВП на глава от населението са за последната/най-ранната налична година.

Таблица 4: ОПЛ и медицински сестри, 2011 г.

	ОПЛ на 100 000 души	Медицински сестри на 100 000 души
България	63,92	474,64
Хърватия	51,01	578,84
Унгария		638,41

Румъния	68,15	550,84
ЕС преди 2004 г.	87.4	868.35
ЕС след 2004 г.	46.13	619.51

Източник: WHO Health for All Database 2014

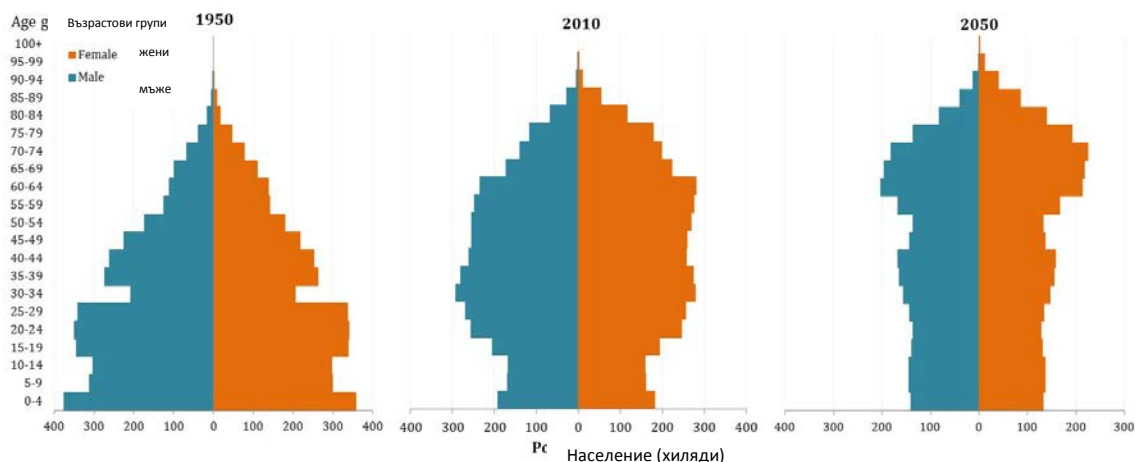
### 1.3. Широка социално-икономическа прогноза

20. Както се изтъква в целия настоящ доклад, решаването на проблема с неефикасностите в системата на здравеопазването е от ключово значение за подобряване на резултатите в здравеопазването в средносрочен до дългосрочен план, особено като се има предвид, че редица демографски и икономически тенденции ще засилят натиска върху публичните ресурси и ще ограничат перспективите за икономически растеж (World Bank 2013).

#### 1.3.1. Застаряване и миграция

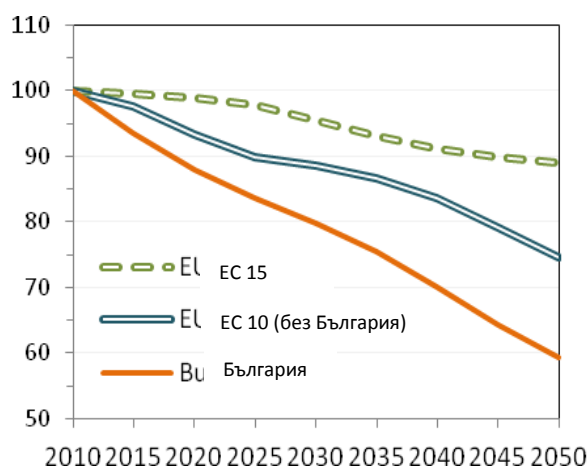
21. Настоящите демографски тенденции най-вероятно ще изострят преобладаването на НЗЗ и ще заплашат икономическия растеж в дългосрочен план. Освен сравнително постоянната средна продължителност на живота, ниската раждаемост и нарасналата емиграция са довели до население, което е както застаряващо, така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

Фиг. 21: Възрастова структура на българското население, 1950–2050 г.



Източник: World Bank 2013. Изчисления на основата на данни от Отдела за населението на ООН 2011 г.

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



Източник: World Bank 2013. Изчисления на основата на данни от Отдела за населението на ООН 2011 г.

Забележка: 2000 = 100. За население в трудоспособна възраст се определя населението на възраст 15–64 години.

22. Това застаряване на населението и увеличаването на бремето на зависимостта само ще се изостря от сегашните тенденции на миграция, при които лица на възраст под 40 години емигрират от страната, докато лица над 40 години се връщат България (**Error! Reference source not found.**). В много широк план това означава, че лица в трудоспособна възраст, които могат да имат принос в общата икономическа дейност и да плащат данъци, напускат страната, а онези, които изискват големи разходи и е по-малко вероятно да имат принос, се връщат.

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

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
------	------	------	------	------	------	------

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

Източник: НСИ

### 1.3.2. Уязвимост и неформалност

23. Този натиск се усложнява и от значителната и увеличаващата се част от населението, които е или бедно, или уязвимо с възможност да падне под прага на бедността, поради което трудно може само да си позволи да заплаща за услуги. Равнищата на бедността се повишават след 2008 г. През 2011 г. повече от 21 процента от населението е живяло под националния праг на бедността (World Development Indicators, 2014), а повече от 16 процента от населението е живяло с 5 долара (паритет на покупателната способност [ППС]) или по-малко на ден (Eurostat). Близо до 4 процента са живели с 2 долара или по-малко на ден. Близо половината от населението обаче – 3,6 милиона българи – са изложени на риск от бедността или социално изключване: най-високият процент в ЕС (Eurostat).<sup>11</sup>
24. Възрастното население е особено бедно. Над 60 процента от населението на възраст 65 или над 65 години е изложено на риск от бедност или социално изключване (Eurostat). В бъдеще все по-голяма част от застаряващите може да не са в състояние да разчита на каквато и да е защита от националната пенсионна система, която сега покрива едва 55 процента от населението в трудоспособна възраст и изпитва финансови затруднения. Очаква се осигурителното покритие да намалее в резултат от високата безработица в средносрочен план и поради спорадичния начин на правене на вноски, което се дължи на голямата неформална работна сила. Следователно се прогнозира намаляване на дела на възрастните хора с пенсионни права, които ще ползват правителствените субсидии за пенсионния фонд, което повдига въпроса как да се осигури приличен жизнен стандарт на възрастните хора (World Bank 2013).
25. Тези тенденции в уязвимостта и намаляването на данъчната основа не се подпомагат от значителната (и относително статична) част на неформалната работната сила. През 2007 г. се изчислява, че „сенчестата икономика“ представлява повече от една трета от БВП (Schneider, Vuehn, Montenegro 2010), а през 2008 г. приблизително 16.5 процента от всички работещи са работили неформално (Packard, Koettl, Montenegro 2012).

### 1.3.3. Фискални и макроикономически перспективи

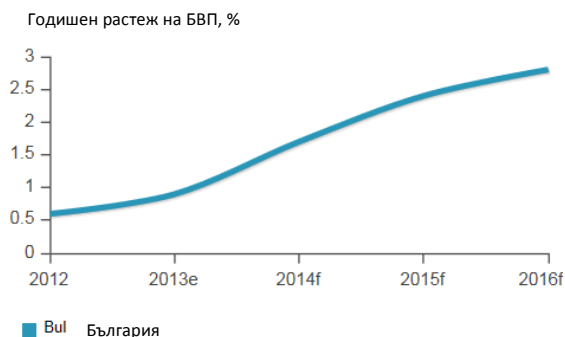
26. Ако няма реформа, макроикономическите перспективи на България са мрачни. В краткосрочен план възстановяването от световната финансова криза беше слабо в сферата на работната заетост<sup>12</sup>. Броят на безработните се е увеличил повече от два пъти между 2009 и 2013 година, достигайки 433 000 души, докато броят на обезсърчените работници се е увеличил с близо 60

<sup>11</sup> Стратегията Europe 2020 дефинира понятието „риск от бедност или социално изключване“ с помощна на показател, състоящ се от три части, които включват риск от (относителна) парична бедност, тежки материални лишения и ниска работна интензивност.

<sup>12</sup> И [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/eu/forecasts/2014\\_autumn/bg\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/eu/forecasts/2014_autumn/bg_en.pdf)

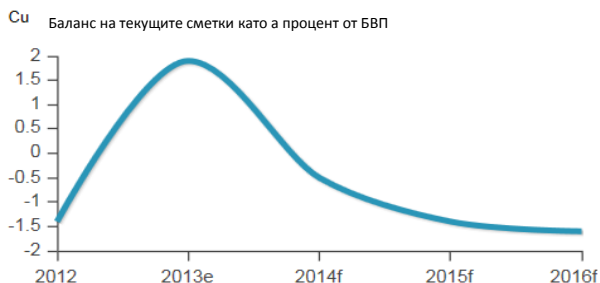
000 до 207 000. прогнозите за растеж предвиждат той да е бавен, както и баланс на текущите сметки през следващите няколко години (Фиг. 23 и Фиг. 24 ).<sup>13</sup>

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



Източник: World Bank Economic Prospects 2014

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



Източник: World Bank Economic Prospects 2014

27. В допълнение, описаните по-рано демографски тенденции вероятно ще имат огромна фискална цена, когато работната сила се свие евентуално с 40 процента. В макроикономическия модел, разработен за доклада за застаряването за 2013 г. (World Bank 2013), се предполага, че дори при оптимистични презумпции демографските промени ще упражнят постоянен фискален натиск и ще подтиснат икономическия растеж. Ако работната сила намалее с близо 40 процента до 2050 г., реалното нарастване на БВП се прогнозира да се забави до 0,7 процента на година до края на хоризонта на прогнозата според сценария с базовите стойности. Очаква се държавните разходи като дял от БВП да се увеличат в дългосрочен план в резултат от разходи за обществено здравеопазване, дългосрочни грижи и прехвърляне на средства от правителството към пенсионната система, което повиши съотношението дълг/БВП България от 18 процента през 2012 г. на 51 процента до 2050 г.
28. Лошите здравни резултати и недостатъците в комбинацията от услуги за предотвратяване, лечение и управление на настоящето бреме на заболяванията са показателни за неефективности в системата на здравеопазването, някои от които произтичат от сегашната

<sup>13</sup> Тези прогнози от икономическите прогнози на Световната банка се различават от прогнозите, направени от Европейската комисия (2014 г.), но са в съзвучие с последните прогнози на МВФ

система на финансиране на здравеопазването (и се разглеждат по-подробно в следващите глави). В допълнение към това растящите здравни потребности на населението, както и нуждата от дългосрочни грижи и ограничените перспективи за по-големи държавни ресурси за здравеопазването подсказват необходимостта управляващите да разбират по-задълбочено начина, по който протичат парите през системата и да управляват по-добре ресурсите.

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

1. В тази глава се представя схематично системата за финансиране на здравеопазването в България. Целта ѝ не е да се описва подробно системата (за това вж. Dimova et al 2012), а да даде общо описание на основните характеристики, съчетано с по-подробен анализ на оперативните и институционалните условия. Този обзор ще помогне да се покаже по-късно, че макар много от заложените черти на системата на (финансиране на) здравеопазването – включително законодателството, условията за финансиране и обединяване на риска, както и методите за закупуване – да съответстват на някои елементи на световните добри практики, политическата икономика, институционалната уредба и разделението на оперативните роли често не дават възможност за цялостно фокусиране върху политиката или за привеждане на правомощията в съответствие с отговорността на лицата, вземащи решенията.

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

2. Архитектурата на системата на финансиране на здравеопазването и организацията на потоци на финансиране може да подобри – или да влоши – системата на здравеопазването на една страна, а оттам и нейната икономика. За да се разбере това, е необходимо (i) разграничаване на държавния от частния дял на разходите, финансирани съответно чрез задължителни данъци и вноски (набиране на приходи); (ii) разбиране как точно са организирани и обединени (или не) държавните и частните потоци (обединяване на риска) и (iii) установяване как те впоследствие се инжектират в системата на здравеопазването като заплащане за стоки и услуги (закупуване).
3. Всяка от трите функции на финансирането има въздействие върху работата на системата:
  - Източниците на приходи определят изкривяванията в икономиката (напр. прекалено високото бреме на данъчно облагане), справедливостта на системата, финансовата достъпност на универсалното покритие и обхвата на (ОПД), които на свой ред определят финансовата защита и влияят на резултатите в здравеопазването, както и на дългосрочната финансова устойчивост на системата. Държавният и частният дял са от особено значение за общата равнопоставеност, за обединяването на риска, за ефикасността и за определянето на приоритетите в здравеопазването на страната. Методите на заплащане влияят върху ефикасността на предоставянето на услуги, което от своя страна влияе върху достъпа, качеството и равнището на разходите, тъй като повишената ефикасност всъщност представлява друг източник на финансиране.
  - През 2012 г. около 6,3 милиарда лева са изразходвани за здравеопазване в България (Фиг. 25)<sup>14</sup>. Като се започне с най-изявеното макроравнище, 51 процента от влизашите в системата средства са публични, т.е. събрани и обединени чрез някаква форма на задължителни данъци или вноски и разпределени на основата на правила, залегнали в закони. Останалото представлява частни средства, най-често изразходвани от домакинствата при търсене на медицинска помощ от отделни

<sup>14</sup> ННА 2012 предварителни данни. Числото е за текущите разходи – не обща стойност. През предишни години разликата е около 0,5 процента (публични). Данните за частните разходи се разработват по системата на здравните сметки и в изпълнение на Регламент на Европейския парламент и Съвета № 1338/2008 за статистиките на Общността относно общественото здраве и здравословни и безопасни условия на работното място.

лица („със собствени средства“) и представлява източниците и потоците в системата на финансирането на здравеопазването в България, както и каналите, чрез които те в крайна сметка се превръщат в разходи.

4. От държавните средства, постъпващи в системата на здравеопазването, 48% са от общото данъчно облагане, останалите – от задължителните и целенасочени социални здравноосигурителни вноски, които постъпват пряко в НЗОК. НЗОК събира и разпределя около 80% от цялото финансиране на общественото здравеопазване и следователно управлява най-големите публични средства в системата<sup>15</sup>. В НЗОК се прехвърлят и известни суми от общите данъци и някои други по-незначителни източници (вж. по-долу). В частен план над 98% от „приходите“ за здравеопазване идват от пряко закупуване на услуги и съвместни плащания и покриване на други разходи със собствени средства от потребителите, а частното доброволно здравно осигуряване е незначителна<sup>16</sup>.
5. Общо взето, плащането със собствени средства – извършвано от всички пациенти на основата на индивидуални решения и на изискванията на НЗОК за поделянето на разходите – представлява единственият най-голям източник на приходи и разходи в системата на здравеопазването, възлизащи на 47% от общата сума (2012 ННА<sup>17</sup>). Втора по големина е НЗОК, която „командва“ официално и организирано 40% от общите разходи за здравеопазване. Всички публични и частни приходи се превръщат в разходи за здравеопазването, някои пряко от органите за управление на всички равнища; някои чрез НЗОК; и някои чрез преки плащания от потребителите със собствени средства на държавни и частни медицински доставчици, които включват ОПЛ, специалисти в извънболничната помощ, в болниците, спешната помощ, услуги в общественото здравеопазване и в някои паралелни правителствени системи на здравеопазването (напр. Министерството на отбраната).

#### Фиг. 25: Източници и потоци на финансиране

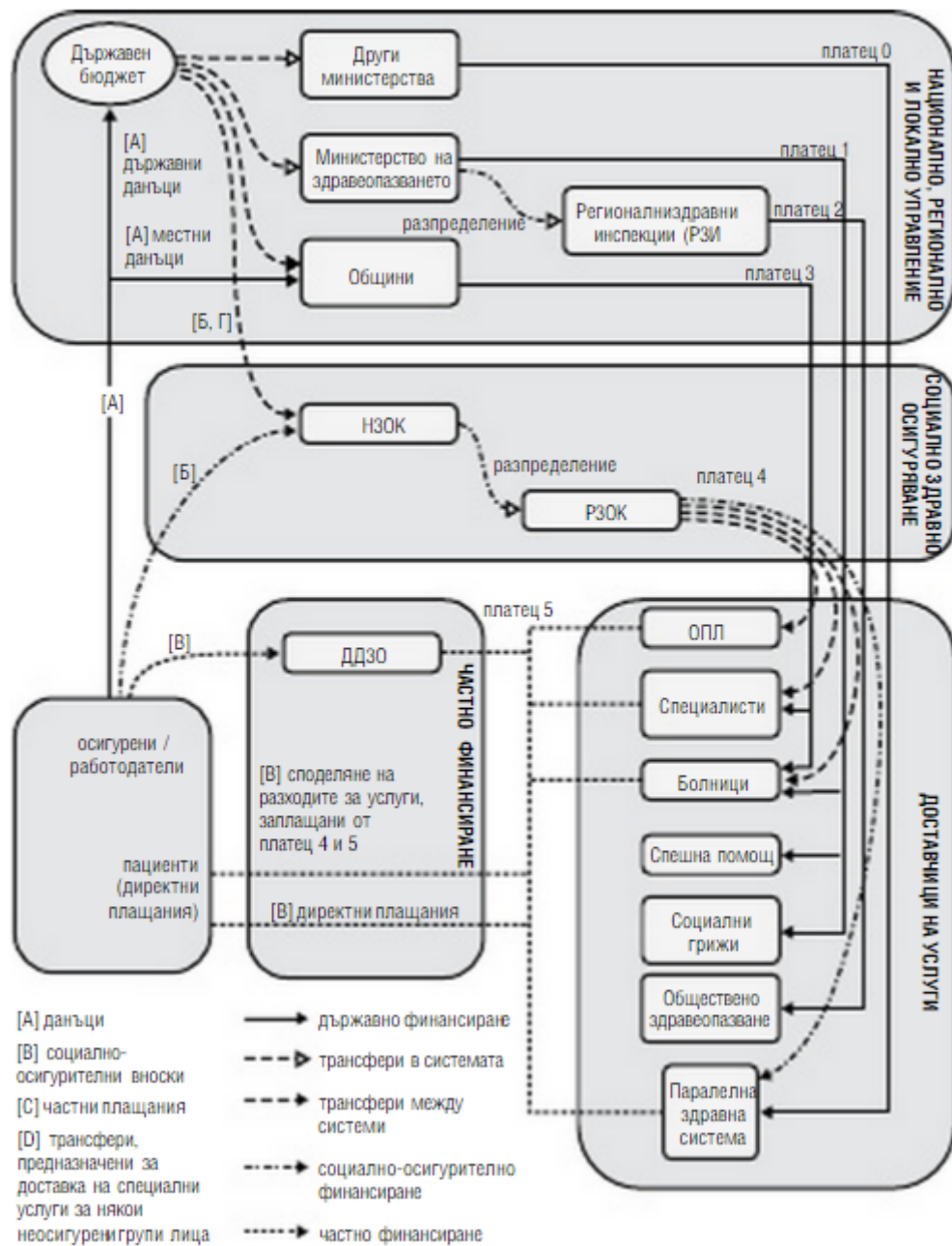
---

<sup>15</sup> Изчислено от автора на базата на НЗОК и данните на BOOST. Базата данни на България BOOST е микрофискална база данни, разработена от служители на Световната банка на основата на данни от МФ. Тя следва правилата за консолидиране на националния бюджет и включва информация за одобрените, изпълнените и изменените бюджети, с разбивка според равнището в правителството, административните равнища, второстепенните бюджетни разпоредители, икономическа и функционална класификация и източници на финансиране, както са регистрирани в системата на МФ на България.

<sup>16</sup> Според 2011 ННА такова осигуряване представлява 1 процент от частните разходи и още 1 процент от корпоративните. Останалото се заплаща със собствени средства.

<sup>17</sup> Предварителни данни за 2012 г. от НСИ, които показват бързо увеличение на частните разходи. Данните за частните разходи през 2011 г. възлизат на 46 процента от общите разходи за здравеопазване, а със собствени средства – 45 процента.





6. От стратегическа и финансова гледна точка решенията на много заинтересовани страни в държавния и частния сектор определят до голяма степен общите равнища и разпределението на ресурсите на системата на здравеопазването в България. Основните фактори включват:
- ✓ Народното събрание, което взема окончателното решение относно равнищата на общите публични разходи, разпределението между секторите и вътре в здравеопазването, както и относно бюджета на Министерството на здравеопазването (МЗ) и НЗОК;
  - ✓ правителството, вкл. Министерския съвет, МЗ и Министерството на финансите (МФ), както и редица други министерства и агенции (Министерството на труда и социалните грижи, Националният осигурителен институт и Националната агенция по приходите);

- ✓ Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти (Съвета по ценообразуването);
  - ✓ НЗОК и нейните 28 регионални подразделения, общини и частни доброволни застрахователи; и, разбира се, лица, които закупуват стоки и услуги – пациентите и потребителите
7. Другите заинтересовани лица, които оказват влияние върху равнището на изразходване на средства и върху процеса на разпределение, са:
- ✓ доставчиците на здравни услуги, законно представлявани от Българския лекарски съюз;
  - компаниите, които продават лекарства, консумативи и медицинско оборудване, и
  - ✓ синдикатите и пациентските организации, представени в Управителния съвет на НЗОК.
29. Националните здравни сметки в България предоставят обобщена информация за равнищата, източниците и „дестинацията“ на държавни и частни потоци на финансиране (Таблица 6). От 1995 г. до 2012 г. общите разходи за здравеопазване се увеличиха от 5,2 процента до 8,0 процента от БВП. Правителството увеличи дела на бюджета си, изразходван за здравеопазване, от 8,5 процента до 11,8 процента, въпреки това делът на правителството в общите разходи за здравеопазване *се намали* от 74,0 процента на 51,4 процента (повече подробности в следващата глава).

Таблица 6: Разходи за здравеопазване и основна структура, 1995–2012 г.

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

Източници: WHO NHA 2012; BOOST; сметки на НЗОК; и изчисления на авторите

8. Промените в разходите за здравеопазване във времето, съотнесени към БВП и общите държавни разходи, предлагат емпирична мярка за приоритизирането от правителството на разходите за здравеопазване, съотнесени към общия икономически растеж (т.е. всички дейности). Общите разходи за здравеопазване нарастват по-бързо в сравнение с ръста на икономиката и независимо от създаването на НЗОК значителна част от това нарастване идва от частните, а не от публичните разходи за здравеопазване (Таблица 7).
9. След създаването на НЗОК през 1999 г. до 2012 г. годишното изразходване на средства в общественото здравеопазване се увеличава малко по-бавно в сравнение с БВП, докато частните разходи за здравеопазване нарастват значително по-бързо (с около 29 процента) в период, през който общите годишни разходи за здравеопазване се увеличават с 10% на година *по-бързо*, отколкото БВП. През приблизително втората половина на този период, 2005–2012 г., тези

тенденции се затвърждават. В Глава 3 се обсъждат по-подробно разходите в общественото здравеопазване в контекста на общата фискална ситуация в България.

Таблица 7: Номинални еластичности на държавните разходи и разходите за здравеопазване, 1995–2012 г.

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

Източник: IMF World Economic Outlook и WHO NHA 2014

- Ако се извадят разходите на НЗОК, по-голямата част от останалите публични разходи се управляват от МЗ. Включват се, разделени в три сфери: обществено здраве, диагностика и лечение, както и за лекарствени продукти и медицински изделия (плюс администрация). Дяловете на общите разходи на МЗ за тези четири компонента през 2013 г. са били съответно 16,9 %, 75,1 % и 5,3 %, като останалите 2,8 % са административни разходи (МЗ 2013 г.). Макар точното съдържание да се променя леко всяка година, програмите за обществено здраве обикновено включват здравен контрол, профилактика и управление на заразните и незаразните заболявания, и намаляване на търсенето на наркотични вещества. Двете програми с най-високи разходи в сферата на диагностиката и лечението са били спешната медицинска помощ и болничната помощ (но последната е прекратена като отделна програма и е разпределена към други програми от 2014 г. насам).
- Някои от отговорностите на МЗ са били прехвърлени на НЗОК, а други са преминавали напред-назад между двете институции. Последното се илюстрира с дейностите по асистираната репродукция и задължителните ваксини, които са били прехвърлени на НЗОК през 2013 г., след което са били върнати пак в МЗ през 2014 г. От друга страна някои други големи разходи са били прехвърлени и остават в НЗОК, като интензивните грижи, лекарствата за онкологичните заболявания и хемодиализата.
- Обзорът на променените роли показва, че разходите на МЗ са намалели чувствително – от близо 590,9 млн. лева през 2011 г. на 399,7 млн. лева през 2014 (според доклади на МЗ за съответните години) – намаление от след като се отчете инфлацията. И трите основни сфери на политиката са били засегнати, включително и общественото здраве, което остава изцяло отговорност на МЗ.

Таблица 8: Промени в реалните разходи на МЗ в сравнение с 2010 г. (%)

Основни сфери на политиката	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2013 г. (до 31 дек.)	2015 (Закон за бюджета)
Обществено здраве, промоция и профилактика	15,85	11,32	(37,09)	(32,39)	(16,89)
Диагностика и лечение	36,11	(8,34)	(24,72)	(20,24)	(14,64)

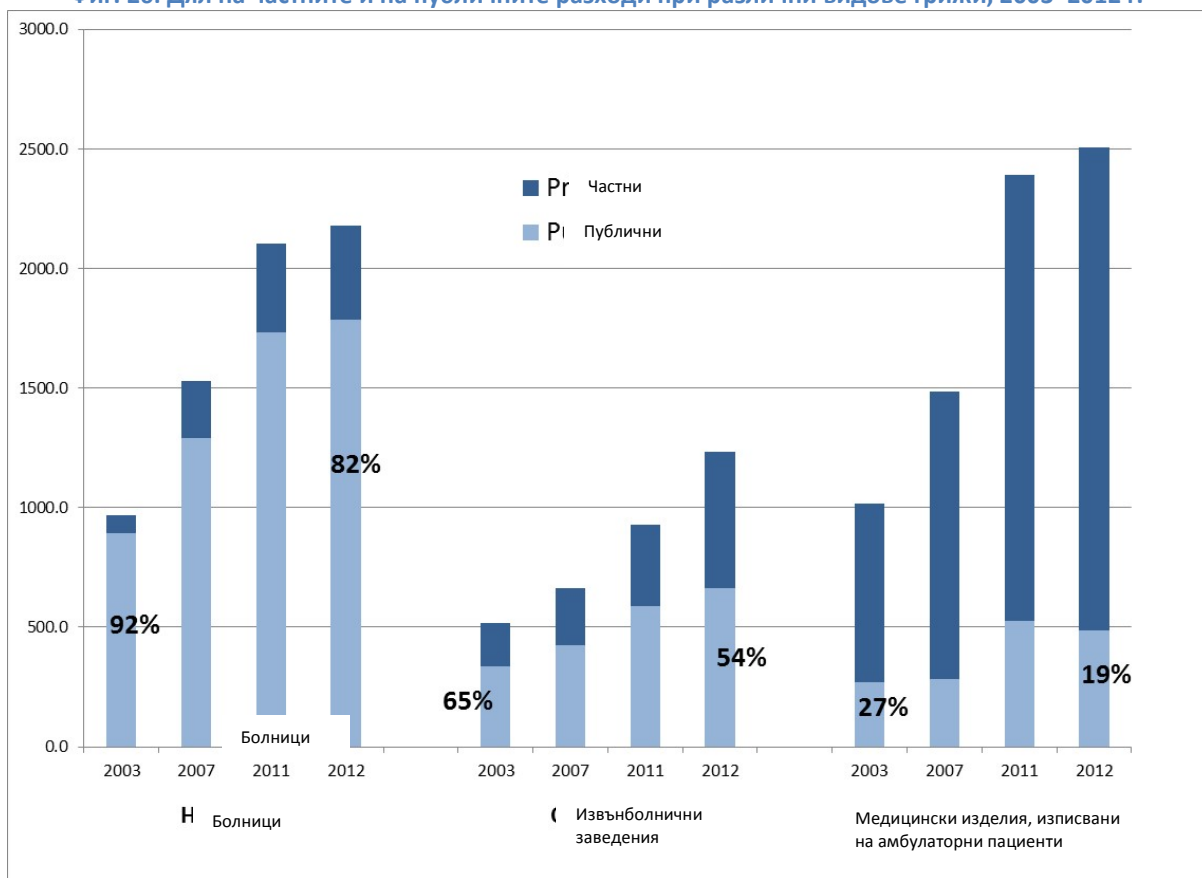
Лекарствени продукти и медицински изделия	(35,97)	(91,64)	(86,93)	(87,04)	(83,66)
Администрация	51,01	12,21	22,86	125,44	21,88
Общи разходи на МЗ	15,88	(24,84)	(40,91)	(36,18)	(30,99)
Общи разходи на МЗ (постоянна стойност за 2010 г., хиляди лева)	684,737	444,096	349,180	377,109	407,776

Източник: МВФ/МФ.

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

13. Различните категории доставчици на грижи получават различни дялове от държавните и частните фондове, които циркулират в системата на здравеопазването. Според Националните здравни сметки по-голямата част от болничната помощ и повече от 50 процента от извънболничната помощ се финансират от държавата. Медицинските стоки, включително лекарствените средства, са предимно частно финансирани (през 2012 г. само 19 % са били държавно финансирани). Частният дял постепенно се е увеличил за всички видове услуги (Фигура 26).

Фиг. 26: Дял на частните и на публичните разходи при различни видове грижи, 2003–2012 г.



Източник: Националните здравни сметки в България

Данните от Националните здравни сметки за 2012 г. не са верифицирани от Евростат

## 2.2. История и проект на НЗОК

### 2.2.1. История и еволюция

14. Оценявайки работата на НЗОК, следва да се разбира историческият ѝ контекст, и настоящите ѝ институционални характеристики и оперативни реалности. Тези оперативни реалности произтичат от вътрешни и външни институционални, правни и политически фактори, както и от собствения *modus operandi* на организацията. Настоящият раздел разглежда историческия контекст на НЗОК и обобщава основните ѝ организационни черти от гледна точка на управление, квалификация, финансиране, включени дейности, заплащане на доставчика и сключване на договори, лекарствени средства, нейната информационна система за управление на здравеопазването (ИСУЗ) и други важни структурни фактори. По-специално се определя системата от правила и разпоредби в оперативната среда.
15. От историческа гледна точка финансирането на здравеопазването и системата на здравни реформи в България са пример за отдалечаването от съветския модел (Семашко). В този модел универсалното покритие се е постигало чрез държавна, национална здравна служба, финансирана от общите приходи, при която всички доставчици са били държавни предприятия, болниците получавали глобални бюджети, лекарите и другите здравни работници били държавни служители на заплата, а частната практика и осигуряване били забранени. Системите Семашко били традиционно недофинансирани, тъй като здравеопазването не се е разглеждало като производствен сектор, а е било и съсредоточено около болничните заведения. Предвид ограничените ресурси те обикновено са се справяли доста добре със заразните заболявания, но много характеристики, особено на системата им на предоставяне на услуги, не са били добре приспособени за справяне с настоящето и бъдещото бреме на хроничните заболявания на едно застаряващо население.
16. България премина към по-плюралистична система на здравеопазването след 1990 г. Въвеждането на фонд за социално здравно осигуряване раздели закупуването от предоставянето с намерението парите да следват пациента, а не да финансират съществуващи медицински заведения – независимо от дейността и използваемостта им. Бяха приложени реформи в заплащането на доставчика, бяха разрешени частни доставки и частно здравно осигуряване, амбулаторното лечение беше приватизирано, а болниците станаха автономни. МЗ остава отговорно за общественото здравеопазване, спешната помощ, туберкулозата, HIV/СПИН, психичното здраве и някои други услуги, като ролята му се развива по посока на стопанин в системата.
17. НЗОК стана основното звено, отговорно за финансирането на здравеопазването. Характерно е, че един фонд за социално здравно осигуряване е отговорен за набирането на повечето (публични) приходи и разходи; тя обединява здравните рискове чрез единен национален общ фонд на риска и за закупуване на услуги от името на записаните в нея. Социална солидарност се постига по принцип чрез наличието на единен национален общ фонд на риска и задължително включване на цялото население. НЗОК бе създадена през 1999 г. (със Закона за здравното осигуряване от 1998 г.) и от тогава законодателната и регулаторна структура на НЗОК е претърпяла множество промени (около 100 промени до този момент)<sup>18</sup>, много от които са отражение на нестабилната политическа среда в България. Основополагащият за НЗОК Закон за здравното осигуряване от 1998 г. и Законът за

---

<sup>18</sup> Ситуацията с цялото здравно и свързаното със здравеопазването законодателство е дори по-бурна. Между 1999 и 2014 г. бяха приети много закони, засягащи здравето: 13 с пряко действие в системата на здравеопазването и 9 непряко свързани със здравеопазването; направени са 293 промени, засягащи първата група закони и 373 промени във втората (Todorova, Salchev 2014).

здравето от 2004 г. уточняват нейната структура и оперативни изисквания, които тук ще бъдат обобщени само накратко.

18. В широк план НЗОК изглежда доста сравнима с много „социални (или задължителни) фондове за здравно осигуряване” на ЕС. Цялото население е по принцип включено чрез задължителен, универсален и автономен публичен фонд за здравно осигуряване. Работещите (и техните работодатели) плащат вноски за социално здравно осигуряване на основата на доходите. Бедните, безработните, децата, пенсионерите, лицата с увреждания и други социално зависими групи или групи с предимство се финансират от правителството. Единният национален публичен фонд обединява здравните рискове за цялото население, като закупува услуги от държавни и частни доставчици.<sup>19</sup>

### 2.2.2. Управление

19. НЗОК е публична нестопанска институция, ръководена от управител под надзора на управителен съвет. От 2010 г. управителят се избира от Парламента. Управителният съвет има девет членове: един представител на пациентски организации, двама представители на синдикатите на работещите, двама представители на синдикатите на работодателите и четирима представители на държавата, назначени от Министерския съвет.
20. Макар МЗ да е отговорно за общата политика в здравеопазването, НЗОК е самостоятелно ведомство, подчинено на Народното събрание, което функционира в контекста на рамката консолидирани държавни разходи. От основаването си НЗОК е имала 12 управители. НЗОК се занимава предимно с административното управление на системата според правилата и се стреми да се справя с присъщото напрежение между очакванията на пациентите и доставчиците, от една страна, и бюджетните ограничения, наложени от фискалната рамка – от друга. Вътрешната ѝ организация не включва изрично стратегически или аналитични отдели, които биха могли (например) да оценяват работата ѝ, да извършват математическо моделиране на възможното въздействие на промени в политиката, да следят систематично и статистически поведението на доставчици или пациенти, и да оценяват финансовата ѝ платежоспособност и фискална устойчивост. Макар повечето от правилата, при които действа, да са уредени в закони, НЗОК запазва важни отговорности за водене на преговори за годишния Национален рамков договор (НРД), включване в системата, изплащане на искове и други форми на взаимодействие с доставчиците. До този момент или поради ограничения, или по политически причини, не е поставила силен акцент върху провеждането на технически диалог в рамките на своите правомощия, за да се опита да се справи с някои от ограниченията си.

### 2.2.3. Пригодност

21. Законът за здравното осигуряване постановява осигуряване за всички българи. Това е мандатен договор работодател/служител за формалния сектор работодатели/работещи и индивидуален мандатен договор за самонаетите лица, включително за работещите в неформалния сектор. Безработните лица, които нямат право на обезщетение за безработица или на социална помощ, са също задължени да се включат. Останалото население, включително децата и пенсионерите, се осигурява автоматично от държавата. В Таблица 9 е посочена ставка за вноските от 8 процента, но основата за изчислението им и отговорният за заплащането на вноските варират за различните категории лица.

---

<sup>19</sup> Вж. Gottret и Schieber 2006, с. 82-96 за по-подробно обсъждане.

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

Категория осигурени лица	Основа за изчислението	Медицинска социална осигуровка, платена от:	Елементи на калибриране* 2013
Заети лица	Заплата с минимален и максимален приход, за който се плаща вноски	60% от работодателя и 40% от лицето**	Минимална вноски 34 лв. с дял на служителя: 13 лв. (€7) Средна вноски 52 лв. с дял на служителя: 21 лв. (€11) Максимална вноски 176 лв. с дял на служителя: 70 лв. (€36)
Самонаети лица, регистрирани фермери и тютюнопроизводители, безработни без право на обезщетение или социално подпомагане	Деклариран приход (с минимум и максимум)	индивидуална	Минимална вноски 34 лв. (€17)
Деца до 18 години, редовни студенти до 26 години	Половината минимален осигурителен доход	Държавен бюджет	Непроменяема вноски 17 лв. (€9)
Държавни служители	Заплата с мин. и макс. приход	Държавен бюджет (100%)	Заплата с минимален и максимален приход, за който се плаща вноски
Пенсионери	Размер на пенсията	Държавен бюджет	Средна вноски 24 лв. (€12)
Безработните лица с право на обезщетение за безработица, лица с увреждания с право на социална помощ, получаващите социална помощ, бежанци, задържани лица, ветерани, съпруги/съпрузи на военослужители, участващи в международни операции и мисии, пълнолетни лица, които се грижат за лица с увреждания, които се нуждаят непрекъснато от грижи (и няколко други категории)	Половината минимален осигурителен доход	Държавен бюджет	Непроменяема вноски 17 лв. (€9)

\* На основата на статистически данни на НОИ. Минималната осигуровка за 2013 г. е 420 лв. (€214). Сумите се изчисляват на месечна основа.

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



22. Ефективното включване в системата изисква лицето да е заплатило изискваните вноски или да е признато за освободено от плащане. НАП, която към другите си функции събира вноски от работещите и работодателите, данни от НОИ за пенсионерите и за други категории, проверява спазването на изискванията и предоставя на НЗОК списък на осигурени лица, в който те са идентифицирани с техните ЕГН. Когато дадено лице се нуждае от медицинска помощ, доставчиците (и НЗОК) проверяват осигурителния му статус в момента в този списък. Всъщност НЗОК не познава основанията, поради които дадено лице се осигурява (което ограничава възможността ѝ да анализира рисковия профил на различни подгрупи от населението).
23. Неосигурени лица могат да активират осигуровка във всеки момент и могат да бъдат мотивирани да го направят във всеки момент, когато бъдат приети в болница или са изправени пред катастрофични разходи, от което произтича потенциално неблагоприятен подбор за НЗОК. Ако дадено лице не е осигурено, ще трябва да заплати 3 годишни вноски (и лихвата) в системата, за да станат ефективно осигурени, или неплатените суми за миналите 36 месеца, ако не е внасяна осигуровката редовно. Вноска със задна дата за 36 месеца на база минималната вноска възлиза на около 1200 лв. (най-много). През 2013 г. действителното средно заплащане за болничен престой от НЗОК е бил около 660 лв. В ценовия списък на НЗОК за болничен престой обаче около една четвърт от цените са над 1200 лв. Ако състоянието на пациента изисква скъп болничен престой, и пациентът, и доставчикът са силно мотивирани да „закупят“ със задна дата осигуровка от НЗОК и да получат заплащане от НЗОК.<sup>20</sup> Няма налични данни, които да позволят да се оцени дали това се случва често или относно характеристиките на лицата, които могат да се възползват от тази форма на катастрофична осигуровка. Предвид изложените по-горе правила за осигуровка обаче може да се предположи, че такива случаи могат да се открият сред иначе здрави пълнолетни лица в трудоспособна възраст, които не работят или работят в неформалния сектор.

#### 2.2.4. Включени дейности и споделяне на разходите

24. Според Закона за здравното осигуряване осигурените лица имат право да получават медицински грижи в рамките на основния пакет здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК. На практика обаче ОПД е твърде непрозрачен, а покритието на услугите е в крайна сметка ограничено от параметрите на бюджета на НЗОК, одобрен от парламента за съответната година. ОПД не е уточнен от НЗОК, а в три основни наредби на МЗ и се операционализира по-нататък в контекста на НРД, който се договаря между НЗОК и организациите, представляващи доставчици на медицински грижи (вж. по-долу).
25. В най-широк смисъл ОПД включва първични и специализирани амбулаторни медицински и стоматологични грижи, лекарства, лабораторни услуги, стационарни болнични грижи и някои високоспециализирани медицински услуги, като бъбречна диализа и онкологично лечение. ОПД не включва дългосрочни грижи от медицински сестри, дългосрочни грижи за възрастни хора, водолечение, алтернативна терапия, козметична хирургия по желание, прекратяване на бременност по желание и противозачатъчни средства. Спешната помощ, грижите за психичното здраве, бъбречната диализа, *in vitro* оплождането и трансплантациите са осигурени от МЗ<sup>21</sup>. Планирано лечение в чужбина може да бъде заплатено от НЗОК, ако пациентът е получил предварително разрешение от НЗОК (Dimova et al. 2012). През годините МЗ прехвърли отговорността за финансирането на допълнителни стоки и услуги към НЗОК. Например НЗОК започна да изплаща болнични грижи едва през 2006 г. Съвсем неотдавна, през 2012 г., НЗОК пое

<sup>20</sup> Болниците дори могат да имат стимул да плащат от името на пациентите.

<sup>21</sup> Член 82 от Закона за здравеопазването описва медицинските услуги, осигурени от МЗ извън обхвата на задължителната здравна осигуровка. Член 45 от Закона за здравното осигуряване дава общо описание на обхвата услуги, осигурени от НЗОК.



отговорността да заплаща закупуването от болници на включени в списък специални лекарства, включително лекарствата за онкоболни, за следтрансплантационна имunosупресия и за различни т.нар. заболявания-сираци (вж. Раздел 3 по-долу).

26. Най-важната от трите основни наредби (№ 40, 350 страници) представя услугите, осигурени за всички пациенти. В много отношения тя е много подробна, например тя дава позитивен списък на всички специализирани извънболнични услуги, осигурени по специалност, всички осигурени изследвания и пр. За разлика от това за стационарни болнични грижи се предвижда само списък с клинични пътеки (КП) – плащания на основата на конкретен случай. Наредбата урежда и реда, по който ОПЛ трябва да осигурят достъп до спешна помощ за своите пациенти извън работното време. Друга наредба (№ 39) представя дейностите, извършвани като част от „профилактичен преглед“ и за „диспансеризирани пациенти“, които страдат от едно или повече заболявания, включени в списък на хронични заболявания, уточнени в Наредбата<sup>22,23</sup>. Общо взето очертаванията на ОПД са трудни за разбиране от пациенти, които трябва да разчитат на доставчици, като се започне с ОПЛ, за да преценят кои услуги са осигурени или не са.
27. Включването на нови услуги в ОПД се определя от експерти, които работят във или консултират МЗ, предимно практикуващи медици. Не се прилага системен метод или обективни критерии, като ефикасност и ефективност. С евентуалното изключение на лекарствата (вж. Раздел 3) не се оценяват икономическите аспекти на решенията за включване на нови услуги.
28. Законът за здравното осигуряване изисква споделяне на разходите за някои услуги и задава основните критерии за освобождаване.<sup>24</sup> Равнището на споделеното заплащане се урежда в Наредба на МС. В НРД също се предвиждат съвместни плащания за изследвания.
29. Таблица 10 показва изискванията за поделение на разходи според вида услуга. Критериите за освобождаване са свързани с възрастта (напр. всички деца) и здравния статус: пациенти със заболявания, изброени в НРД, са освободени от заплащане за услуги – независимо от конкретната им причина за достъп до системата. Някои специфични групи (лишени от свобода) също са освободени от плащане, както и медицинският персонал. От 2014 г. насам съвместните плащания за посещения на ОПЛ от пенсионерите са намалени наполовина. Някои критерии за освобождаване не са свързани с приходите.
30. Съвместните плащания за здравни услуги се събират и задържат от доставчиците, следователно те представляват формално допълнително заплащане за услуги, осигурени от НЗОК. Доставчиците следва да издават разписки за получените съвместни плащания. Освободените пациенти следва да покажат на доставчика документация, оправдаваща неплащането. С изключение на посещения на ОПЛ за пенсионери доставчикът не получава компенсация за освободени от заплащане пациенти.
31. Допълнително фактуриране се разрешава в болници, ако пациентите изберат „VIP“ стая или да бъдат лекувани от конкретен лекар или екип, когато таванът за услугата е около 700 лв. (€357) за избор на лекар и 950 лв. (€486) за избор на екип. Ако пациентите изискват услуги, невключени в ОПД, следва да ги заплатят със собствени средства.

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

Вид услуга	Потребителска такса (2014 г.)	Освободени лица
------------	-------------------------------	-----------------

<sup>22</sup> Диспансеризиран пациент е лице, страдащо от някое от изброените хронични заболявания.

<sup>23</sup> Последната наредба, № 38, включва лекарства в списъка със заплащани от НЗОК лекарства, който се обсъжда в друг раздел на настоящия доклад.

<sup>24</sup> Dimova et al. 2012, с. 59.

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

Източник: Информация, събирана от авторите.

32. За предписани лекарствени средства за извънболнично лечение НЗОК възстановява различен дял от референтната цена за определен клас лекарства, определен от Съвета по ценообразуването. Референтната цена се определя на основата на продукта с най-ниската себестойност на определената дневна доза (ОДД) и това се прилага пропорционално за всички размери опаковки. Това, което заплаща пациентът със собствени средства, се състои от референтната цена минус заплатеното от НЗОК, плюс всяка разлика между референтната цена и цената на дребно на продукта. В [Таблица 11](#) е показано значението на този метод на възстановяване на суми за Ranitidine – лекарство, използвано за лечение на езофагеален рефлукс и пептична язва, за които НЗОК възстановява 25 процента. Лекарството се продава в три различни форми. За един курс лечение, съответстващ на 30 дни с 300 мг/ден (300 мг е ОДД<sup>25</sup>), пациентът заплаща със собствени средства

<sup>25</sup> Определената дневна доза е статистическа, а не терапевтична мярка. В действителност, за да се постигне същият терапевтичен ефект, рецептата за всяко лекарство (предписаната терапевтична доза) може да е различна за трите продукта и да съответства на различни стойности на ОДД.

5,96, 15,17 или 13,61 лв., а заплащаното от НЗОК остава постоянно (1,99 лв.). Няма освобождавания при споделено заплащане за лекарства (вж. Раздел 2.3).

**Таблица 11 Пример на възстановяване на суми за Ranitidin (Приложение I на Позитивния лекарствен списък от 12 декември 2014 г.**

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

Източник: Изчисления на авторите на основата на Приложение I на ПЛС.

### 2.2.5. Бюджет и финансиране на НЗОК

33. Съгласно Закона за публичните финанси НЗОК изготвя всяка година проектозакон, с който представя собствения си бюджет, който се внася за одобрение в Министерския съвет заедно с консолидираната фискална програма и с проектозакон за бюджета на пенсионния фонд. Министерският съвет може да внася корекции, по-конкретно за да се гарантира, че консолидираната фискална програма се придържа към предварително зададения баланс на бюджета, заложен в Закона за публичните финанси. Пакетът след това се внася в Народното събрание, където също може да претърпи изменения в рамките на макрофискалните параметри на Закона за публичните финанси. Ако през годината се окаже, че бюджетът може да бъде надвишен, недостигът може да бъде компенсирен с предприети от НЗОК мерки чрез имплицитно въвеждане на квоти, което засяга доставчиците (чрез дефицити) или на потребителите (чрез въвеждане на квоти за услугите) или чрез допълнително отпуснати бюджетни средства, които следва да продължават да спазват Закона за публичните финанси и да бъдат одобрени от Народното събрание (както се случи два пъти през 2014 г.).
34. Основният критерий, определящ предложеното финансиране на НЗОК, е изискването да се изпълни заложената цел на МФ за бюджета на НЗОК, която включва макрофискалните правила на правителството за дефицита в съответствие с фискалните цели на ЕС и с фискалната рамка на правителството. Следвайки реда в Закона за публичните финанси, тези цели се определят от МФ и се прилагат стриктно. Ако НЗОК изразходва повече от предвидената в бюджета сума (и не е в състояние за въведе спестяващи мерки), Законът за бюджета на НЗОК ще трябва да бъде променен с одобрение от Парламента. (Това може да доведе до намаляване на разходите и в други министерства). НЗОК може също да натрупа дефицит, но това е необичайно. Може и да отложи или прекрати временно плащания на доставчици на медицински грижи.

35. Източниците на финансиране на НЗОК са указани в различни нормативни документи и постановления. Както се вижда от Таблица 9, те включват социалните вноски от работещи и самонаети на основата на приходите им, както и вноски от държавата за децата, за лицата с увреждания, безработните и други социално зависими групи. Правителството плаща и вноските за своите служители. Има и някои малки преки вноски от МЗ, глоби и инвестиции.
36. Вноските се събират от НАП и се изпращат в НЗОК. МФ прехвърля в НЗОК заложената в закона за бюджета сума, която съответства на очакваните ѝ задължения според закона (Таблица 9).<sup>26</sup> Ако през годината НЗОК е получавала повече вноски от предвиденото в бюджета, тя има право да ги изразходва. Ако има недостиг, прилага се някой от описаните по-горе варианти.

## 2.2.6. Закупуване/сключване на договори за медицински услуги

37. Този раздел описва сключването на договори и методите на заплащане, използвани от НЗОК, която е основният купувач на услуги в системата на здравеопазването. За услуги за частни пациенти, независимо дали закупуват тези услуги пряко или са частно осигурени, на доставчиците обикновено се заплаща такса за всяка отделна услуга. Частните застрахователи обикновено договарят с доставчиците равнищата на заплащане, по поради твърде ограниченото проникване на частното доброволно здравно осигуряване поради широкия обхват на ОПД на НЗОК, както и ниското равнище на приходите в страната, частните застрахователи не могат да влияят на пазара при договаряне на ефикасни ставки на заплащане и обикновено приемат цените.<sup>27</sup>

### 2.2.6.1. НРД и преговори на макро-равнище

38. НРД се договаря всяка година между Българския лекарски съюз и НЗОК. Той включва услуги, предоставяни от всички категории медицински професионалисти и в медицинските заведения. Той е правен документ, който следва да бъде подписан от всеки доставчик/предприятие за доказване на приемането му. Той е и инструментът, с който се изпълняват целите в бюджета, заложи на макро-равнище. Преговорите по Договора обикновено започват през август/септември и приключват в края на календарната година. Ако преговорите се провалят, правителството може да се намеси, за да гарантира системата да продължи да работи (което през последните години се случва доста често). По-долу са описани различните стъпки в преговорите.
39. Самият НРД определя следното за всички доставчици на услуги и аптеки (между другите елементи):
- ✓ Условието, на които следва да отговарят доставчиците, за да сключат договор с НЗОК;
  - ✓ процедурите при сключване на договори, документите, които следва да представят и движението на документацията;
  - ✓ условията, при които се изплащат медицински услуги и правилата за включването им. По-конкретно се изброяват КП, на основата на които се заплаща на болниците (вж. по-долу). Всеки КП алгоритъм съдържа: (i) изисквания за входните данни (човешки ресурси, оборудване); (ii) списък на услугите, които болниците следва да предоставят (процедури, изследвания); и (iii) начина, по който следва да бъдат предоставени (напр. продължителност на престоя). Ако не бъдат изпълнени тези условия, болницата няма право да предоставя съответната КП (i) или да получава плащания за нея (ii и iii). НРД постановява и норми относно броя услуги, които ще

<sup>26</sup> Не е лесно да се открият подробни изчисления за тази стойност.

<sup>27</sup> Вж. Раздел VII на Националното рамково споразумение от 330 и Dimova et al. 2012 за подробно обсъждане на частното доброволно здравно осигуряване и процедурите на заплащане.

бъдат заплатени на основата на различни обстоятелства (напр. за пациенти, изискващи хронични грижи); и

✓ Задълженията на страните за предоставяне и обмен на информация.

40. Следващата стъпка е определяне на „цена и обем“, което е извън НРД чрез отделни преговори между НЗОК и БЛС. Задължителното ограничение е, че целите на бюджета на НЗОК трябва да бъдат постигнати. Ако не се постигне споразумение на този етап, цените и обемите се залагат в наредба на Министерския съвет. На етапа на споразумението цена-обем общият пакет на финансирането се разделя между подкатегории доставчици. Всъщност цените и обемите се предоговарят главно на основата на маржа от реализациите през предишни години. При този процес, който е обикновено повече антагонистичен, отколкото основаващ се на сътрудничество, общият стимул на сдруженията на доставчиците е да се опита да договори повишение на единичните цени, а не толкова на обемите. И наистина, ако се надвишат планираните обеми преди края на годината, заплахата от временно прекратяване или отлагане на предоставянето на услуги с по-голяма вероятност може да доведе до нови преговори и до постъпването на повече средства в системата.
41. Когато приключи процесът, НЗОК разделя бюджета между регионите и РЗОК са отговорни за проверяването на пригодността на доставчиците, за сключване на договори с тях, за създаване на тавани за отделни бюджети за болниците, за ОПЛ и за направления към специалисти и лабораторни изследвания, изплащането на искове и провеждането на медицински одити. Методите за разпределянето на бюджетите според категориите доставчици, между регионите и на всеки доставчик лично се определят от НЗОК.
42. НЗОК използва широка гама методи на заплащане, които са различни за различните видове доставчици. На болниците обикновено се възстановяват плащания от НЗОК на основата на сборна такса за услуга за заплащане на около 300 КП и те имат и годишни бюджетни тавани. На ОПЛ се заплаща на принципа капитация и такса за услуга, а на специалисти в извънболничната помощ, лаборатории и стоматолози се заплаща на база такса за услуга. По-надолу се поясняват тези подходи.

#### 1.1.1.1. Болници

5. За стационарни болнични услуги в България се използва форма на заплащане на основата всеки отделен случай, дефиниран по система с КП – комбинация от класификационна система, клинични насоки/протоколи и правила на договориране. Страната се различава от повечето други страни, използващи класификационни системи, работещи на основата на диагнози и кодове на процедури по включването и на клинични насоки, и на правила за плащане/договаряне не нещо, което се възприема като система за групиране/класификация. Както беше вече казано, алгоритъмът на КП – изложен в НРД – посочва входните параметри/капацитета (брой лекари и медицински сестри, вид оборудване и пр.), които следва да постигне една болница, за да получи договор за дадена КП и за услугите, които следва да се предоставят, като остане с право за заплащане по дадена КП. Когато бяха въведени КП през 2001 г., те бяха 30 на брой; днес те са 308.

6. На всички болници, които отговарят на стандартите на НРД за дадена КП, се позволява да подпишат договор с НЗОК, която на свой ред няма право да им откаже договор и по този начин НЗОК всъщност не може да сключва договори селективно. От 2010 г. насам МЗ е установило стандарти за три равнища компетентност на болниците на основата на входни параметри/капацитет, което непряко обуславя броя и вида КП, които има право да изпълнява и на основата на които болницата сключва договор.

7. Болниците имат договор за цени и обем с НЗОК и получават заплащане според КП, с които се изписват техните стационарни пациенти. Договорите се предоговарят всяка година и те обикновено ги

получават. Както и в системите със заплащане на такса за услуга, болниците имат силен стимул за максимален брой приети пациенти, които да бъдат насочени към най-скъпоструващите КП. И макар всички болници до имат тавани на бюджетите си, тези бюджети не се спазват, което означава, че лекарите и болниците нямат стимул да държат пациентите извън болниците, дори ако могат да бъдат лекувани амбулаторно. Доста чести са случаи на приемане на пациенти в болница, за да се избегне чакане за някои изследвания или процедури, или за избягване на плащания със собствени средства.

8. Системата на КП не разчита на логиката на групирането; вместо това лекарите в болниците избират и докладват името и номера на КП върху сметката, която най-добре представлява лекувания случай. След това избират кода на диагнозата (и код на процедура, ако е приложим) в случая, който отговаря на критериите за договориране на КП. Болниците също се стремят да гарантират, че отговарят на всички други установени правила за реимбурсиране на КП от НЗОК – правила, разработени от НЗОК заедно с Българския лекарски съюз. Те включват: минимален болничен престой за съответната КП; кодове на диагнозата и процедурите; изисквания при договорирането за оборудването, броя на лекарите и останалия персонал, които следва да са налични; инструкции за изпълняване на процедури; насоки за периода след лечението.

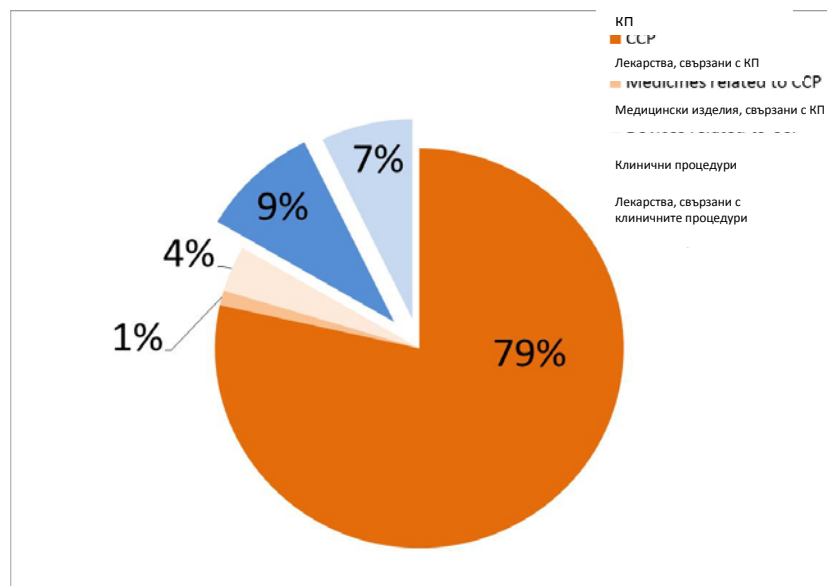
9. Цената на КП е резултат от преговори между НЗОК и БЛС. Според Закона за здравното осигуряване цените на КП – както всъщност и всички услуги, заплащани от НЗОК – следва да се изчисляват според методология, която трябва да се разработи от НЗОК (и за която следва да дадат становище МЗ и МФ) и да бъде одобрена от Министерския съвет. В действителност цените са резултат от преговори между НЗОК и БЛС. Договарят се увеличения и корекции по тяхна инициатива, мотивирани или от данни за изкривяване и ценообразуване с повишение/понижение, или с цел да се отразят промени в алгоритъма на КП (напр. за въвеждане на нова технология или техника). Общото мнение на експертите е, че матрицата на ценообразуването на КП съдържа изкривявания както вътре в дадена специалност, така и между специалности.

43.

- ✓ Болниците доставят лекарствата, избрани от Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти. В списъка е указан максимумът, който болниците имат право да доплатят за което и да е от тези лекарства.
- ✓ Заплащане за някои медицински изделия.

10. Както се вижда от **Фигура 27**, КП и свързаните с тях плащания представляват около 85% от плащанията за болници от НЗОК.

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



Източник: Изчисления на авторите на основата на данни от НЗОК.

44. Три четвърти от публичното финансиране на болниците минава през НЗОК, останалото е от други източници (Национални здравни отчети 2011 г.).

- ✓ Домовете за социални грижи за деца получават плащания на основа per diem от МЗ.
- ✓ „Основните“ болници могат също да получават плащания за някои услуги (спешни случаи, трансплантации) и функции като научни изследвания и преподавателска дейност, както и инвестиции.

43. Някои министерства и Министерският съвет имат свои собствени болници, които макар да могат да сключат договор с НЗОК, получават и безвъзмездни средства и инвестиции от собствените си министерства. Общините също финансират притежаваните от тях болници.

11. По закон техните сметки са публични и би трябвало да се намират в МЗ и НСИ, но не беше възможно да се осигури достъп и няма налични консолидирани данни. Медиите и служебни лица периодично съобщават числа за „дълговете на болниците“, но данните са твърде непълни за оценяването на финансовата жизнеспособност на държавните болници.

### 1.1.1.2. ОПЛ

45. ОПЛ провеждат консултации, извършват основните прегледи, предоставят прости изследвания и лечения, предписват лекарства от позитивния лекарствен списък (ПЛС) и предоставят някои профилактични услуги на пациентите.

46. ОПЛ получават два вида плащания от НЗОК: коригирано по възраст плащане за всички пациенти в списъка им и допълнителни такси за (главно профилактични) дейности, като напр. имунизации и прегледи, и за услуги, предоставяни на „диспансеризирани“ (хронични) пациенти, които те следят<sup>28</sup> (за хипертония, диабет, астма и пр.). Работещите в слабо населени и отдалечени райони ОПЛ получават и допълнително възнаграждение за всеки свой пациент. През 2013 г. капитацията е била

<sup>28</sup> Списъците по НРД за степента, до която всеки вид хронични пациенти могат да бъдат „управлявани“ от ОПЛ или специалисти, както и услугите, на които имат право.



49 процента от плащанията на ОПЛ, профилактичните дейности – 31 процента и таксите за хроничните пациенти – 19 процента (плюс някои много незначителни плащания).

47. Тези плащания от НЗОК са главните източници за приходи на практиките на ОПЛ, които са частни и повечето са индивидуални практики, като наемат медицинска сестра, която получава заплата от практиката. Има и някои практики, в които лекарите работят в групи, но пациентите (и квотите за направления и бюджетите) остават прикрепени към отделния ОПЛ.
48. ОПЛ управляват и виртуален бюджет за направления, който определя ограничения и изисквания за изпращане на пациенти при специалисти (числена квота), както и за диагностични и терапевтични изследвания (паричен бюджет). Методът на разпределянето на бюджетите за направления между ОПЛ и специалисти, както и между тях самите, се определя от НЗОК на основата на профила на пациентите. Голяма част от тези бюджети за направления/изследвания са всъщност предназначени за „диспансеризирани пациенти“, които имат право (или трябва) да получават редовно някои услуги и изследвания<sup>29</sup>. Тези направления се изискват дори когато ОПЛ са способни да лекуват пациентите или когато рисковите им фактори са под контрол (както при пациенти с хипертония или ХОББ). Ако ОПЛ надвишат бюджетите си за направления/изследвания, те биват глобявани, но не ги награждават за „спестяване“ на средства в бюджета за направления или изследвания. ОПЛ нямат ограничения в броя на пациенти с остри заболявания, на които могат да дават направления за болнични грижи.

#### 2.2.6.2. *Специалисти*

49. Специалистите имат договори с НЗОК за консултации и изследвания на пациенти, изпратени от ОПЛ или от други лекари, и им се плаща по модела такса за услуга. Пациентите имат пряк достъп до специалисти (но без направление от ОПЛ ще трябва да плащат за услугата със собствени средства). Специалистите могат да изпращат пациенти при други специалисти, да изпращат пациенти за изследвания/процедури и да приемат пациенти в болници.
50. На специалистите се разрешава да преглеждат пациент максимум два пъти в рамките на 30-дни за всяко направление от ОПЛ (което е валидно за 30-дневен период) и не им се плаща за допълнителни посещения. Ако се наложи, специалистът може да изпрати пациента обратно при неговия ОПЛ за друго направление, да прати пациента при различен специалист, да прегледа пациента без компенсация от НЗОК (и най-вероятно да потърси заплащане от пациента), или да приеме пациента за болнични грижи. Няма ограничения на броя направления, които специалисти могат да издават за болница.
51. Подобно на ОПЛ, и специалистите управляват годишни бюджети за направления и изследвания, определени от НЗОК. Специалисти следва да спазват правилата и изискванията за заплащане в НРД, когато дават направления на пациенти за диагностични услуги.
52. Както и ОПЛ, специалистите работят в еднолични или групови практики. Те могат да имат лабораторни и диагностични образни услуги на място, макар това да е по-вероятно в груповите практики. Интервюираните специалисти обаче твърдят, че много единични цени на някои диагностични изследвания са твърде ниски, за да могат да закупят и поддържат оборудването и единствената възможност за тях е да изпращат пациенти в болници, където изследванията се извършват при стационарни условия.

---

<sup>29</sup> Това съотношение варира в зависимост от състава на пациентите, но ОПЛ обикновено твърдят, че около половината от бюджета, който те управляват, се поема от диспансеризираните пациенти за задължителните дейности.



53. Много специалисти практикуват в извънболничната помощ и в болници<sup>30</sup>. Специалистите тогава имат трудов договор с болница, в който е указана заплатата им и „допълнителни стимули“ под формата на плащания за предоставяне на висококачествени грижи, за привличане на бизнес и пр.). Този втори договор може да създаде стимули за специалисти да приемат пациенти – дори когато пациентът би могъл да се лекува амбулаторно. Макар специалистите официално да не дават направления на приемат пациенти за конкретни болници, пациентите всъщност много вероятно ще се явят в болницата, с която е свързан техният специалист.
54. Непроменена сума се изплаща на болниците за всяка докладвана КП. Болници, които надвишат (или рискуват да надвишат) договорения си брой КП, се обръщат към НЗОК за допълнително финансиране. Освен плащания за КП, болниците получават от НЗОК:
- ✓ Заплащане за специфични лекарства, които не са включени в цените на КП, в т.ч. лекарства за онкологични заболявания.
  - ✓ Плащания за серия „клинични процедури“ и свързани с тях лекарства, които включват хемодиализа, някои химиотерапии и интензивно лечение (заплащане на ден).
  - ✓ Не е съвсем ясно как се организират тези потоци, но някои от основните канали са психиатричните болници и малък брой специализирани заведения. Няма лесно откриваеми данни относно финансовото състояние на болниците. Болниците са автономни организации, регистрирани като търговски дружества, повечето от които са собственост на общини.

### 2.3. Организация и финансиране на спешната медицинска помощ

55. Програмата за спешната медицинска помощ (СМП) в България е под егидата на МЗ. Основните доставчици на СМП са: (i) 28 регионални центрове за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и техните 198 филиали (ФЦСМП), управлявани от МЗ; и (ii) спешни отделения (СО) в 37 многопрофилни болници. Освен това от ОПЛ се очаква да оказват 24-часова „неотложна“ помощ,<sup>31</sup> а от болниците, в които няма спешни отделения, също се очаква да приемат спешни пациенти на 24-часов режим.<sup>32</sup> Фигура 28 представя системата на спешната медицинска помощ в целия ѝ вид и като съставна част на системата на здравеопазването.

---

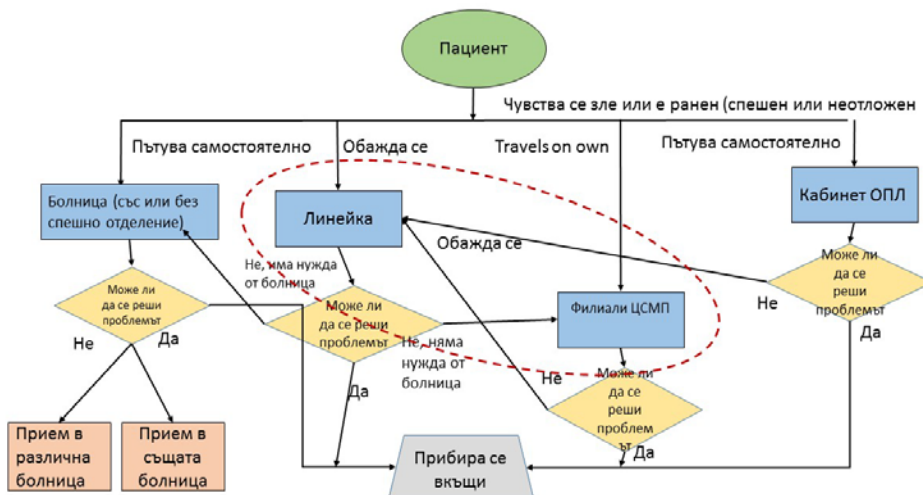
<sup>30</sup> Не се откриват лесно числени данни. Изчисленията са между 20 и 30 процента.

<sup>31</sup> Съгласно системата на плащане на НЗОК около 2,5-4,5 процента от общите плащания към ОПЛ на капитационен принцип са били за „24-часово проследяване“ на пациентите.

<sup>32</sup> Чл. 19, ал. 3 на Закона за лечебните заведения.

Фиг. 28: Пътят на пациентите за използване на спешната медицинска помощ

Пътища за използване на спешна медицинска помощ

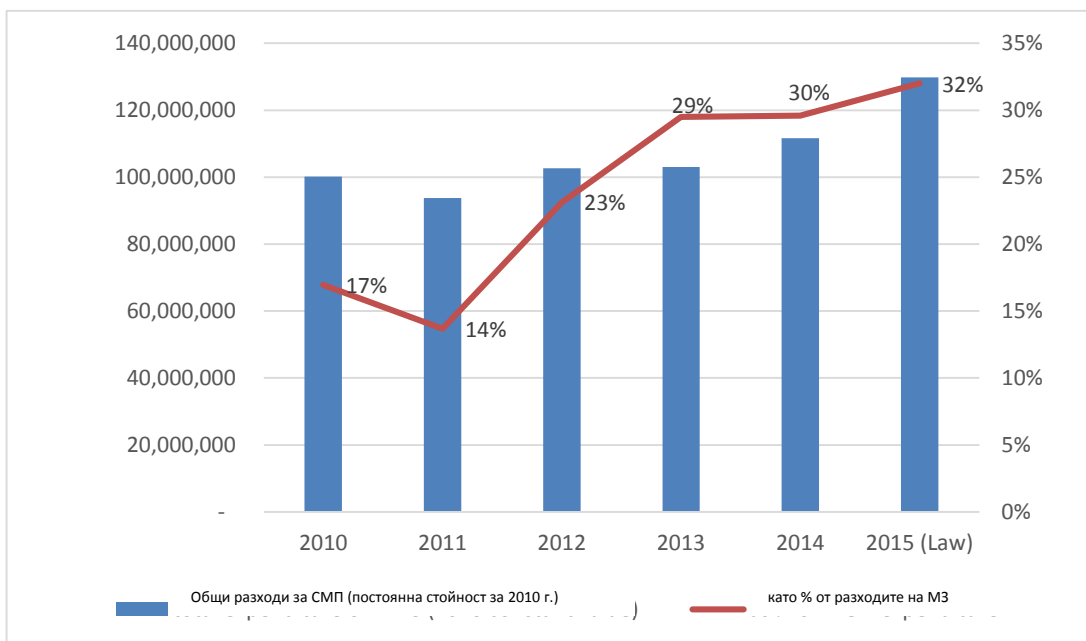


Източник: авторите, на основата на данни от МЗ 2014 г.

56. В момента няма данни относно дела на пациентите в различните пътища. Макар да са известни данни за дейността на ЦСМП/ФЦСМП и СО, няма налични статистически данни за работата на ОПЛ. Съществува общо съгласие, че пациентите пътуват сами до спешните отделения, че ОПЛ рядко предоставят 24-часова неотложна помощ, както се предполага според договора им с НЗОК и че спешните случаи са по-често срещани сред пациентите без здравно осигуряване. През 2014 г. системата ЦСМП/ФЦСМП (овалната фигура в пунктир на графиката) е изпълнила над 737 000 повиквания и е извършила повече от 558 000 амбулаторни прегледи (МЗ 2014 г.). През 2013 г. около 1 063 400 срещи със спешни пациенти са се провели в СО на болниците, от които една трета са били приети, а две трети неприети в същата болница, при което МЗ плаща на болницата (НЦОЗА 2015 г.)<sup>33</sup>
57. МЗ разполага с програмен бюджет за спешна медицинска помощ, чието финансиране се използва предимно за системата ЦСМП/ФЦСМП. От 2012 г. Програмата за СМП съдържа финансиране за ЦСМП/ФЦСМП („ведомствени разходи“) и за болници, оказващи спешна помощ („администрирани разходи“). Преди 2012 г. в програмата е имало финансиране само за ЦСМП/ФЦСМП, а финансирането за оказвана спешна помощ в болниците е било включено в „Болници“. През 2013 г. разходите за СМП са били 110,4 милиона лева, от които 94,1 милиона лева (86 процента) са били изразходвани за системата ЦСМП/ФЦСМП („ведомствени разходи“).
58. Изразходването на средства за Програмата за СМП се е увеличило доста рязко в абсолютни стойности и като дял от разходите на МЗ – до 30 процента от бюджета на МЗ през 2014 г. в сравнение със 17 процента през 2010 г.

<sup>33</sup> Данни от НЦОЗА за 2013 г.

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



Източник: МЗ.

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

59. Финансирането на системата ЦСМП/ФЦСМП се разпределя на 28-те регионални центрове и техните филиали, за да покрие заплатите на служителите, поддръжката и закупуването на гориво, лекарства и други консумативи. Заплатите на служителите са фиксирани (на основата на щатните бройки, които се определят от Министерския съвет). Текущите разходи се основават на действителния обем, представян от показатели като броя на получили отговор повиквания и броя на лекуваните пациенти. През 2010–2013 г. делът на заплатите на служителите в общите „ведомствени разходи“ варира между 77 процента и 83 процента (доклади на МЗ за различни години).
60. Програмата за СМП също предоставя финансиране за спешните отделения в многопрофилните болници за покриване главно на разходите за издръжка за предоставяне на СМП. Сумата за 2014 г. е била 13,7 млн. лева, което представлява около 12 % от разходите за Програмата СМП през същата година (МЗ 2015а)<sup>34</sup>. Общото финансиране за всяко лечебно заведение се определя на основата на сумираната оценка на три параметъра за относителния дял: обслуженото население, обем извършени дейности и платената сума през предишната година. За районите, в които има повече от едно лечебно заведение, финансирането се разпределя пропорционално на обема извършени дейности в съответното лечебно заведение. След това към определената сума на основата на трите параметъра се прилага коефициент за равнището на компетентност, в зависимост от равнището на грижите в лечебното заведение, както следва: равнище III – 1,3; равнище II – 1,0; равнище I – 0,7. Равнището на финансирането не може да е по-малко от 90% и

<sup>34</sup> Данни, предоставени от Дирекция „Бюджет и финанси“ на мисията на Световната банка през февруари 2015 г.

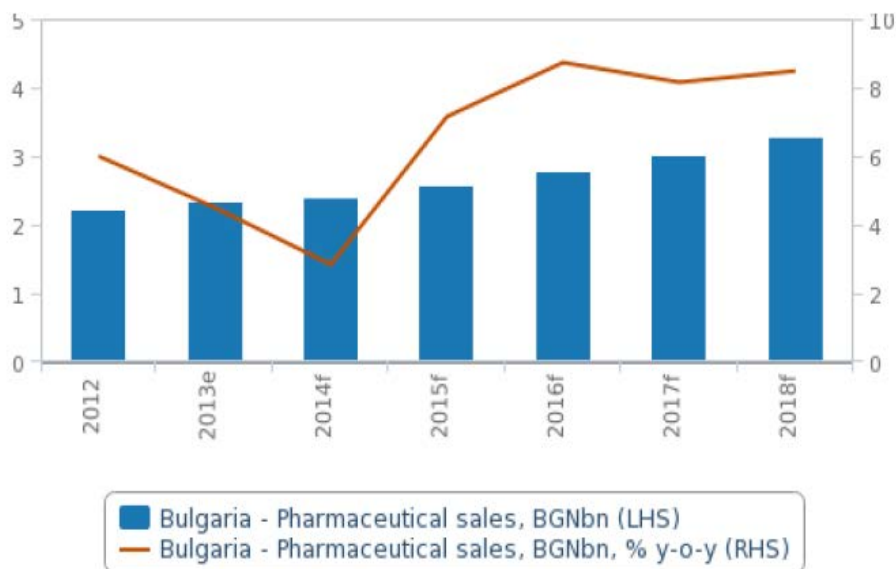
повече от 115% от заплатената през предишната година сума. През 2014 г. общата заплатена сума се е равнявала на 20 лева на пациент.

## 2.4. Лекарствени средства

### 2.4.1. Основни положения

61. Българският фармацевтичен пазар е един от най-малките в ЕС, но се увеличи силно през последните няколко години, така че лекарствата представляват голям и предполагаемо прекалено голям дял от разходите в здравеопазването<sup>1</sup> особено плащанията със собствени средства.
62. Фармацевтичната промишленост е един от най-бързо растящите отрасли в българската икономика.<sup>35</sup> Пазарът се оценяваше на 2,1 милиарда лева през 2011 г., което е 12% повече от 2010 г., като нарасна с още 10,5 процента, достигайки стойност от 2,32 милиарда лева (1,57 милиарда щ.дол.) през 2011-2013 г. нарастването през последните години се обяснява предимно с два фактора: повишени разходи на НЗОК за онкологични и други скъпи лекарства, и изразходване на средства от потребителите за закупуване на лекарства без рецепта. През последните години то може да е бил стимулирано отчасти от хармонизирането на българските регулаторни процеси със законодателството на ЕС при подготовката на България за присъединяване към ЕС през януари 2007 г.<sup>53</sup>

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



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

<sup>35</sup> Ministry of Foreign Affairs, Denmark. *Pharmaceutical and Healthcare Sector, Bulgaria, 2014.* [http://bulgarien.um.dk/da/~media/Bulgarien/Documents/Pharmaceutics%20and%20Healthcare\\_2014.pdf](http://bulgarien.um.dk/da/~media/Bulgarien/Documents/Pharmaceutics%20and%20Healthcare_2014.pdf)

63. Лекарствата представляват висок и дори свръхвисок процент от разходите за здравна помощ (37 процента от общите медицински разходи през 2009 г.<sup>36</sup> в сравнение със средна стойност за ЕС около 25 процента) (Rohova et al. 2013). Покритите със собствени средства разходи за лекарствени средства са също изключително високи, като според предварителните национални здравни отчети за 2012 г. те могат да достигнат и 81 процента от общите разходи за лекарства.
64. Потреблението в болниците е било 18 процента от пазара през 2009 г., а други 18 процента са били изразходвани за лекарства за амбулаторно лечение, заплащано от НЗОК, а лекарствата, отпускани без рецепта, са почти 17 процента от общия пазар (останалото са нереимбурсирани лекарства, отпускани по рецепта) (Andre, Semerdjiev 2010).
65. Законът за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ) е основният нормативен акт.<sup>37</sup> Той беше изготвен през 2007 г., за да се приведе българската нормативна уредба в съответствие с европейските стандарти, но междувремево бил изменен близо 20 пъти.
66. Приложното поле на ЗЛПХМ е широко и включва ролята и отговорностите на Изпълнителната агенция по лекарствата (ИАЛ); разпоредби относно ценообразуването на предписани и отпускани без рецепта лекарства,<sup>38</sup> и създаването и поддържането на ПЛС. За регистриране на лекарствени средства се предвиждат централизирани, децентрализирани и национални процедури.
67. Секторът е подчинен и на значителен брой други закон и наредби. Особено важни са:
- ✓ Закон за здравето (1 януари 2005 г.);
  - ✓ Закон за лечебните заведения (5 юли 1999 г.);
  - ✓ Наредба за условията, правилата и процедура за регулирането и регистрирането на цените на лекарствените средства (30 април 2013 г.);
  - ✓ Наредба № 4 за условията за предписване и отпускане на лекарства (4 март 2009 г.);
  - ✓ Наредба № 10 за реда и условията за заплащане за лекарствени средства, диетични храни по чл. 262, ал. 6, т. 1 на ЗЛПХМ, както и лекарствени средства за дейности, свързани със здравето по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (24 март 2009);
  - ✓ Наредба № 28 за структурата, реда и условията на работа на аптеките и номенклатура на лекарствените средства (9 декември 2008 г.);
  - ✓ Наредба № 34 за реда и условията за заплащане от държавния бюджет за лечение на заболявания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване (25 ноември 2005 г.);
  - ✓ Наредба № 38, определяща списъка от заболявания, за които лекарствата за извънболнично лечение се изплащат напълно или частично от НЗОК (16 ноември 2004 г.);
  - ✓ Наредба № 39 за принципите и изискванията на Добрата практика на разпределение (13 септември 2007 г.);
  - ✓ Наредба № 40 за определяне на основния пакет здравни услуги, гарантирани от НЗОК (24 ноември 2004 г.);
  - ✓ Изпълнителната агенция по лекарствата (ИАЛ) е регулаторна агенция на пряко подчинение на МЗ и отговаря за качеството, ефикасността и безопасността на лекарствените продукти. Ролята ѝ включва: разрешение за продажба на лекарства; разрешение за производство и надзор на

<sup>36</sup> Данните от 2012 на ННА дават стойност 40 процента.

<sup>37</sup> Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина 2007: [http://en.bda.bg/images/stories/documents/legal\\_acts/ZLPHM\\_en.pdf](http://en.bda.bg/images/stories/documents/legal_acts/ZLPHM_en.pdf)

<sup>38</sup> Съвместно с Наредбата за условията, правилата и реда за регулирането и регистриране на цените за лекарствени средства, в сила от 30 април 2013 г.

производството, внос и търговия на едро и на дребно с лекарства; разрешение за и надзор над клинични изследвания; реклама; фармакологична бдителност и лекарствена информация; и класификация (график) на лекарствата.

68. ИАЛ се финансира отчасти от бюджета на МЗ и от приходите, получени от дейностите си, които включват такси за лабораторни анализи, такси за приложение и оценка, годишни такси за регистрация и проверки на добрите медицински практики. Тарифите се определят от Министерския съвет.

#### 2.4.2. Подбор на лекарства и ценообразуване

69. С изменение до 2011 г. на ЗЛПХМ бяха заместени две комисии, отговорни за ценообразуването на лекарствени средства или за управлението на ПЛС съответно с един единствен орган, Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти (Съвета по ценообразуването).<sup>39</sup> Съветът по ценообразуването регистрира максималните цени за продажба на дребно на отпускани без рецепта лекарства и взема решения за включването и ценообразуването на лекарства в ПЛС и задава максимума (тавана) на цените за всички други лекарства<sup>40</sup>. Ценоопределящите механизми и процеси са представени в ЗЛПХМ и са изложени по-подробно в *Наредба за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените за лекарствени средства* от 2013 г. (Наредба за ценообразуването).<sup>41</sup> Ролята на Съвета включва и одобряване, отменяне или изменения на фармакотерапевтичните насоки<sup>42</sup>, които включват критерии за оценка на ефективността на лечението, както и препоръки за алгоритми за лечение, предложени от националните консултанти, медицинските дружества и други специалисти-клиницисти.
70. Съветът по ценообразуването е юридическо лице, издържано от държавния бюджет, със статут на държавна комисия със седалище в гр. София. Състои се от председател и шест членове (трима от които следва да бъдат лекари или фармацевти, двама икономисти и двама юристи, всички със стаж в съответните си специалности не по-малко от пет години) и се подкрепя от Секретариат.<sup>43</sup> Съветът *един път седмично* и пряко актуализира реимбурския списък *един път на две седмици*, което ангажира промените в цените, търговските марки и възстановяването на суми за всяко от лекарствата в този списък. Цените също могат да бъдат коригирани, за да се отчете инфлацията. ЗЛПХМ залага и графиците за вземане на решения от Съвета, а именно:
- ✓ 60 дни за включване в списъка и ценообразуване на нови лекарства, отпускани по рецепта, които да се включват в ПЛС; и
  - ✓ 30 дни за включване в списъка и ценообразуване на генерични лекарства, както и за определяне на максималните цени за лекарства, отпускани по рецепта, за които не се предвижда възстановяване на суми и лекарства, отпускани без рецепта; от датата на попълването на заявлението до Съвета.

<sup>39</sup> Вж. <http://www.ncpr.bg/en>

<sup>40</sup> По този начин Съветът по ценообразуването задава цената на всички лекарства на пазара в България. ПЛС е по-ограничаващият списък на лекарства, за които се заплаща (в различна степен) с публични средства. Реимбурсният списък е списъкът с лекарства за извънболнично лечение, заплащани от НЗОК (Приложение I).

<sup>41</sup> *Наредба за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените за лекарствени средства*, в сила от 30 април 2013 г. Вж. <http://www.ncpr.bg/en/regulations/bulgarian-legislation/regulations/>. Тя е последвана от Наредба № 10 от 24 март 2009 за реда и условията за заплащане на лекарствени средства.

<sup>42</sup> До този момент няма завършени или разпространени насоки.

<sup>43</sup> Вж. <http://www.ncpr.bg/en/ncprmp/structure/organogram>

71. Първичният ценообразуващ механизъм е международно (външно) референтно ценообразуване. За нови лекарства, отпускани по рецепта, фабричните цени се определят чрез разглеждане на „официалните“<sup>44</sup> цени в десет първични държави-членки на ЕС (Румъния, Франция, Латвия, Гърция, Словакия, Литва, Португалия, Италия, Словения, Испания и Дания) и седем вторични (Белгия, Чешката република, Дания, Естония, Финландия, Полша, и Унгария). Българската цена „от производител“ след това се определя на равнището на *най-ниската* цена между тези юрисдикции. Връзки към източници на информация за ценообразуването са дадени на сайта на Съвета.<sup>45</sup>
72. Фабричната цена на *първата* генерична версия на дадено лекарство, включено в ПЛС, не може да надвишават 80 процента от фабричната цена на референтния продукт в ПЛС. След това ценообразуването на генерици е обект на външно реферирание. За лекарства, отпускани без рецепта, Съветът просто записва максималните цени на дребно, предложени от производителя или вносителя.
73. ПЛС включва четири приложения:
- ✓ Приложение I (реимбурсният списък): изброява онези лекарства за извънболнично лечение, които се заплащат от НЗОК и субсидията, която те получават, както постановява Законът за здравното осигуряване (ЗЗО)<sup>46</sup>;
  - ✓ Приложение II: уточнява лекарствата, финансирани от бюджетите на „медицинските“ лечебни заведения;
  - ✓ Приложение III: дава лекарствата за лечение на HIV/СПИН, някои заразни заболявания, „лекарства-сираци“, лекарства за онкологични заболявания извън приложното поле на ЗЗО, и ваксини за задължителни имунизации; и
  - ✓ Приложение IV: представя тавана на цените за лекарства, които не се включват в ЗЗО или НЗОК, включително лекарства, отпускани без рецепта.
74. Глава 6 на Наредбата за ценообразуването задава критериите за включването на лекарства в ПЛС. За да бъде преценявано дадено лекарство за включване в списъка, то следва да притежава одобрение за пускане на пазара в България, както и доказателства, че фигурира в програмите за здравно осигуряване в най-малко пет от 10-те първични референтни страни. След това за нови лекарства се оценяват редица клинични параметри и фармакоикономически показатели от материал, представен в документацията за приложението, представена от производителя или доставчика на лекарството. Фармакоикономическите показатели включват себестойността на терапията; сравнение на разходите за терапия с налични алтернативи; съотношение разход-полза; икономическа оценка на допълнителните ползи, предлагани от терапията; и анализ на очакваното въздействие на бюджета. За всяка група критерии се дават определен брой точки, като клиничните фактори получават максимум 95 точки, а фармакоикономическите фактори – максимум 40 точки. Минимум 60 точки се изискват за одобрение, следователно един продукт, който отразява висока степен на клинична ефективност, може да бъде одобрен, дори ако няма много точки за икономически фактори.
75. Решение на Съвета по ценообразуването да отхвърли заявление за включване, промяна или изключване на лекарство от ПЛС, или за одобряване на предложена цена, може да бъде обжалвано

---

<sup>44</sup> Официалните цени може да не отразяват действителните цени, заплащани от страните.

<sup>45</sup> [http://www.ncpr.bg/images/Referentni\\_darjavi/Tablica%20za%20saita\\_03.10.2014-ENGLISH.htm](http://www.ncpr.bg/images/Referentni_darjavi/Tablica%20za%20saita_03.10.2014-ENGLISH.htm)

<sup>46</sup> Реимбурсният списък в Приложение I включва и някои медицински изделия, като напр. тест-лентички за глюкоза и уреди за стома.

пред Комисията по прозрачността. Тази комисия също се създава от ЗЛПХМ, с членове, назначени от Министерския съвет от предложени имена от много ведомства.<sup>47</sup>

76. Наредбата за ценообразуването също задава процедурите за определяне на сумата за възстановяване за продукти в реимбурския списък. За продукти от много източници, които съдържат едно и също международно непатентно наименование (INN) в една и съща фармацевтична форма, възстановяваната сума се определя на равнището на най-евтиния продукт чрез задаване на себестойността чрез ОДД.<sup>48</sup> Терапевтично референтно ценообразуване се прилага и за различни молекули в рамките на една и съща подгрупа на Анатомино-терапевтично-химичната (АТС) класификация, където се показва, че продуктите имат сходна ефикасност и безопасност за лечението на конкретно показание – често определяно като „кльъстерно референтно ценообразуване“. Референтната цена се изчислява според най-ниската себестойност/ОДД в клъстера. Терапевтичното референтно ценообразуване не се прилага за лекарства, за които Съветът по ценообразуването приема, че имат тесни терапевтични показатели (напр. антиконвулсанти, имunosупресанти).
77. Равнищата на възстановяване на суми са различни според възприеманото клинично значение, определяно от Съвета по ценообразуването. Всички продукти в Приложение III, както и тези в Приложение I (реимбурския списък) за хроничните заболявания, причиняващи „тежки нарушения в качеството или живота или увреждането и изискващи продължително лечение“, подлежат на пълно възстановяване на сумите. Лекарства за широко разпространени хронични заболявания се заплащат 75 процента; за всички други възстановяването на платените суми е до 50 процента, като действителното равнище се определя от комплексно оценяване на редица фактори, които включват дали използването на продукта се приема от Съвета като жизнено важно, профилактично, палиативно, симптоматично или поддържащо лечение; социалната значимост на лекуването състояние; продължителността на лечението; приети алгоритми за лечението; броя на пациентите с това състояние; разходи през предишната година; и бюджетния капацитет. За някои заплащани продукти НЗОК покрива едва 10 процента от референтната цена.
78. ПЛС се публикува от Съвета по ценообразуването и се актуализира на 2-ро и 16-то число на всеки месец. Нови продукти се добавят само на 1 януари всяка година, а Съветът по ценообразуването може да променя равнището на възстановяване на суми за лекарство в ПЛС един път годишно, макар промени в цените да могат да се случат по-често. Таванът на цените може да се променя не по-рано от 12 месеца след последното одобрение на цената, но заявителят може да намали тавана на цените по всяко време.<sup>49</sup>

#### 2.4.3. Обществени поръчки и заплащане

79. За лекарства, използвани в стационарни лечебни заведения (Приложение II), процедурите за обществени поръчки са в рамките на Закона за обществените поръчки. Всяка държавна болница предприема обществени поръчки всяка година. Цените не могат да надвишават определените от Съвета по ценообразуването. Разходите за използваните в болници лекарства се включват в

<sup>47</sup> Включително Министъра на здравеопазването, МЗ, Министерството на труда и социалната политика, Изпълнителната агенция по лекарствата, НЗОК, Българския лекарски съюз, Българския зъболекарски съюз, Българския фармацевтичен съюз и от организации на пациенти и на фармацевтичната промишленост.

<sup>48</sup> ОДД е възприетата средна поддържаща дневна доза за лекарство, използвано по основните му показания при пълнолетни лица. ОДД е мерна единица и не отразява непременно препоръчаната или действителната предписана доза. Освен това наблюдението, че две лекарства за едно и също показание имат една и съща ОДД не означава, че те са с еквивалентна ефикасност.

<sup>49</sup> Център за превенция и противодействие на корупцията и организираната престъпност 2014 г.



изчисленията на себестойността на КП, следователно лекарствата, използвани в стационарни заведения, би следвало теоретично да бъдат напълно осигурени от бюджетите на болниците. От пациентите с хронични заболявания, които приемат лекарства, субсидирани от НЗОК в извънболнична среда, се очаква да си носят със себе си своите лекарства, когато постъпят в болница.

80. За извънболничните лекарства НЗОК е отговорна за заплащане в съответствие с решенията на Съвета по ценообразуването и на уточнените субсидии. Тя няма роля при определянето на съдържанието на ПЛС, макар че представители на НЗОК присъстват на заседанията на Съвета по ценообразуването и могат да правят представяния пред него.
81. През 2012 г. МЗ прехвърли отговорността за заплащането на списък специализирани лекарства на НЗОК. Те се изплащат 100 процента и включват някои онкологични лекарства, финансирани извън КП, както и лекарства за следтрансплантационна имunosупресия и различни заболявания-сираци. Макар някои фондове да се оказаха също прехвърлени, те са все по-недостатъчни, за да отговорят на потребностите, а НЗОК има само ограничен капацитет да се занимава с предписването. Онкологично извънболнично лечение се предоставя при рак на гърдата, ендометриума, бъбреците, простатата и пр. Разходите за онкологични лекарства са сред най-бързо растящите сфери на разходи и изискват рутинно надвишаване на предвидените в бюджета суми. **Error! Reference source not found.**<sup>12</sup> показва равнището и нарастването на възстановените лекарства от НЗОК през 2011–2013 г.

Таблица 12: Равнище и нарастване на реимбурсираните лекарствата от НЗОК през 2011–2013 г.

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

Източник: Проект за концепция за българската национална лекарствена политика.

#### 2.4.4. Разпределение и верига на доставките

82. В българската фармацевтична промишленост има около 30 български дружества, най-голямото от които е Sopharma – силно вертикално интегрирана с операция за продажба на едро и собственик на голям брой аптеки. Най-голямото международно дружество с местно производство и опаковане на продукцията е Actavis.
83. От декември 2014 г. има 273 регистрирани търговци на едро в България, с повече от 320 складове. Само пет от продавачите на едро обаче снабдяват над 80 процента от пазара.
84. През януари 2014 г. е имало 4217 регистрирани аптеки в България, от които приблизително половината имат разрешение да изпълняват субсидирани от НЗОК рецепти. Лекарства, отпускани по рецепта, могат да се изпълняват и продават само в аптеки, докато лекарства, отпускани без рецепта, могат да се продават и в аптеки, и в дрогерии. Според МЗ през 2010 г. е имало 965 дрогерии, регистрирани в България. Докато едно лице може да притежава максимум четири аптеки, същото лице може да притежава множество търговски обекти, всеки от които на свой ред може да притежава до четири аптеки, като по този начин се контролира голяма мрежа и се създава възможност за антиконкурентно поведение. Една мрежа от около 300 аптеки е притежание на едно единствено лице, което притежава и фирма за търговия на едро.
85. Увеличенията на цените на едро и на дребно, определени от МЗ, са пропорционални на себестойността на лекарството и са регресивни. Увеличенията на цените на едро са от 4 процента до 7 процента, с максимум от 10 лв. Увеличенията на цените на дребно варират от 16 процента до 20 процента, с максимум от 25 лв. Към тях се добавя 20 процента ДДС, за да се формира максималната цена на дребно чрез сложна формула (Таблица 13).

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

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

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

#### 2.4.5. Предписване и отпускане на лекарства

87. Не се изисква предписване на лекарства по INN и на фармацевтите не се разрешава по закон да отпускат каквото и да е друго освен търговското име на продукта в рецептата. По непотвърдени

данни обаче, поради пропорционалните маржове при продажба на дребно, заместването се извършва в полза на продуктите с по-висока цена, особено за лекарства без рецепта.

88. Много лекарства се получават без рецепта, отчасти поради ниските и непредсказуеми суми, възстановяване от НЗОК и произтичащите от това плащания със собствени средства, но и защото това дава възможност на пациентите да спестят време и средства за консултация с лекар. Реимбурсират се само лекарства, предписани от ОПЛ или от специалист и закупени от аптека, сключила договор с НЗОК. Не се позволяват продажби на отпускани с рецепта лекарства по интернет.

89. Не се разрешава рекламиране на лекарства, отпускани по рецепта, пряко до потребителя, но на фармацевтичната промишленост се разрешава промоция за лицата, предписващи лекарства и се смята, че това влияе за предписването на по-скъпи продукти. Изразени са критични становища относно ефективността на ИАЛ при упражняването на контрол и надзор над рекламния пазар.

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

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

## 2.5. Информационни системи за управление на здравеопазването

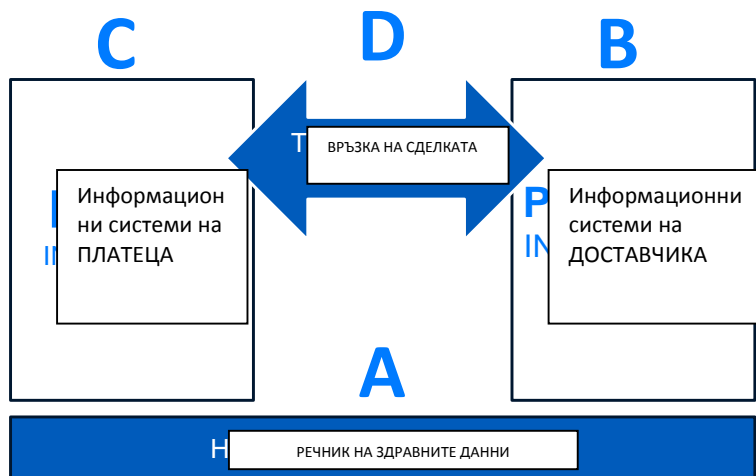
92. Добре функционираща, модерна, интегрирана и надеждна информационна система ИСУЗ е жизнено важна за работата на всяка модерна система за предоставяне на здравни грижи и може би не по-малко необходима за работата на гладко функциониращо финансиране на здравеопазването. Макар здравеопазването в общи линии да изостава от други промишлености с висока продуктивност може би с 30 години по отношение на пълната функция на информационните системи, изоставането започва да намалява предвид стимула на все по-сложните за изпълнение схеми на финансиране на здравеопазването. Без адекватни системи дейностите изискват все по-голям персонал, страдат от човешки грешки и създават все по-дълги забавяния на плащанията на доставчици.

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

93. При застаряващо население фискалният натиск върху финансирането на здравеопазването едва ли ще намалее. Следователно сложността на системите за здравно осигуряване и натискът за ефикасност при предоставянето на здравни услуги ще продължат да се увеличават. Управлението на модерна система за финансиране на здравеопазването – което за България означава здравноосигурителен фонд – изисква солидна и същевременно гъвкава способност да се предвиждат потребностите (вж. актюерския анализ), да се анализира и следи използването на фондовете (управление на фондовете), да се вземат решения по искове (обработване на искове) и

да се осигури адекватен капацитет за отчетност (финансово счетоводство и докладване). Една информационна система за здравно осигуряване (ИСЗО) – или информационна система на платеща – е обикновено един от четири основни компонента в тази среда, описани във Фиг. 31. В следващия подраздел се описва как е организиран в България всеки компонент.

Фиг. 31: Околната среда на една ИСЗО



Източник: Авторите.

**Определянето на стандарти** е първата стъпка за създаване на подходяща среда. Без последователни стандарти за здравната информация, съдържащи се в това, което често се нарича „речник на здравните данни (РДД) – последователни формуляри (електронни формуляри и на хартиен носител за искове, обжалване, разрешения за услуги и пр.) и последователни дефиниции на общите статистически данни<sup>50</sup> – не може да има „оперативна съвместимост“ между информационните системи на платеща и на доставчика (C и B във фигурата).

(A) *Информационната система на доставчика*, която доставя искове и получава плащания, и обхваща информационните системи на болниците, клиниките, аптеките, лабораториите и пр., се намират на мястото на услугата, където в действителност се появяват разходите (при предоставянето на медицински услуги). Следователно е важно събирането на информация да става максимално близо до източника на предоставената услуга и по този начин болничните (и другите) информационни системи започват да работят все повече в реално време, като им се подава информация преди, по време на и непосредствено след предоставянето на услугите. С изграждането на такива системи компютрите ще се преместват от „back office“-ите там и тогава, където и когато се предоставят услугите и ще се използват пряко от доставчиците на медицински грижи като данни.

(Б) ИСЗО (или *информационната система на платеща*)<sup>51</sup> е също от изключително значение. Тази система често става най-голямата система в цялата здравна промишленост, понякога най-голямата

<sup>50</sup> Напр.: Какво разбираме под използваемост на леглата в болниците? Какво разбираме под заболяемост на нозокомиални инфекции и как може да се измерва тя последователно и надеждно?

<sup>51</sup> За нашите цели използваме синонимно термините „информационна система на доставчика“ и „болнична информационна система“. Стриктно погледнато обаче има някои леки разлики в зависимост от естеството на платеща/платците.

и в цялата страна (в зависимост от сложността на използвания метод за финансиране на здравеопазването). За разлика от информационните системи на доставчика, които сега се разбират добре и са доста добре разпространени в здравните заведения по целия свят, освен в най-бедните държави, информационните системи на платеща са по-често с еднократно създадени по поръчка софтуерни системи, разработени конкретно за конкретна среда или страна. Това ги прави сложни, скъпи за разработване и дори още по-скъпи за поддръжка. Малко хора разбират проектирането на ИСЗО, малко продавачи са имали опит с разработването и поддръжката им, а повечето правителства им обръщат малко внимание, тъй като те са скрити в вътре във „фабриката“ за здравно осигуряване, която – ако работи добре – не се вижда.

(В) И накрая, за да се накарат компонентите да работят заедно, има връзки чрез **трансакциите между доставчика и платеща**. Мина времето на прехвърлянето на хартии между тези „партньори на една ръка разстояние“. Тези сделки следва да протичат по електронен път, с малко търкване, своевременно и по сигурен начин. Споделените данни (със съответния контрол и сигурност) стават достояние на заинтересовани лица, подобряват се качеството и актуалността на тези данни и се оптимизира крайната полезност на данните, които протичат по този канал. Може да се подпомогне дългото търсене на данни, които да могат да измерят по-точно качеството на резултатите и използването на ресурсите, ако съществуват солидни комуникационни връзки. В повечето страни се осъществява деликатен преход от ерата на създаване на връзки от точка до точка между доставчиците и платеща/платците към една ера на създадени управлявани отблизо и оптимизирани мрежи връзки тип „звезда“<sup>52</sup>, включително разпределителни звена, предназначени да насочват надеждно трансакциите между финансовите партньори.

94. Речникът на здравни данни (РЗД) се изгражда в различните страни по един от два начина. С подхода от горе надолу една или повече работни групи се събират в продължение може би на една година, за да предложат националните стандарти за кодиране, дефиниции на общи термини, стандартизация на формуляри и пр. В края на работата си искат от МЗ и от други заинтересовани лица да коментират, да приемат техните стандарти и да се съгласят да ги прилагат. Предоставя се известно време на продавачите и на други проектантите на системите (обикновено две години), за да могат да пренастроят съществуващите си (наследени) системи, за да станат съвместими с новите стандарти. Продавачите може евентуално да бъдат изхвърлени от пазара, ако не го направят в разумни срокове. По този начин МЗ ще може да гарантира, че всички системи „говорят на един и същи език“.

95. С метода от долу нагоре стандартите се развиват като стандарти *ad hoc* и биват постепенно приети в резултат от широкото им използване от системите в сферата. Допълнителни промени се правят от време на време за подобряването на стандартите или за преминаване към най-новите стандарти

---

<sup>52</sup> Мрежа от типа „звезда“ представлява просто мрежа, чрез която всички заинтересовани лица общуват през една единствена точка. В центъра на „звездата“ може да има пасивен разпределител на съобщенията между заинтересованите лица, или това може да е интелигентна точка, през която да могат да се внасят някои редакторски поправки, да се събират контекстуални данни и да се генерират статистически данни. Най-ранната форма на тези интелигентни разпределители придобиха известност като разпределители от типа „clearing houses“, като днес се наблюдава тенденция към все по-интелигентни „smart clearing houses“, които могат да имат важна функция при организирането и проследяването на потока документи, който минава през тях.

за кодиране,<sup>53</sup> но иначе те се развиват естествено и органично в отговор на промените в медицинската практика, в законите и в нормативната уредба.

96. България изгражда стандартите си от долу нагоре. Нейните стандарти са се развили в резултат от присъствието на двама или трима активни продавачи на информационни системи на доставчиците, което е довело до сравнително висока стандартизация и силно придържане към съществуващите стандарти.
97. Една от уникалните черти на българската система са КП като „класификатор на случаите“ при исковете от болниците. Тази практика на оценяване на базата на отделния случай се опира на множество клинични параметри и законодателни наредби в системата за заплащане на болниците. Разпоредените клинични характеристики на даден случай се съчетават с подробности от конкретни наредби, ако конкретен случай отговаря на квалификациите на даден КП код. Тази смесица от клинични параметри и наредби прави много трудно вземането на решения по искове с помощта на компютър.

### 2.5.2. Информационни системи на доставчиците в здравните заведения в България

98. За разлика от повечето други страни в ЕС в България пазарът за информационни системи на доставчиците е доминиран от само 2-3 продавачи. Най-често срещаните системи се използват в държавния и в частния сектор специално в болници. От системна гледна точка това представлява предимство, тъй като в много страни тези два сектора на пазара се развиват обикновено по различни пътища и ангажират с предпочитание различни продавачи. В България доминирането на малък брой големи продавачи на пазара е внесло известна дисциплина и е довело до някои de facto полезни стандарти, които липсват в много други страни. Има обаче и неблагоприятна страна – по-малкото на брой доминиращи продавачи може да са забавили темпото на нововъведенията през последните години предвид малкото новопоявили се конкуренти.

99. Бърз преглед обаче на продуктите в болниците и между всички доставчици (включително първичната помощ и специализираната помощ) подсказва, че продавачите в този пазар са се справили повече от адекватно с въвеждането на съвременна функционалност и са ги направили съвместими с трансмисии към НЗОК и към МЗ. Системите обикновено съответстват на тези от други страни с икономическото развитие на България и предлагат сходна финансова, клинична и административна използваемост.

### 2.5.3. ИСЗО в НЗОК

100. НЗОК е работила с три системи след първата си пред 1991 г. Всеки път работата по разработването е започвала „от нула“ и има малко данни, че поуките от по-ранните опити са били адекватно използвани в по-късните превъплъщения. Независимо от продължителния опит с по-ранните системи ИСЗО и макар системите от страната на доставчиците в България да демонстрират разумна функционалност, сегашната система в НЗОК е разочароваща и ограничена.
101. Най-последната система, изработена от BULL-Siveko – международна партньорска фирма (България-Румъния-Франция, в която главният технически компонент е румънски) – беше доставена през 2008 г. и актуализирана за последен път през 2010 г. Себестойността ѝ се изчислява на около 7 млн. лв., макар вероятно общите разходи от 2008 до 2014 г. да възлизат на много повече (може би три пъти повече), когато се включат и непреките разходи.

---

<sup>53</sup> Стандартите за кодиране, разбира се, се променят. Настоящият стандарт за диагностично кодиране е ICD-10. Следващият преработен вариант на Международната класификация на болестите, ICD-11, ще бъде публикувана от СЗО през 2017 г.

102. Гаранцията на системата изтича три години след доставката и не изглежда да се върши нещо за поддръжка или актуализиране на системата (Каре 2). Първоначалният код за системата се пази от продавача, макар копие от една по-ранна версия (чиято полезност сега е съмнителна) е на отговорно пазене. При това положение персоналът на НЗОК е до голяма степен напрегнат поради това, че те самите не могат да се намесят при криза в системите, дори и да искат. Отношенията с продавача са напрегнати и дори са редки неформалните разговори между клиент и продавач.

#### Каре 2: Опасност за ИСЗО

По време на обсъжданията с НЗОК във връзка с доклада установихме, че системата им ИСЗО е без поддръжка и помощ от страна на продавача. Персоналът на НЗОК също не могат да поддържат системата, защото нямат оригиналния код.

Това е критично. Без поддръжка НЗОК рискува да трябва да се откаже изобщо от автоматизацията за НЗОК, ако системата откаже по каквато и да е причина. Това ще предизвика и сериозна криза във функционирането на НЗОК, в т.ч. прекъсване и забавени плащания.

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

#### 2.5.4. Връзки при сделките между платеца и доставчиците, и между доставчиците

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

#### 2.5.5. Кратко обобщение на сегашните системи ИСЗО в България

106. Предвид настоящите изисквания към информационните системи на доставчиците в България те функционират адекватно. Доставчиците изглеждат относително удовлетворени от съществуващите системи и могат да изпращат по електронен път до НЗОК исканията си за заплащане, което е най-важното изискване за подобни системи, тъй като е свързано с поддържането на функцията на финансиране на здравеопазването. Очевидно първото изискване към такива системи следва да бъде гладкото функциониране на системата за оказване на медицински грижи, за лекуването на

пациентите с предоставяне на информация когато и където е необходима на клиницисти и свързаните с тях здравни работници.

107. ИСЗО е много по-проблематична. Тя бавно се влошава поради липса на адекватна поддръжка, заради което НЗОК преминава постепенно към ръчна система на обработка. Изглежда, правителството няма друг избор освен да се заеме пряко с проблема и да възстанови поддръжката, в противен случай има вероятност системата да се срине. Тези теми се разглеждат по-подробно в последните два раздела на Глава 4, която проследява една оценка на работата на системата за финансиране на здравеопазването.



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

1. Настоящата глава разглежда работата на системата за финансиране на здравеопазването в България чрез тенденции, съотнесени предимно със съседни страни и средни стойности за ЕС, и ефикасността на изразходването на средства. Използва се методологията, описана в Увода и по-специално международни съпоставки (benchmarking) на България в много измерения, конкретни анализи на основата на микро-данни и констатации както от световната литература, така и от конкретната за България литература за здравната политика.

2. Анализирайки работата, важно е да се помни, че тя е резултат на множество държавни и частни потоци средства, най-важните от които са НЗОК и плащания със собствени средства<sup>54</sup>, всяко от които потенциално има много различни въздействия и се подчинява на различни лостове в политиката.

3. Както беше обсъждано, НЗОК е най-големият *самостоятелен обединен* източник на финансиране в системата на здравеопазването, с 40 процента от всички здравни разходи, която по принцип покрива цялото население и обединява здравните рискове. С начина, по който е проектирана, НЗОК внася някои основни принципи в системата и ключов въпрос е дали успява да ги спазва. Същевременно плащанията със собствени средства от милиони български граждани представляват 47 процента от всички здравни разходи. Тези големи суми необединени плащания със собствени средства повдигат сериозни въпроси относно равнопоставеността, финансовата защита и покупателната ефикасност на системата. Следователно анализирайки функционирането на финансирането – независимо от това дали става дума за покупателната и обединяващата риска ефикасност или за равнопоставеността, ефикасността и устойчивостта на генерирането на приходи – следва да се обмислят диференцираните въздействия на всеки от тези два важни източници на финансиране в допълнение към съчетаното им въздействие.

4. Тази глава показва, че макар разходите за обществено здравеопазване в България да са средни за страна с нейните приходи, широко разпространените частни разходи (особено плащанията със собствени средства) обясняват над средните общи разходи за здравеопазване. Не е изненадващо, че това се изразява в слаби резултати при предоставянето на финансова защита на населението – както на осигурените лица, така и на 7–10 процента неосигурени българи. Анализът на ефикасността на методите на НЗОК за договориране и практиките при закупуване на лекарствени средства подсказва, че и те допринасят за неоптималното използване на държавното финансиране и за ограничената финансова защита.

### 3.2. Тенденции и глобални сравнения във финансирането на здравеопазването: разходи и приходи

5. В този раздел се обобщават тенденциите и глобалните сравнения, поради които приходите остават непроменени през 2012 г. за редица мерки за финансиране на здравеопазването, по-специално общите, държавните, частните и заплатените със собствени средства здравни разходи в щ. дол. (с националните обменни курсове и „международни долари“, което внася корекции за разликите в жизнените стандарти с помощта на ППС), общи и на глава от населението, и като дял от

---

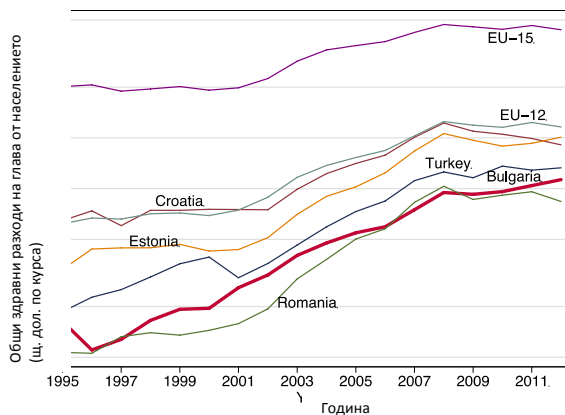
<sup>54</sup> С това не се прави опит да се подсказва, че съставът на публичните разходи в България не е проблематичен, тъй като относително по-ниските публични разходи, несвързани с НЗОК, за основни дейности в общественото здравеопазване, в сравнение с болниците, има важни въздействия върху резултатите в здравеопазване и равнопоставеността.

БВП.<sup>55</sup> (Пълният анализ е в Приложение I.) Усилията, свързани с държавните приходи и разходи, се оценяват чрез глобални сравнения на приходите и разходите на правителството като дял от БВП и определянето на приоритетите се оценява чрез глобално сравнение на здравните разходи като дял от общия бюджет на правителството. Тези мерки се използват, тъй като няма един единствен „правилен“ начин за определяне на „подходящите“ равнища на здравните разходи в дадена страна. Всяка мярка предоставя допълваща информация за здравните разходи.

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

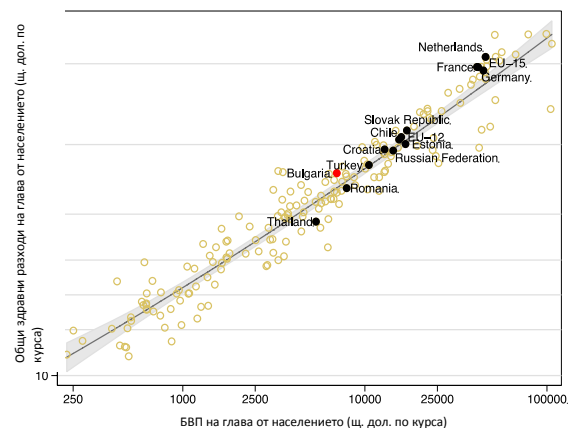
6. Макар здравните разходи на глава от населението в България да са все още под средните стойности за ЕС, като се внесат корекции за приходите, България харчи повече от други страни със сравними приходи в останалата част на света. Общите разходи в България са се увеличили от 5,2 процента на 8,0 процента от БВП между 1995 и 2012 г. (вж. Глава 2). През същия период здравните разходи на глава от населението по национален обменен курс са се увеличили от 82 на 566 щ. дол., докато в ППС увеличението е от 295 на 1139 щ. дол. В сравнение с съседните страни в региона общите здравни разходи на глава от населението в България са стартирали от много по-ниска база, но възходящата тенденция на нарастването им отразява параметрите в съседните страни в региона, като Хърватия и Румъния. Все пак те остават по-ниски от средните стойности в ЕС-12 и ЕС-15 от съответно 1160 и 4379 щ. дол. на глава от населението през 2012 г. (**Error! Reference source not found.2**), но в глобален мащаб общите здравни разходи на глава от населението (**Фиг. 33**) и като дял от БВП<sup>56</sup> през 2012 г. са били над средното равнище в страни със сходни приходи.

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



Източник: World Development Indicators and WHO NHA 2014.

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



Източник: World Development Indicators and WHO NHA 2014.

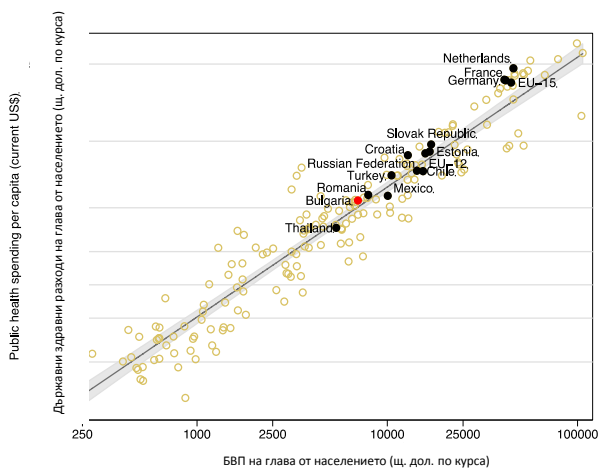
7. Изразходването на държавни средства за здравеопазване в България е сходно на страни със сравними приходи в целия свят. Изразходването на държавни средства за здравеопазване може да се измерва по няколко начина, включително: като дял от общите здравни разходи и БВП, като изразходване на държавни средства на глава от населението в базирани на обменния курс и международни долари, изразходване на държавни средства за здравеопазване като дял от всички

<sup>55</sup> Един основен документ, който беше предоставен на правителството, представя още анализи, международни сравнения и тенденции.

<sup>56</sup> Вж. основния документ, цитиран по-горе.

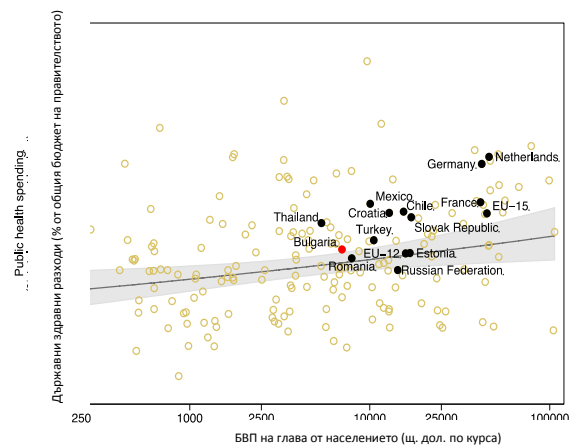
изразходвани държавни средства, което измерва приоритета, който се дава на здравеопазването в сравнение с други държавни разходи. През 2012 г. държавните здравни разходи са представлявали 51 процента от общите здравни разходи. Като дял от БВП това е 4,1 процента или 291 щ. дол. по обменния курс. **Фигура 34** и **Фигура 35** дават глобални сравнения за 2012 г. Държавните здравни разходи са приблизително на средно равнище за всички мерки с изключение на държавния дял от общите здравни разходи, който е малко под средното равнище<sup>57</sup>. При стойност около 12 процента, държавните здравни разходи като дял от общия бюджет на правителството са малко над средното равнище.

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



Източник: World Development Indicators and WHO NHA 2014

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



Източник: World Development Indicators and WHO NHA 2014

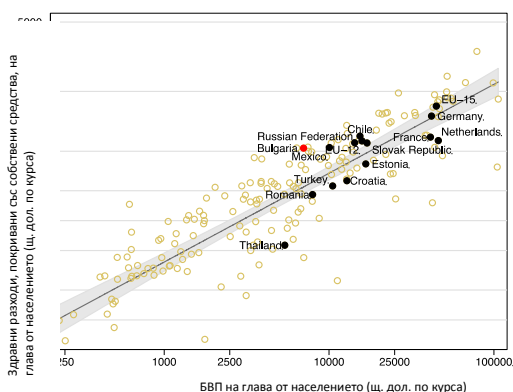
8. България обаче е явно различна по отношение на частните разходи и по-специално на разходите, покривани със собствени средства, което отразява бързото нарастване на частните разходи след 1995 г. Частното изразходването на средства има много важни последици за финансовата защита и равнопоставеността в системата на здравеопазването, тъй като те идват от бюджетите на домакинствата и следователно е по-вероятно да бъдат ограничени от материалното благосъстояние, но да са подтиквани от нужда. Частното осигуряване може да предостави известна финансова защита чрез обединяване на рискове и преразпределението им между здрави и болни лица и домакинствата, но без държавни субсидии това не се случва между бедните и по-заможните. Плащанията със собствени средства следователно по-вероятно ще засегнат пряко финансовото състояние на домакинствата и може да ги тласне към бедност. Според Световната здравна организация система, в която плащанията със собствени средства представляват повече от 20 процента от общите разходи за здравеопазване, не може да се очаква да защити хората от изпадане в бедност поради неочаквано високите разходи за здравеопазване. Като се има предвид, че плащанията със собствени средства са почти 98 процента от всички частни здравни разходи в България, обсъждането по-нататък съсредоточава вниманието върху тях<sup>58</sup>.

<sup>57</sup> Това е по-скоро резултат от над средните частни разходи, отколкото от под средните държавни разходи *per se*.

<sup>58</sup> Всички анализи и глобални сравнения на частни разходи са представени в един основен документ, който беше предоставен на правителството.

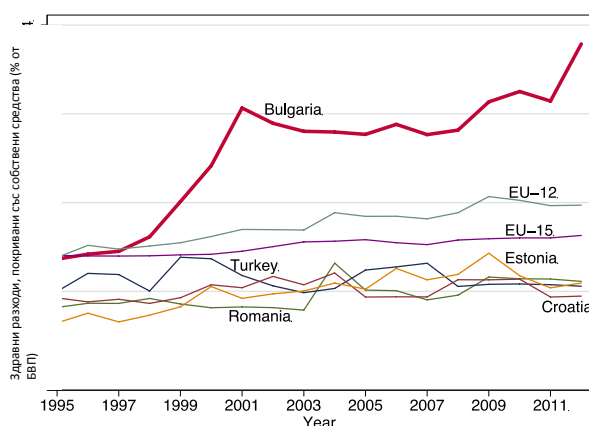
9. Плащанията със собствени средства, които ограничават защитата срещу финансов риск, предоставяна от системата, са забележително високи в България. Като дял от общите здравни разходи (47 процента), като дял от БВП (3,8 процента) и на глава от населението (268 щ.дол. по обменния курс и 540 в ППС), плащанията със собствени средства през 2012 г. са били далеч над световните средни стойности (вж. например **Error! Reference source not found.36**). Така България е далеч от изпълнението на критерия на СЗО за финансова защита, тъй като плащанията със собствени средства са много по-високи от прага от 15–20 процента като дял от общите здравни разходи. Освен това сравненията със съседни страни изтъкват, че ситуацията се е влошила отчетливо: плащанията със собствени средства са се увеличили с повече от 20 процентни пункта от 1995 до 2012 г. (Фиг. 37). Фигура 38 подчертава, че страни като Тайланд, Чили, Мексико и Турция, които са стартирали от подобна или по-висока база, са постигнали огромен напредък в намаляването на плащанията със собствени средства.

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



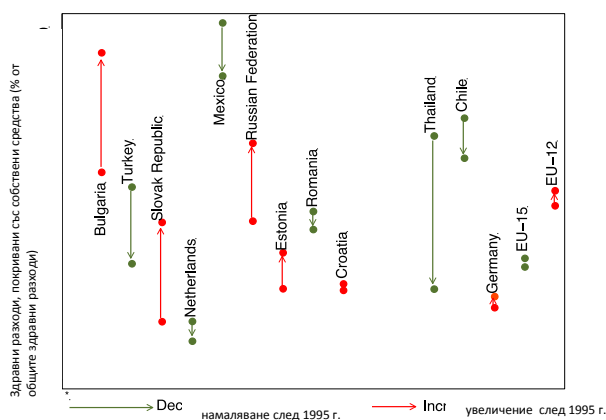
Източник: World Development Indicators and WHO NHA 2014  
Забележка: оста х е в log мащаб.

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



Източник: World Development Indicators and WHO NHA 2014

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



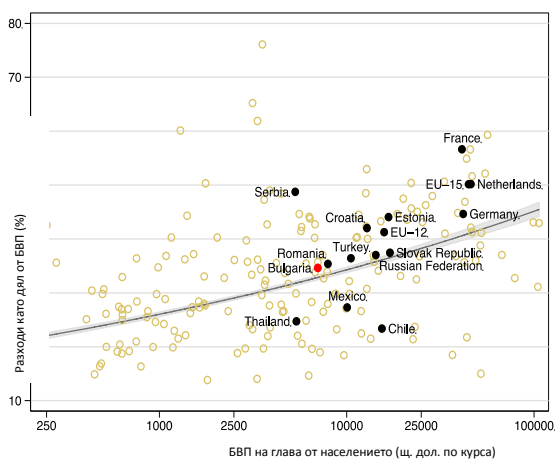
Източник: World Development Indicators и WHO 2014

10. В обобщение, съотнесени със средните стойности за ЕС и за съседни страни, макар увеличението на общите и държавните здравни разходи да отразява промените в страните за сравнение в региона, делът на частните плащания – и особено на плащанията със собствени средства – е далеч по-висок, отколкото в страните за сравнение и се е увеличил значително. Това доста противоречи на добре установените взаимоотношения на намаляващия дял на частните плащания (и плащанията със собствени средства), което се свързва с нарастването на БВП и е потенциално проблематично за равнопоставената финансова защита на домакинствата – теми, които ще бъдат разглеждани по-подробно по-долу.

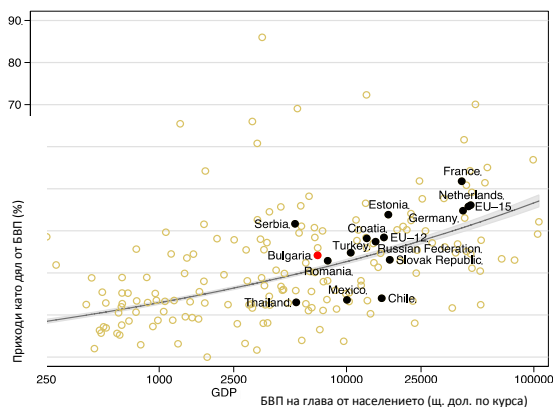
### 3.2.2. Тенденции в държавното финансиране и приоритизиране на здравеопазването

12. България дава относителен приоритет на здравеопазването в контекста на общо взето предпазлива фискална политика (Фиг. 39 и Фиг. 40). Общите разходи на правителството в България, съотнесено с БВП (т.е. усилие разходи) и общите приходи, съотнесени с БВП (усилие приходи), са малко над средното равнище в сравнение с други страни с подобни приходи (Фиг. 41). Приоритизирането на здравеопазването в бюджета от правителството е също малко над глобалните тенденция, но отразява тенденцията в съседни страни и средните стойности за ЕС.

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



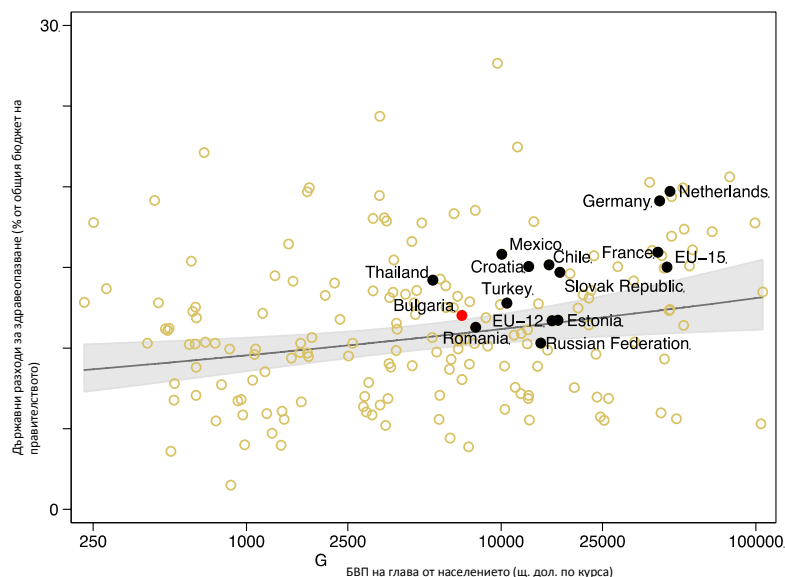
Фиг. 40: Общи приходи на правителството като дял от БВП в сравнение с БВП на глава от населението, 2012 г.



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

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

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



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

Забележка: И двете оси са в log мащаб.

13. Макар в България настоящите дейности, свързани с държавните приходи и разходи да са малко по-високи в сравнение с други страни със сравними приходи, през 1999–2012 г. както приходите, така и разходите са се увеличили със 7 процента годишно по-бавно от БВП. По-късно, през периода 2005–2012 г., приходите са се увеличили с 23 процента по-бавно от БВП, докато разходите са нараснали с 3,1 процента по-бързо, което е показателно за правителствени дефицити в периода след световната финансова криза. От гледна точка на приоритизирането на здравеопазването в бюджета през последните години (2005–2012 г.) разходите за здравеопазване растат с около 10 процента годишно по-бавно от общите държавни разходи. И все пак в общ план между 1999 и 2012 г. изразходването на държавни средства за здравеопазване се е увеличило с 3,6 процента годишно по-бързо в сравнение с общите разходи на правителството.

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

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

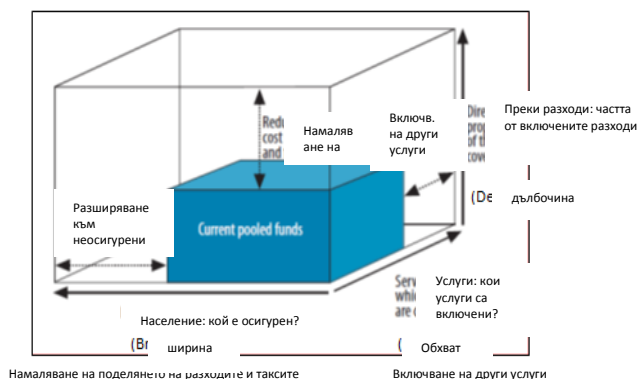
Източник: IMF World Economic Outlook and WHO 2014

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

### 3.2. Финансова защита и равнопоставеност

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

Фиг. 42: Измеренията на здравноосигурителното покритие



Източник: СЗО 2010 г)

17. В този раздел първо се обсъжда се обобщават доказателствата за осигурителното покритие на населението. Макар според българския закон всички постоянно пребиваващи в страната да трябва да бъдат осигурени, това не е така и съществуват много въпроси относно броя на неосигурените лица и кои са те. На второ място се анализират данни за плащания със собствени средства – съществуващи и нови –, за да се определи степента, до която системата за финансиране на здравеопазването помага за оказването на финансова защита на населението и дали го прави по



равнопоставен начин<sup>59</sup>. И накрая се разглеждат данните на НЗОК за разходите по възраст, пол и област, за да се анализира разпределението.

### 3.3.1. Осигурително покритие

#### 3.3.1.1. Колко са неосигурените?

18. Установяването кой е осигурен и кой има достъп до ОПД на НЗОК не е просто в България. През 2013 г. приблизителни оценки на лицата без осигурително покритие варираха от 24,4 процента от населението до 7,3 процента (Таблица 15 и Таблица 16). Истинският процент е вероятно някъде между тези стойности, а значителни проблеми, свързани с измерването, със сезонната миграция и с адекватната представителност на малцинствените групи, изискват триангулация на множеството източници на данни.
19. Според Dimova et al 2012, 23 процента от българското население са нямали осигурително покритие през 2011 г. Един анализ на НАП дава обяснение. По Закона за здравното осигуряване всички български граждани следва да бъдат осигурени<sup>60</sup>. НАП сравнява данните за броя български граждани със здравно осигуряване в някакъв момент във времето (от Регистъра на здравноосигурени лица на НЗОК) с приблизителни оценки на общия брой български граждани (от Единната система за гражданска регистрация и административно обслужване на населението). С помощта на този метод установява, че 24,4 процента от българските граждани нямат осигурителното покритие.
20. Повечето експерти обаче са съгласни, че тази висока стойност не е отражение на реалността, понеже много българи живеят в чужбина до по-голяма или по-малка степен постоянно. Макар да липсва точна информация за броя им (които по закон могат да бъдат осигурени с пакета дейности на НЗОК, но вероятно получават осигурително покритие и от страните, в които живеят), този брой се смята за висок (над 1,1 милиона души). Като се отчете това и НАП съсредоточи вниманието си върху българските граждани, които живеят в България, НАП изчислява, че 11,8 процента от населението няма осигурителното покритие.

Таблица 15: Минали приблизителни оценки на неосигуреното население

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

<sup>59</sup> Според ОИСР плащанията на домакинствата със собствени средства включват: „поделение на разходите, самолечение и други разходи, заплащани пряко от частните домакинства, независимо от това дали контактът със системата на здравеопазването е бил осъществен чрез препращане по направление или по собствена инициатива на пациента”.

<sup>60</sup> Чл. 33. Следните категории се осигуряват със задължително осигуряване, предоставено от НЗОК: 1. всички български граждани, които не са граждани и на друга държава; (и пр.)



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

21. По-ниската стойност, дадена от НАП, е по-близо до приблизителните оценки, получени от социологически проучвания на домакинствата. С помощта на две национално представителни напречни социологически проучвания Atanasova et al. (2013) смятат, че 12,1 процента (през 2011) и 9,3 процента (през 2012) от населението са нямали осигурително покритие. Макар в това изследване да са получени приблизителни оценки в диапазона на данните на НАП, който отчита дългосрочната миграция, и двата анализа оставят някои въпроси без отговор. Както данните от преброяването на населението, така и стандартното проучване на домакинствата биха могли да пропуснат малцинствено население, като напр. ромите или най-бедните домакинства, особено ако те живеят в неформални селища или в сегрегирани общности, които може да са труднодостъпни за анкетиращите.<sup>61</sup> Такива пропуски не само влияят върху изчислената част на живеещите в България без осигурително покритие, но и затрудняват точното (представително) изчисляване на процентите осигурително покритие за тези потенциално уязвими населения.<sup>62</sup>
22. Друга серия национално представителни социологически проучвания на домакинствата обаче беше предназначена да избегне този проблем с изпуснатите малцинствени населения и дава отделни приблизителни оценки за различни групи от населението. Социологическите проучвания за проследяване на кризи (CMS) през 2010 и 2011 г., както и българското всеобхватно проучване на обществото с повтаряеми във времето данни (BLISS) през 2013 г., включиха повторна извадка от близо 900 общности, определени от експерти на ромското население като имащи преобладаващо ромско население. Тези социологически проучвания бяха проектирани като панели на домакинствата, за да може да се проследяват едни и същи домакинства във времето и да се отчитат преходите на включване и изключване в осигуряването, за да се получат приблизителни оценки на стабилността на осигурителното покритие в България.

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

Източник	Прогноза (%)	Година
BLISS	7,3	2013 г.
CMS – Кръг 1 (CMS 1)	6	февруари 2010 г.
CMS – Кръг 2 (CMS 2)	7,5	октомври 2010 г.
CMS – Кръг 3 (CMS 3)	7,4	февруари 2011 г.

<sup>61</sup> Приблизителни оценки от Европейската комисия (2011 г.) показват, че 10,3 процента от българското население принадлежи на ромската общност, докато според последното преброяване на населението ромите са 4,9 процента от населението.

<sup>62</sup> Представителността на приблизителните оценки на основното осигурително покритие в Atanasova et al. (2013) също може би представлява проблем. Приблизителните оценки на частта от населението без осигурително покритие изглеждат като необработени средни данни, а не претеглени спрямо населението средни стойности и няма нищо в описанието на проучването, което да подсказва, че е бил използван самопретеглящ се метод на събиране на извадки.

Забележка: И четирите изчисления използват теглови съотношения и активираща извадка от сегрегирани общности. Извадката не включва мигранти.

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

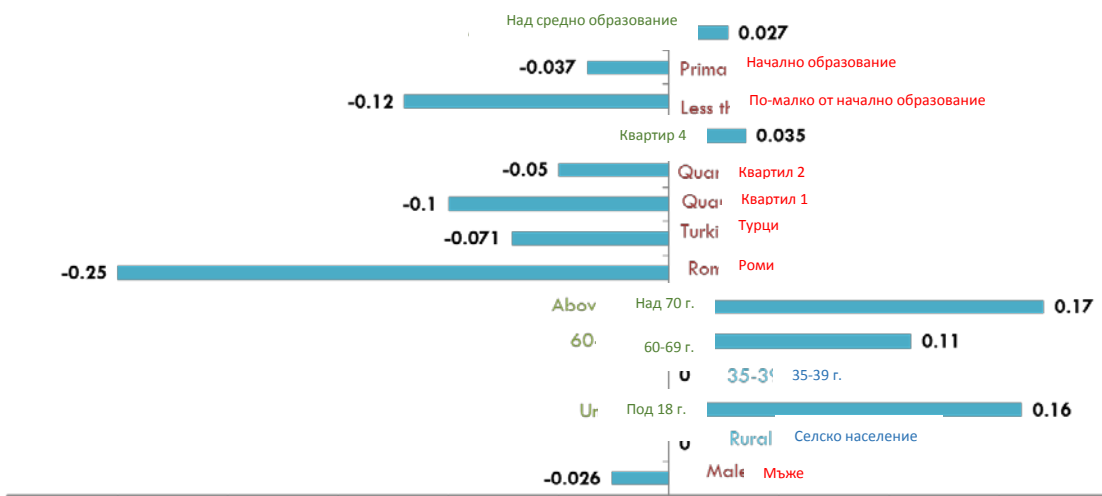
### 3.3.1.2. Кои са неосигурените?

25. Тези представителни социологически проучвания на домакинствата позволяват и анализ на хетерогенността, за да се установи дали при конкретни групи от населението е повече или по-малко вероятно да липсва осигурително покритие и да се прецени дали липсата на осигурително покритие е свързана с нисък социално-икономически статус (а от там и с ниска платежоспособност за осигурителното покритие). Данните от проучването BLISS 2013 г. наистина сочат силно изразено неизгодно положение за малцинствата и за населения с по-ниско социално-икономическо положение, както и за възрастови групи, чиито вноски не са поети от държавата. Децата и възрастните – чиято вноски се плаща от държавата и които са осигурени по закон – почти всички имат осигурително покритие (само 1 процент от лицата на възраст под 18 години и само 0,5 процента от лицата на възраст над 70 години съобщават за липса на осигурително покритие). От друга страна, 13 процента от лицата на възраст 18–34 години и 12,5 процента от тези на 35–59 години съобщават, че са неосигурени. Около 16,5 процента от лицата в най-ниския квартал по разпределението на материалното благосъстояние, дефинирано по наличие на удобства в домакинството и притежаване на активи, не са имали осигурително покритие, докато при лицата в най-високия – само 2,7 процента.<sup>63</sup> Близко 35 процента от ромското население са неосигурени, в сравнение с 4,7 процента от етническото българско население (макар българите все още да представляват повече от половината от неосигурените). Повече от 11 процента от лицата, които съобщават, че не работили през предшестващите 4 седмици, нямат осигурително покритие, в сравнение с 4,5 процента от онези, които съобщават, че са работили.

<sup>63</sup> Показатели в Индекса на материалното благосъстояние включват обща площ на жилището; наличието на водоснабдяване в жилището, топла вода, електричество, газоснабдяване, тоалетна с казанче, баня, централно отопление, връзка с кабелна телевизия, интернет и канализация; и брой телевизори, видео или DVD плейър, сателитни антени, аудио системи, микровълнови печки, хладилници, фризери и перални машини.

26. Тези модели персистиращ в множествена регресионна рамка, което обяснява факта, че много от тези фактори може да са свързани – например ромското население също е обикновено бедно на ресурси и показва ниска образованост (Фиг. 43).<sup>64</sup> Резултатите показват, че в сравнение с жените българските мъже са със средно 2,6 процентни пункта по-малко вероятно да бъдат осигурени, когато всички други характеристики са едни и същи. Живеещите в селските райони са статистически неразличими от живеещите при градски условия, точно както лицата на възраст 35–59 години от тези на 18–34 години. Възрастовите групи, чиито вноски се поемат от държавата – лицата под 18 години и населението на пенсионна възраст – са с 11–17 процентни пункта по-голяма вероятност да са осигурени, при равни други условия. В сравнение с третия квартил при разпределението на материалното благосъстояние най-долните два квартила са с 10 и 5 процентни пункта по-малко вероятно да имат здравно осигуряване, докато онези, които не са завършили начално образование, са в подобно неизгодно положение – с 12 процентни пункта по-малко вероятно да съобщят осигурително покритие в сравнение със завършилите средно образование. Ромското население, дори след контролиране за бедност на ресурси и ниска степен на завършено образование, са все още с 25 процентни пункта по-малко вероятно да са осигурени, докато за турското население вероятността е със 7 процентни пункта по-малка. Завършеното висше образование дава малко предимство по отношение на осигурителното покритие. Всички резултати остават практически непроменени, дори когато се правят сравнения вътре във всяка област и се премахват ефектите на специфичните за съответната област атрибути.

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

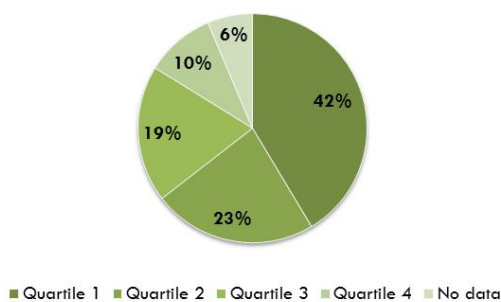


Източник: Данни на BLISS 2013 г. Изпуснатата категория е етнически българки на възраст 18–34 г. със средно образование от третия квартил на разпределението на материалното благосъстояние, изчислени според притежаването на активи и наличието на известни удобства в домакинството. Вероятността те да са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

<sup>64</sup> Бяха изчислени регресионни коефициенти с модел на линейна вероятност, за да може да се тълкуват като промени във вероятностите. В някои случаи обаче това води до прогнозираните вероятности, по-големи от 1. Резултатите са солидни по отношение на изчисляването на максималната вероятност, като напр. логистична регресия, която ограничава прогнозираните коефициенти до диапазон между 0 и 1.

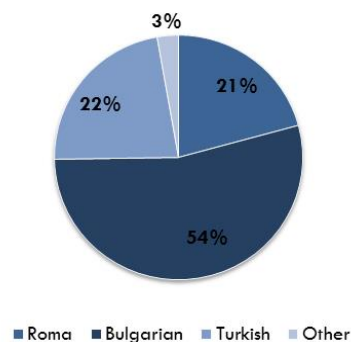
27. Тези числа са показателни за сравняване на склонността на различни групи от населението да съобщават осигурително покритие, но те не дават пълна картина на състава на неосигурените, тъй като не отчитат разлики в размера на всяка група. Въпреки силно неизгодното положение в процентите осигурително покритие, ромското население е все още малцинство сред осигурените (Фиг. 45). Мнозинството неосигурени лица (54 процента) са етнически български. Тъй като всеки квартал от разпределението на материалното благосъстояние съдържа по дефиниция един и същ брой домакинства, ако материалното благосъстояние не играе роля в осигурителното покритие, една четвърт от неосигуреното население би следвало да попадне във всеки квартал на приходите. Най-ниският квартал обаче показва 42 процента от неосигурените (Фиг. 44). . Както се посочва в доклада на НАП (2013 г.), значителна част от неосигурените са лица, които осъзнават, че трябва да плащат вноските си, но не могат да си ги позволят.
28. Тази непропорционална представителност на бедните сред неосигурените вероятно не отразява само финансови ограничения. Други обясняващи фактори включват твърдите критерии за получаване на право на социална помощ, липсата на разбиране от страна на неосигурените за предоставяните им възможности да получат съдействие при плащането на вноски, нежелание да се възползват от тези възможности, както и погрешни възприятия за необходимостта от осигурително покритие. Например проучването през 2009 г. на Института „Отворено общество“ (OSI), извършено сред неосигурени лица, показва, че около половината от тях не са знаели, че могат да потърсят подкрепа от правителствени институции и 20 процента не са вярвали, че могат да получат помощ, ако я поискат. С други думи, финансовите ограничения не са единствената пречка, която трябва да се преодолее, за да се повиши осигурителното покритие (OSI 2009).
29. Най-високият квартал на приходите е с 10 процента (вж. Фиг. 44) от неосигурените, следователно макар явно мнозинството от неосигурените да са бедни, една непренебрежима част от неосигурените са доста добре материално. В двата най-високи квартаила са всъщност близо 30 процента от неосигурените, живеещи в България. Тази част е в съответствие с (i) приблизителните оценки на НАП за населението, което „осъзнава факта, че дължи вноски за здравно осигуряване, може да си позволи да ги плати, но не желае да го направи“ и (ii) качествени констатации, според които по отношение на здравното осигуряване манталитетът е „да се плаща за получени услуги“ (OSI 2009).

Фиг. 44: Квартил на неосигуреното население според материалното благосъстояние



Източник: BLISS 2013 данни

Фиг. 45: Неосигуреното население според етническата група

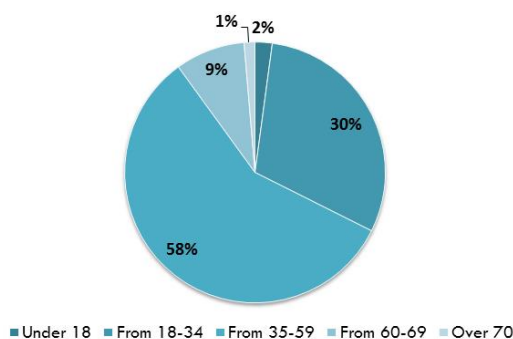


Източник: BLISS 2013 данни

30. В съответствие с регресионните резултати – и както се очаква, понеже се покриват от държавата – децата и възрастните представляват много малка част от неосигурените (Фиг. 46). И накрая, както

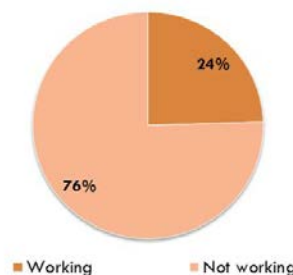
може да се очаква, като се има предвид, че осигурителното покритие е до голяма степен свързано с работната заетост, преобладаващото мнозинството неосигурени лица не работят (Фиг. 47). През 2013 г. НАП цитира данни от НСИ, според които повече от 240 000 души са били без работа в продължение на 12 месеца или по-дълго време. Като се има предвид, че след 12 месеца без работа лицата следва сами да си плащат вноските, за да получат осигурително покритие, не трябва да е изненадващо, че безработните се отказват от осигурителното покритие.

Фиг. 46: Неосигуреното население по възрастова група



Източник: BLISS 2013 данни

Фиг. 47: Неосигуреното население според работната си заетост



Работещи      Неработещи

Източник: BLISS 2013 данни

### 3.3.1.3. Стабилност на осигурителното покритие

31. След 2010 г. лицата губят придобитото по закон здравноосигурително покритие, когато не заплатят три месечни вноски през един 36-месечен период, като според някои сведения има известна непоследователност при осигурителното покритие – лица могат да печелят и да губят осигурителното си покритие през известни интервали (OSI 2009). Обсъжданите по-горе приблизителни оценки на осигурителното покритие могат да бъдат подвеждащо ниски, ако лицата непрекъснато преминават от категория осигурени в неосигурени и обратно – по-специално, ако множеството на неосигурените се променя постоянно или ако всички лица са с висока вероятност да се присъединят към неосигурените за известно време, независимо колко кратко е то. Данни от социологическите проучвания CMS и BLISS сочат, че макар 6 процента от постоянно живеещото в България население да е имало променящо се осигурително покритие между 2010 и 2013 г., близо половината от неосигурените лица през 2013 г. са били осигурени през 2010 г. Допълнителни анализи<sup>65</sup> сочат по-голям риск при хората на възраст 18–59 г., малцинственото население, бедните и лицата с ниско образование.
32. Горният анализ на представителни социологически проучвания на домакинствата показва, че България не успява да изпълни намерението си да предостави осигурително покритие на всички граждани. Децата и възрастните са добре защитени, но 7,4–11,8 процента от населението в (предимно) трудоспособна възраст не са имали никога здравноосигурително покритие. Данните подсказват освен това, че макар 6 процента от населението да са променяли осигурителния си статус между 2010 и 2013 г., близо половината от неосигурените през 2013 г. лица са били осигурени през 2010 г. Около една трета от неосигурените вероятно биха могли да си платят

<sup>65</sup> Налични от авторите при желание да бъдат получени.

осигурителното покритие; останалите обаче обикновено са в бедни домакинства, с ниско образование, където малцинствата са по-често представени, отколкото в общото население.

### 3.3.2. Ефективна финансова защита

13. Частта от общите разходи, заплащана със собствени средства в България, е далече по-висока, отколкото в страни със сравними приходи, както беше казано. Пациенти, които трябва да плащат значителни суми по този начин, може да се окажат тласнати към бедност поради стойността на медицинската помощ или просто да бъдат поставени в положение, при което да трябва да се откажат от медицинска помощ. Макар социологическите проучвания на бюджета да имат ограничения и по-специално да не могат да разграничат ефектите на трите измерения на осигурителното покритие (ширина, обхват и дълбочина), те дават задълбочена представа за естеството и въздействието на плащания със собствени средства за медицинска помощ (**Error! Reference source not found.**). Този раздел на доклада приблизително оценява плащанията със собствени средства и причиненото от здравната система обедняване от българското проучване на бюджета на домакинствата.

#### Каре 2: Използване на проучването на бюджета на домакинствата за оценяване на финансова защита: силни и слаби страни

България провежда всяка година социологически проучвания на бюджета по данни от домакинствата колко изразходват за потребителски стоки, както и за здравеопазване. Когато се оценява финансовото бреме на здравните вноски, при социологическите проучвания има известна необективност.

Например при относително редки събития, като достъп до здравни услуги, периодът за отмяна следва да бъде по-дълъг, което може да компрометира точността. Домакинствата също неохотно съобщават за неформални плащания. Социологическите проучвания, особено ако не е уточнен подробно здравният модул, обикновено подценяват частни плащания и не съобщават всички неформални плащания.

Проучването на бюджета е уникален източник за разбирането на равнището и естеството на здравните плащания, и прави връзка с характеристиките на домакинствата. Проучването на НСИ се провежда всяка година. В контекста на този доклад екипът си осигури достъп до данните за 2010 и 2013 г. (за 2007 г. данните бяха вече достъпни) и резултатите от анализа са представени в този раздел. Едно ограничение на проучването е, че макар данни за разходите през 2007 г. да са били налични на индивидуално равнище, при по-новите данни това не е така, следователно вариациите в изразходването на средства не може да се корелира с индивидуални характеристики като възраст, здравен статус или осигурително покритие.

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

14. Плащанията със собствени средства са обща мярка за оценяване степента на финансова защита. В България делът от бюджета на домакинствата, изразходван за здравеопазване, е относително висок –5,3 процента през 2013 г. в сравнение с около 3 процента средно в Западна Европа (Smith, Nguyen 2013). Както може да се очаква предвид тенденциите при плащанията със собствени средства, доловени в обсъжданите по-рано данни в НЗС, този дял също постоянно нараства<sup>66</sup> от 3 процента през 1999 г.

<sup>66</sup> <http://www.nsi.bg/en/content/5703/annual-data>

15. Разходите за лекарства представляват най-големия дял от плащанията със собствени средства – във всички квинтили на приходите, 74 процента през 2013 г. (Таблица 17). Това отразява констатациите на ННА за частните разходи за здравеопазване и е вероятно резултат от несъвпадението между целите на фармацевтичната политика на НЗОК – ограничаването на финансовото откриване на НЗОК – и по-широкия принцип на предоставяне на финансова защита и достъп до жизнено важни лекарства (вж. Глава). Множествен регресионен анализ на социологичното проучване на бюджета на домакинствата подсказва, че покриваните със собствени средства разходите са различни за различните домакинства. Когато демографските данни на домакинствата и характеристиките на главата на домакинството се запазят постоянни, един допълнителен възрастен човек над 65 години в дадено домакинство се свързва с 34 процента повече плащания със собствени средства, докато всяко дете под 14 години се свързва с 4 процента повече.

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

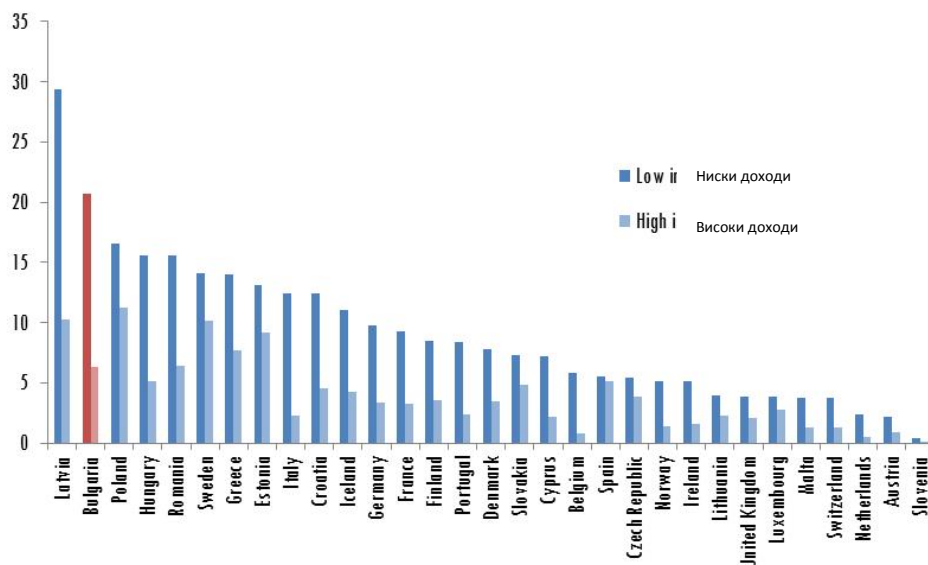
Таблица 17: Разпределение на плащанията със собствени средства по вид медицинска помощ и по квинтил на приходите (2013 г.)

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

16. Равнището на плащания със собствени средства се увеличава с приходите (вж. Таблица 17). Регресионно коригиране за други характеристики показва, че домакинствата под прага на бедността изразходват 51 процента по-малко под формата на плащания със собствени средства, отколкото онези над този праг. Част от разликата се обяснява с избора на домакинството: например по-богатите домакинствата могат по-лесно да изберат да платят за частни услуги, ако искат да избегнат продължително чакане. Същевременно домакинствата с по-ниски приходи вероятно ще се фокусират върху медицинска помощ, която им е по-необходима и може дори да се наложи да се откажат от помощ (което обяснява и по-ниските плащания със собствени средства). Предвид обстоятелството, че по-бедните домакинства обикновено са с по-лошо здраве, това може да подсказва и известен отказ от медицински грижи (Atanasova et al. 2013). Наистина България е единствено след Латвия по отношение на самоотчитане на неизпълнени потребности сред най-ниския квинтил на приходите според данни на ЕС-SILC от 2012 г. (Фиг. 48)



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



Източник: EC-SILC данни, 2012 г.

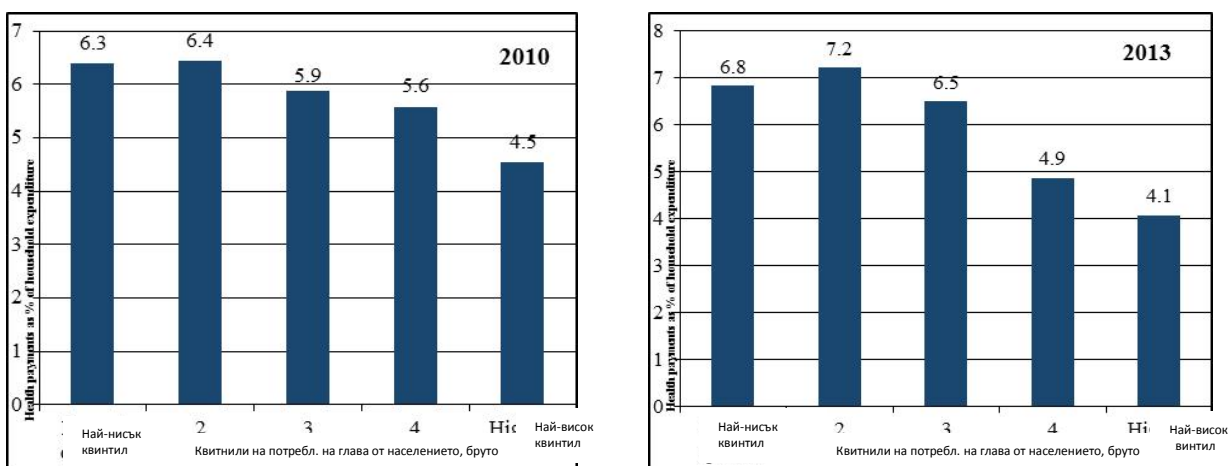
### 3.3.2.1. Обедняване

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



**Фиг. 49: Дял на здравните плащания по квинтили**

На ординатата: Здравни плащания като процента от разходите на домакинствата



Източник: Изчисления на авторите с използване на проучвания на бюджета на домакинствата, 2010 и 2013 г.

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

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

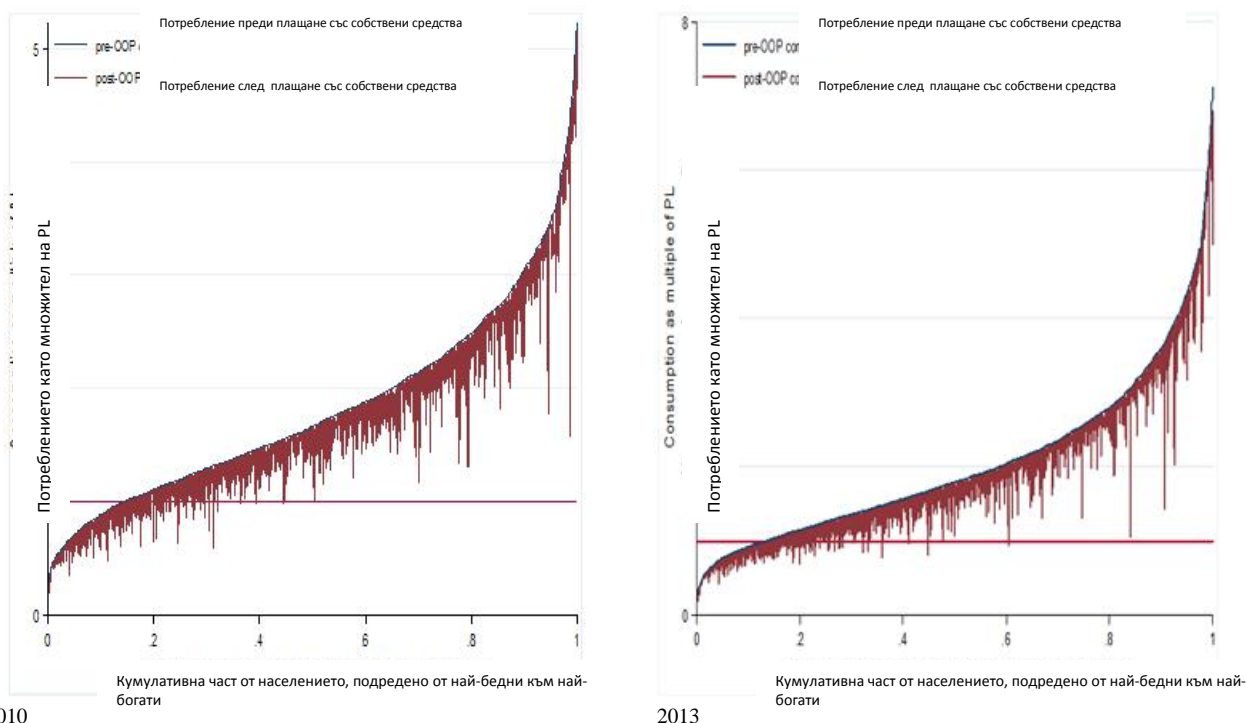
	2010					2013				
	5%	10%	15%	25%	40%	5%	10%	15%	25%	40%
Най-нисък квинтил	38,8	24,3	15,5	3,5	1,0	47,6	27,5	13,7	3,2	0,2
2	43,6	25,2	12,1	2,5	0,4	49,5	27,7	14,2	3,3	0,1
3	39,8	20,8	9,6	1,8	0,1	45,6	21,1	10,7	2,9	0,7
4	36,4	17,7	7,5	2,1	0,5	32,4	13,7	5,7	1,8	0,2
Най-висок квинтил	29,9	10,6	5,1	1,8	0,3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

Източник: Изчисления на авторите с използване на проучвания върху бюджета на домакинствата, 2010 и 2013 г.

19. Прекалено високи разходи в домакинствата за здравни плащания могат да тласнат някои домакинства към бедност. Ако едно домакинство има общи потребителски разходи (преди ПСС) над националната линия на бедността, но общите му немедицински разходи (след ПСС) са под линията на бедността, може да се смята, че е претърпяло обедняване порази плащане със

собствени средства за здравеопазване. **Error! Reference source not found.50** показва домакинствата, подредени по потребителски разходи на глава от населението (по оста *x*) и разходи за здравеопазване (по оста *y*). Пиковите стойности показват разликата между разходите на домакинството преди и след здравните разходи и как някои домакинства са тласнати към бедност. Фигурата описва относително слабата защита срещу финансов риск, която се влошава във времето – през 2013 г. дори някои домакинства в най-богатия квинтил паднаха под прага на бедността след изразходване на средства за здравеопазване.

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



2010

2013

Източник: Изчисления на авторите с използване на проучвания върху бюджета на домакинствата, 2010 и 2013 г.

20. През 2010 г. 14,2 процента от населението са имали разходи под официалния праг на бедност. Когато се вземат предвид плащанията за медицинска помощ, засегнатите се увеличават до 18,0 процента (Таблица 19). Това означава, че 3,8 процента от населението, които преди това не са падали под прага на бедността, падат под този праг, когато се отчетат здравните плащания (онези, чиито спайкове на графиката падат под чертата във Фиг. 50). През 2013 г. това число се повиши до 4,2 процента – високо равнище за икономическото състояние на България, второто най-високо равнище между съседите си в региона. Само 1,3 процента са паднали под прага на бедността по тези причини в Киргизката Република и само 0,5 процента в Латвия.

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

	Бруто здравни плащания	Нето здравни плащания	Промяна
България (2010 г.)	14,2	18,0	3,8
България (2013 г.)	13,1	17,3	4,2
Босна и Херцеговина	7,4	8,7	1,3
Грузия	46,6	51,2	4,6

Казахстан	9,7	12,4	2,7
Киргизката Република	43,0	44,3	1,3
Латвия	7,2	7,7	0,5
Руската федерация	24,8	26,8	2,0
Турция	12,3	15,7	3,3

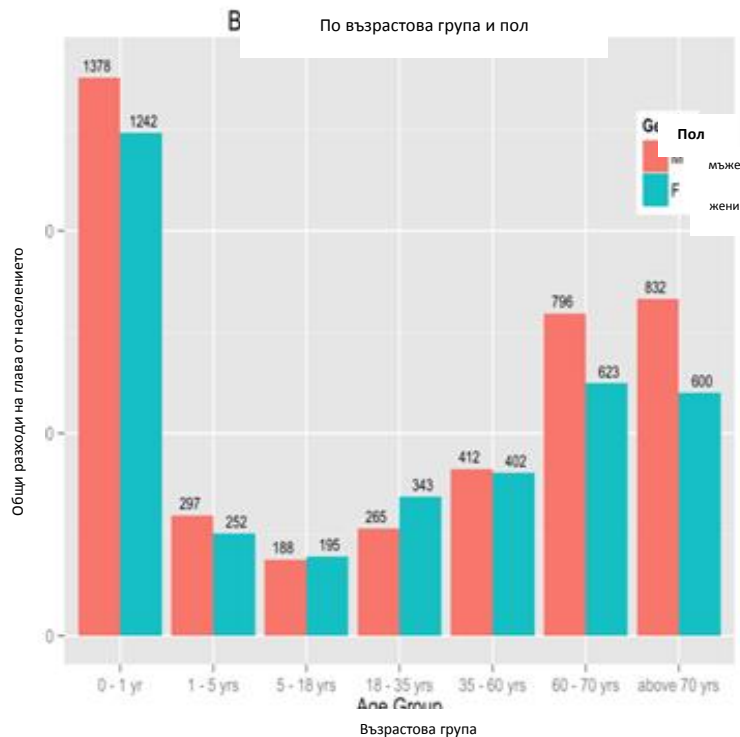
Източници: Изчисления на авторите с използване на проучвания върху бюджета на домакинствата, 2010 и 2013 г. и ECA Health Equity and Financial Risk Protection Datasheet

21. Изглежда, че системата на здравеопазването в България не предлага голяма финансова защита. Плащанията със собствени средства са много високи по международните стандартни, както и частта от здравните разходи в домакинствата за приходите в България. Тази липса на финансова защита тласка голям брой домакинства под прага на бедността – главно онези, които са близо до официалния праг на бедност, но дори и някои, които иначе биха били възприемани като заможни.

### 3.2.3. Равнопоставеност и преразпределение

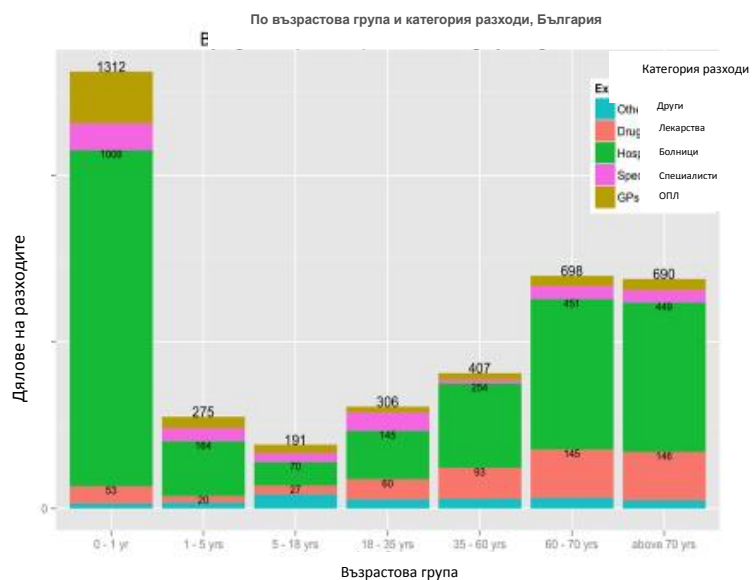
22. Освен да се гарантира, че домакинствата няма да търпят финансови трудности поради разходи за здравеопазване, една равнопоставена система за финансиране на здравеопазването следва също да се ръководи от принципа, че ресурсите се разпределят според нуждите, а не според платежоспособността. За да се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

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



Източник: Изчисления на авторите на основата на данни от НЗОК.

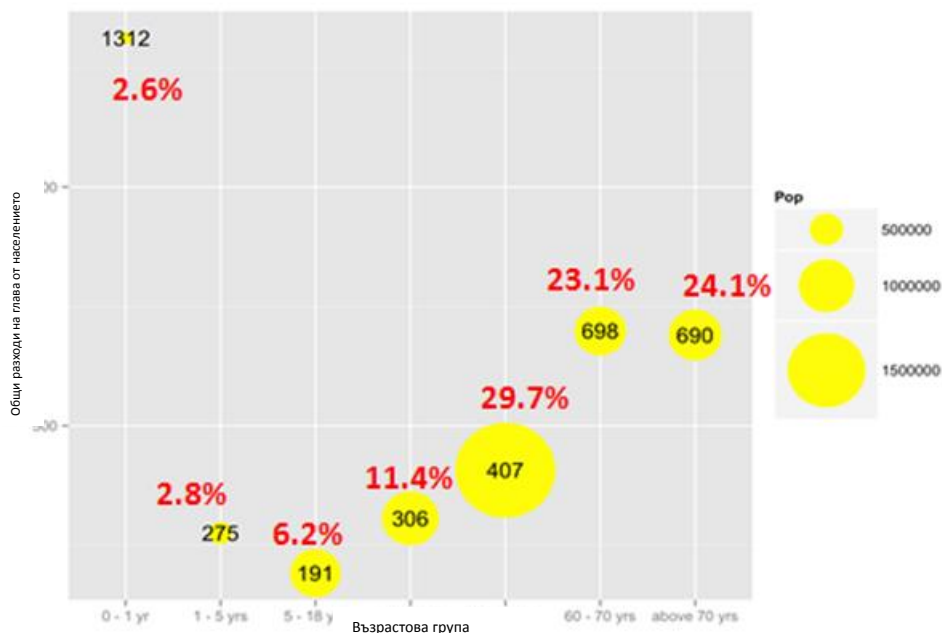
Фиг. 52: Разходи на глава от населението по възраст, разбита по категория на грижите



Източник: Изчисления на авторите на основата на данни от НЗОК.

13. Фигура 53 показва как текат разходите на НЗОК към различните възрастови групи. Кърмачетата са с най-висок дял в общите разходи на глава от населението (средно 1312 лв.), но са малка част от населението и са причина за по-малко от 3 процента от общо изразходваните средства. Възрастните, от друга страна, са причина за близо половината от всички изразходвани средства, макар да нямат доминиращ дял в населението.

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



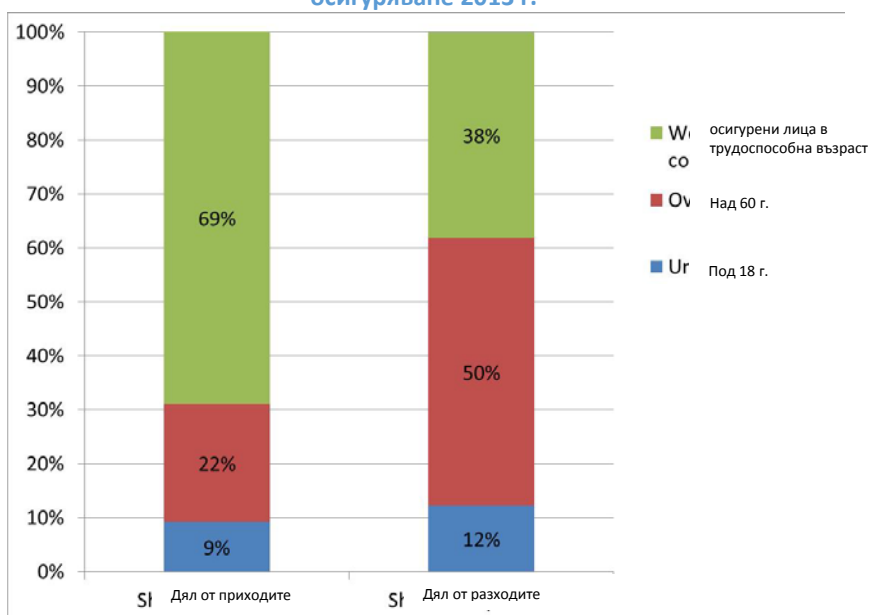
Източник: Изчисления на авторите на основата на данни от НЗОК.

14. Тези данни дават възможност да се оцени приблизително преразпределението между поколенията. Законът определя колко да се плаща от бюджета на правителството за децата и пенсионерите; има и данни за вноски от осигурени лица в трудоспособна възраст (вж. Глава 2). При редица хипотези<sup>67</sup> е възможно да се сравнят дяловете на тези възрастови групи в приходите и разходите на НЗОК.
15. Вноските по ведомост от работещото население допринасят за финансиране на осигурителното покритие на децата до известна степен, но повече за по-възрастните поколения (Фиг. 54). Държавните вноски за възрастните са на основата на техните (доста ниски) пенсии, но разходите им са високи и те представляват голям дял от населението. Нашите изчисления са, че за всеки 100 лева, платени с вноски по ведомост, 45 лв. помагат за покриване на стойността на грижите за децата и възрастните.<sup>68</sup> Държавата прави вноски от името на децата и възрастните, които са по-ниски от изразходваното от нея за тези групи, а вноските на населението попълват недостигащото.

<sup>67</sup> Основната хипотеза е, че преобладаващото мнозинство от плащащите осигуровки са на възраст над 18 г. и под 60 г. (възрастта за пенсиониране е 60 г. за жените и 63 г. за мъжете). Други предположения са, че правителството прави вноски за някои категории неплащащи вноски пълнолетни лица.

<sup>68</sup> Разбира се, страните могат да избират – и го правят – множество различни начини да финансират субсидии от сравнително здравото население в трудоспособна възраст към по-младите и по-старите поколения. В Естония например осигуряването се финансира изцяло от вноските и държавата не плаща за децата или пенсионерите.

Фиг. 54: Приблизителна оценка на преразпределението през поколенията с помощта на Закона за здравното осигуряване 2013 г.



Източник: Изчисления на авторите на основата на данни от НЗОК.

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

### 3.3. Покупателна ефикасност за услуги

17. Всеки доставчик, който предоставя (здравна) услуга, заслужава заплащане. Използването на термина „покупателна“ за нещо, което може да е просто финансов превод, подчертава, че обхватът на договора между платеща и доставчика на здравни услуги може да се разшири извън тези рамки. Това е особено вярно за случаи, когато купувач закупи услуги от името на населението, както прави НЗОК. Купувачът има – или трябва да има – право да търси икономическа целесъобразност в системата, да осигури услугите да са с добро качество, предоставени при правилните обстоятелства и ефикасно. С други думи купувачът е в състояние да влияе върху конфигурацията, както и върху произтичащата от нея техническа и разпределителна ефикасност на предоставянето на услуги и отзивчивостта на системата към потребителите.
18. Методите за плащане и договориране по този начин предоставят ключовите лостове в политиката, които купувачите на услуги могат да използват, за да помогнат за постигането на редица макро-цели, като напр. общото ограничаване на нарастването на разходите, и микро-цели, включително ефективен достъп и ефикасно предоставяне на услуги на равнище здравно заведение. На основата на проучване на ОИСП Таблица 20 дава широка категоризация на политиките и вероятните им въздействия и компромиси, свързани със системата на здравеопазването.

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

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

Източник: адаптирано от ОИСП 2010а.

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

- ✓ Няма „правилен“ метод.
- ✓ Покупателните системи следва да се приспособяват към институционалната действителност на всяка система на здравеопазването, която обхваща както търсене, така и предлагане.
- ✓ Системите за плащане, в които има или един единствен платец, или един единствен набор правила, които влияят върху цялата система, имат най-голямо въздействие върху поведението на доставчиците.
- ✓ Определящите политиката следва да бъдат загрижени за ефектите на различни правителствени равнища, видове доставчици, различни платци (т.е. държавни, частни здравно осигуряване, плащания със собствени средства) и за общите здравни разходи.

- ✓ Тъй като всички методи на плащане имат диференциращи положителни и отрицателни въздействия върху разходите, достъпа и качеството, често е необходимо да се прилагат много и различни методи на плащане, за да се подчертаят положителните, да се компенсират и проследяват отрицателните въздействия – ИСУЗ са от критично значение.
20. Оценяването на покупателната ефикасност е трудно.<sup>69</sup> И въпреки това в Глава 1 се подчертава, че предвид изразходваните средства за здравеопазване общите резултати в здравеопазването на България не се подобряват с възможната за тях скорост, което подсказва неефикасност като проблем. Пак там се привеждат и доказателства, че схемите за здравни грижи са изкривени по посока на болничната помощ в ущърб на амбулаторната първична и специализирана помощ. Предвид бремето на заболяемостта дори само това подсказва, че има значителна неефикасност на разпределението в системата.
21. В останалата част от тази глава се обсъжда дали и доколко методите на НЗОК за договориране и закупуване могат да спомогнат за по-добра ефикасност на предоставянето на услуги. Вниманието се съсредоточава върху стимулите, присъщи на политиките за плащане и договориране на НЗОК, тъй като тя е единственият най-голям купувач от услуги. НЗОК с единните си правила влияе върху около 40 процента от всички здравни разходи, което има важен ефект върху поведението на доставчиците и върху равнищата на изразходване на средства. Единственият най-голям източник на плащане в системата обаче са плащанията със собствени средства, а индивидуалните пациенти поемат цените на неограничената система такса за услуга. Отношенията доставчик–пациент се характеризират със силна асиметрия на информацията (Arrow 1963), която доставчикът може да управлява, особено там, където подробности за това какво се осигурява или не се осигурява от НЗОК вероятно не са известни на пациентите. Тези плащания най-вероятно водят до слаба равнопоставеност и ниска ефикасност, но понякога по-добър достъп и качество в зависимост, разбира се, от равнищата на плащане.
22. От гледна точка на високото равнище НЗОК е възприела много световно приети добри практики – капитация за ОПЛ, плащания на болниците за всеки отделен случай, бюджет и тавани на разходите, санкции за направления и пр. Ключовият въпрос обаче е дали начинът, по който се прилагат тези мерки, засилва техните положителни стимули и отслабва отрицателните (Фигура 55).

---

<sup>69</sup> Проблемите включват дефинициите, измерването, наличността на данни, взаимодействия между методите на плащане, политиките на НЗОК относно например дефинирането на ОПД, поделянето на разходите, направленията и взаимодействията са сред множеството фактори на търсенето и предлагането.



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



Източник: Авторите.

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

23. Много страни имат смесена система за възнаграждение на ОПЛ, предимно коригирана според риска капитация, свързваща доставчика и пациентите (с възможност да се сменят доставчиците на определени интервали), в съчетание с някои допълнителни плащания, за да се стимулират желани поведения на доставчиците. На теория капитацията, която прави доставчика отговорен за здравето на пациента, насърчава ефикасността, контрола върху разходите и профилактичната помощ. В България към капитацията има и такси за профилактични услуги и за хронични (диспансерни) пациенти (вж. раздели ...). Те допълват приходите на доставчика и насърчават предоставянето на тези услуги. И накрая, механизмът за контрол на бюджета на ОПЛ ги прави отговорни и ги излага на риск за диагностичните изследвания и направленията към специалисти, които те издават, като по този начин се постига по-нататъшно засилване на контрола върху разходите. На амбулаторните специалисти се заплаща на основа такса за услуга и се управляват и бюджетите за направления и изследвания.
24. Какъв вид стимули генерира сложната система на възнаграждения в България? Първо, от гледна точка на макро-равнище, тя слага таван на публично изразходваните средства за първична и амбулаторна помощ (но не за направления за болница) – което е добре. На микро-равнище обаче анализът насочва към проблеми. В механизма за контролиране на бюджета за направления има ограничения, някои от които са от по-критично значение за ОПЛ и други, които се отнасят и за ОПЛ, и за специалисти.
25. Първо, от ОПЛ се изисква да дават направления на някои видове хронични пациенти (напр. с хипертония, ХОББ) на постоянни интервали, дори когато тези пациенти биха могли да бъдат

ефективно лекувани от ОПЛ или не се нуждаят от услугата. Има и ограничения на изследванията. Например в миналото на ОПЛ не беше разрешено да искат диагностична мамография за жени с потенциални тумори и те трябваше да дават направления на пациентите за специалист, който да изпрати жената за мамограма. По този начин се насочва целево голям дял от бюджета за направления, а ОПЛ са ограничени в начина, по който могат да ги използват. Тъй като хроничните пациенти представляват голям дял от населението, вероятно може да се постигнат спестявания, ако тези пациенти се управляват и лекуват от техните ОПЛ. Сегашният НРД не само ненужно ограничава това, което могат да правят ОПЛ, но и изисква може би ненужни направления към специалисти и болници. Интервюирани в процеса на работата ОПЛ смятат, че сегашните правила им пречат да осигуряват по-съществена помощ на пациенти на равнище първична помощ и че правилата трябва да се променят.

26. На второ място, макар таваните за направления за специалист и за изследвания да са много стриктни и лекарите да са глобявани за всяко направление извън лимита, не ги награждават за постигане на каквито и да е спестявания в бюджета им за направления. В допълнение, както се вижда от някои обсъждания, ако някои лекари наистина получават неформални плащания от специалистите, на които пращат пациенти, те всъщност могат да бъдат стимулирани да използват целия си бюджет за направления за определен период, без да го надвишават (т.е. таванът става праг).
27. Трети проблем е, че ОПЛ и специалистите не са отговорни за ненужното изпращане на пациенти да получават болнична помощ, което може да се използва за прилагането на стриктните лимити за обеми извънболнична помощ.
28. Оказва се, че има много потенциални допълнителни стимули за даване на направления за болници:
  - ✓ Някои услуги, които технически могат да бъдат предоставени на амбулаторна основа, се предоставят само в болници и направлението може да е единственият начин за достъп до тях;
  - ✓ Дори когато даден пациент може да се лекува в амбулаторна обстановка или от ОПЛ, или от специалист, или от извънболничен диагностичен център, за услуги като компютъртомографски изследвания или ЯМР, времето за изчакване и необходимите процедури за получаване на разрешения за извършване на тези изследвания са такива, че едно направление за болница може да стане по-ефективен начин да се осигури достъп на пациента до услугата.
  - ✓ Приемането на пациент в болницата и включването му в КП може да повиши твърде много общото плащане за услугата в болнична обстановка. Освен това интервюираните специалисти твърдят, че равнищата на заплащането за някои услуги, които те технически могат да предоставят, са твърде ниски за необходимите инвестиции и поддръжка на необходимата техника в амбулаторна обстановка.
  - ✓ И накрая специалистите, които работят и в амбулаторна обстановка, и в болнична обстановка, могат да имат допълнителни стимули за изпращане с направление към болници, тъй като техните договори в болници съдържат някои награди за обема лекувани от тях пациенти. Макар специалистите да не приемат пациенти в конкретни болници, твърде вероятно е пациентите да се явят в болницата, с която е свързан техният специалист. Специалистът след това може да се възползва от заплащане за услугата си от НЗОК и да получава заплащане-стимул от болницата за доведен пациент.
29. Докладът на Sanigest от 2008 г. представя подробности за други фактори, които допринасят за повечето направления, включително липсата на доверие сред населението в по-ниските равнища

на помощ и ниската способност на повечето лекари в първичната помощ да решават проблеми. От критично значение е, че в системите за първична и амбулаторна помощ липсва надеждна рамка за осигуряване на качеството, което може да се използва за измерване и награда за качеството на медицинската помощ и за ефикасността на услугите. Повечето от правилата около направленията изглеждат да са предназначени за ограничаване на разходите. Няма доказателства и определено няма прозрачен механизъм за изграждане на консенсус и за доказване, че те отразяват модерната практика, основаваща се на доказателства.

### 3.3.2. Болници

30. В България има много повече болнични легла на глава от населението в сравнение със страни с подобни приходи и здравни разходи, и със средните стойности за ЕС-12 и ЕС-15, което се дължи отчасти на липсата на здрави механизми за планиране: има минимални изисквания, за да се реши дали да се открие дадена болница, но липсва система, за да се реши дали е необходима друга болница в конкретно място. Прилагането на генерален план за болниците, разработен през 2008 г. за реструктуриране на предоставянето на услуги, все още е обект на дебати (Credes 2009).
31. Системите на НЗОК за договориране и заплащане за изострят проблемите.
32. Първо, работещите при амбулаторни условия доставчици имат стимули да дават направления на пациенти за болници. Аналогично болниците имат силни стимули да приемат пациенти; тези фактори увеличават обема на приетите пациенти. Това е един от най-мощните стимули, свързани с плащанията за всеки отделен случай – независимо от използвания инструмент (т.е. използваните в България КП или ДСГ, които се използват на много места по света). Тъй като този стимул е толкова често срещан, страните, които използват финансиране за всеки отделен случай, следят процеса много внимателно и го регулират, за да се сведат до минимум ненужните хоспитализации. Например в някои страни се използват тавани за обемите или бюджетни ограничения, за да има строга отчетност за приемите в болниците. В България болниците по принцип имат ограничения за обемите, които би следвало да ограничават броя на лекуваните от тях лица. На практика обаче, когато се изразходват полагаемите им се бюджети, болниците продължават да оказват услуги и молят НЗОК за допълнително финансиране. Често успяват, макар понякога със закъснение. В крайна сметка тези разходи се отразяват в бюджета на НЗОК или чрез повторни преговори през фискалната година, или чрез частично поемане на тези разходи в бюджета за следващата година. С други думи макро-натискът за ограничаване на нарастването на болничната помощ изглежда по-малко ефективен, отколкото натискът да се ограничават други видове помощ в България.
33. Второ, НЗОК не разполага с юридически основания да откаже да сключи договор с всички болници, одобрени от МЗ и така не може да получи добре документираните ползи от селективното договориране. Това е критично, защото при продължаващото увеличаване на броя болници и легла в страната случаите трябва да се разделят между растящ брой лечебни заведения, което създава дори по-силни стимули в лечебните заведения да се произвежда повече и ограничават ползите за отделните болници от икономията на мащаба.
34. Трето, НЗОК явно не използва официални критерии за приемане в болница или какъвто и да е процес за предварително одобрение, подобен на практиката на частните здравни осигурители за ограничаване на ненужните хоспитализации. Липсата на такива механизми води до приемане на всякакви пациенти, независимо дали състоянието им е спешно или не. Пациентите могат и да се самонасочат към спешно отделение в болница. В някои клинични пътеки се съдържа текст, който би могъл да се тълкува като критерии за хоспитализация, но те явно не се спазват и няма

механизми за проверка, чрез които да се наложи спазването им. Ако се засили формулировката в текста, КП биха могли да намалят някои ненужни хоспитализации и да се създадат стимули за пациентите да търсят медицинска помощ другаде – напр. в амбулаторни условия или при ОПЛ. Друг проблем е, че в много случаи приемането в болница води до много по-ниска степен на покриване на разходи със собствени средства и се налага много по-малко чакане за изследвания и процедури, извършвани в болнични, а не в амбулаторни условия, което отново създава стимули за приемане в болница.

35. И накрая, инструментът на КП, използва за финансирането на болничната помощ, може самият да създаде неефективности в системата на здравеопазването, да генерира стимули за болниците да приемат пациенти или да ги насърчава да предлагат широка гама ненужни услуги (вж. също Sanigest Solutions 2008; Credes 2009).

Каре: За и против КП
----------------------

36. Първоначално КП са били разработени като насоки за клиничната практика и като такива те продължават да са полезен инструмент. Те предоставят общо разбиране за пътя на клиничното лечение на даден пациент и за обхвата уместни клинични грижи. Те включват и информацията относно минималния персонал, оборудване и други необходими условия, които болниците следва да притежават, за да предоставят услугите безопасно и правилно. Тези изисквания могат да бъдат полезни за гарантиране на безопасността на пациентите и качеството на работата, особено при липса на други насоки или разпоредби, като условия за участие или задължителна акредитация на болничните заведения. Могат да се направят по-системни усилия в България, за да се гарантира прозрачното актуализиране на тези условия в съответствие с най-добрите международни практики и да се цели осигуряването на висококачествена помощ. Използването на насоки за клиничната практика или по-общо инструменти и критерии за осигуряване на качеството като част от процеса на договарянето е в съответствие с най-добрите практики.
37. КП обаче не са били предназначени като основа за финансиране на болнични заведения. Когато започнаха да изпълняват тази функция, клиничният инструмент е бил приспособен за целите на финансирането, но не по изчерпателен или систематичен начин. Когато бяха приети КП през 2003 г., броят им е бил приблизително 50 и съществува съгласие между повечето български експерти, че те са били правилно остойностени, до голяма степен клинично и ресурсно хомогенни, и следователно са представлявали разумна основа за изоставяне на практиката на финансиране на болниците на основа на входните параметри. В последствие са били въведени много промени, които са създали нови категории или са разделили групи (често с цел да се създадат по-скъпоструващи КП); добавени са били ограничаващи изисквания за входните данни; процесът на договаряне е бил сведен до преговори за цените на отделни КП, а не като дейност, основана на данните за разходите на болниците.
38. Днес КП не организират стационарните болнични услуги в клинично и ресурсно хомогенни групи, което води до недостатъчно или до свръхзаплащане на услуги. Например има само едно равнище за заплащане на КП за нормално раждане и за раждане с кесарево сечение – независимо от големите разлики в себестойността. За разлика от това повечето инструменти за финансиране на болници на основата на конкретни случаи, като напр. ДСГ, се стремят да отделят подобни услуги, за да се плаща различна цена, която да отчита различните разходи. По този начин болниците в България могат да получават едно и също заплащане за повече или по-малко сложни услуги – определено не най-равнопоставеният начин за разпределяне на ограничените ресурси.

39. Алгоритмите на КП изискват наличието на определени равнища входни данни, за да се заплати КП (брой или вид персонал, конкретни видове оборудване, определени видове лабораторни изследвания и пр.) и това може също да бъде проблематично на редица равнища. Първо, съществува загриженост, че могат да се въвеждат изменения в КП, за да се облагодетелства дадена специалност или дори дадено лечебно заведение. И наистина, ако една КП се актуализира, за да се включи задължителното използване на конкретна технология за нея, само заведенията, които разполагат със съответната технология, ще могат да договорят тази КП. До степента, до която тези изисквания са важни за осигуряване на високо качество и безопасност на грижите за пациентите, те са уместни, но ако ограничават конкуренцията в някои сегменти на пазара, като дават конкурентно предимство на някои лечебни заведения – макар и временно – тогава те би следвало да бъдат ревизирани. Във всеки случай тези промени повишават риска доставчиците да влизат и излизат от условията за спазване на наредбите и стандартите за КП от една година в друга, дори ако може би не е имало същинска промяна в болничното заведение или в разпоредбите за процедурата.
40. Второ, подробно проучване на няколко КП показва, че те включват – в допълнение към изискванията за входни данни, свързани с качеството и безопасността на грижите за пациентите – ненужни контролиращи изисквания, които наподобяват по-скоро старите механизми на финансиране на основата на входни данни (при които болничните заведения са имали много слаба или никаква автономия или гъвкавост при вземането на клинични или управленски решения), като напр. при определянето на минимална продължителност на болничния престой или предоставянето на определени диагностични и лабораторни изследвания, независимо от съответните клинични показания. Това може би се дължи на факта, че КП са еволюирали и са поели повече функции от първоначално предвидените. С други думи днешните изисквания за КП до голяма степен диктуват как и каква медицинска помощ следва да се окаже на пациентите. Това е огромен потенциален източник на разхищения и общо взето подкопава видовете силни стимули за постигане на ефикасност и качество, залегнали в повечето системи за плащане на принципа за всеки конкретен случай.
41. Макар с всички системи за заплащане на доставчиците, включително КП и ДСГ, да може да се „играе“, опасностите изглеждат по-големи при КП. Тъй като болниците (и лекарите) избират КП за всеки болничен престой, а не компютърен алгоритъм, който да назначи КП на основата на необработени клинични и административни данни, рискът и въздействието на „хазарта“ може да бъде по-тежък и по-трудно откриваем в сравнение с други системи за финансиране, основаващи се на резултатите. Лекарите знаят точно какви изисквания следва да бъдат изпълнени за максимално заплащане на КП и те имат стимули да използват по-сложни КП. Някои лекари дори признават в частен разговор, че системата за финансиране на основата на КП създава стимули за манипулиране на клиничните данни, за да се изпълнят изискванията на съответната КП (напр. промяна на лабораторни стойности, записване на специфични диагнози и процедури). Те отчитат също, че обикновено се записва само диагнозата на пациента и процедурната информация, необходима за изпълнение на изискването на КП, а не пълната картина на здравното състояние или здравния статус на пациента. Следователно и до известна степен парадоксално предвид произхода на КП, клиничните пътеки – понеже се използват за целите на финансирането – могат да накърнят почтеността на медицинската документация, а потенциално и качеството на грижите.
42. Всичко това довежда до изкривяване на механизма на финансиране. Не е направено комплексно усилие през последните години да се осигури цените на КП да отразяват ефикасно разходите на ресурси или насоките или протоколите на най-добрите клинични практики. Не е ясно също дали КП са сравнявани с други инструменти, описващи пътеки за медицински грижи. КП като инструмент

остават вероятно най-подходящи за описание на клиничните пътеки и биха могли да бъдат ревизирани, за да правят точно това. Един различен инструмент, който е специално разработен, за да служи като основа за система на финансиране на стационарните грижи, като напр. ДСГ, е може би по-подходящ за финансирането на болничните заведения.

Източник: Авторите.

43. От концептуална гледна точка България е преминала от базирани на входни параметри към базирани на изходни параметри методи на финансиране и сега използва широко приетата „добра практика“ на методите за международни плащания при различни обстоятелства на предоставяне на грижи. Въпреки това проблемите остават. Ненужните клинични разпоредби и административните правила и изисквания (несвързани с качеството и безопасността на грижите за пациента), заложи в КП, в договарянето на цените на КП, както и неналагането на тавани за изразходването на средства, изглежда създават изкривявания и неефективности в системата на здравеопазването. Така системата на здравеопазването не успява да предложи нормално очакваните ползи при използването на истинска система на финансиране, основана на резултатите за всеки конкретен случай.

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

44. В известен смисъл спешните медицински услуги в България се „закупуват“ от МЗ. Методът на заплащането на ЦСМП/ФЦСМП представлява съчетание от фиксиран глобален бюджет (на основата на броя на персонала) и бюджет на основата на резултатите, който е стъпил върху действителния обем на услугите през предшестващата година. Това изглежда разумно, но може да се окаже проблем, че делът на фиксирания бюджет е твърде висок (78–84 процента от бюджета за системата на ЦСМП/ФЦСМП е предвиден за заплати), което в действителност ограничава финансирането за оперативните разходи или за подмяна на оборудване и автомобили, и ощетява доставчиците с висок обем услуги. Съществуват данни, че делът на общия бюджет, предвиден за фиксирания разход, е много висок в сравнение с други страни.
45. Друг проблем е неравното разпределение на персонала в различните центрове, което не се прави на основата на населението или характеристиките на терена. Макар че има стандарти за разпределение на екипите на основата на обективни критерии като население, гъстота на населението и района, те не се спазват (поне при сегашните условия) и щатните бройки се определят по-скоро на исторически принцип, а често и на лобистки принцип (МЗ 2014, с. 7). Тъй като заплатите на персонала са важна движеща сила за разходите, бюджетът за СМП също не е справедливо разпределен.
46. Като неразделна част от системата на здравеопазването, системата на спешната помощ може да бъде засегната от – и може да засегне – закупуването на други услуги. Хипотетично може да се твърди, че като обикновено не предоставят 24-часова помощ, ОПЛ в действителност обременяват допълнително системата на спешната помощ. Както и в много други страни доставчиците на спешна помощ може да са първостепенен източник на медицинска помощ за неосигуреното население: поради липса на здравно осигуряване неосигурените лица обикновено чакат докато състоянието им се влоши силно и изисква спешна помощ, или отиват направо в спешната помощ, дори ако състоянието им не изисква такива скъпи услуги, знаейки, че никое медицинско заведение не може да отпраща пациенти. За спешните отделения в болниците, тъй като заплащането от МЗ за всеки пациент е доста ниско, те биха били стимулирани да приемат спешния пациент, за да покрие НЗОК разходите. (Стимулът за прием в болници обаче е обратен, ако пациентът е

неосигурен.) Ще бъде необходимо обаче да се получат данни от спешните отделения, от приемните отделения в болниците и от НЗОК, за да се установи дали тези хипотези са валидни.

47. И все пак има данни, че сумата, предвидена за финансиране на спешни пациенти, е недостатъчна да покрие разходите на тези пациенти, с една непряка субсидия от 25 милиона лева или повече от страна на болниците към МЗ за неприети пациенти от спешните отделения. Има и потенциални субсидии от НЗОК за спешна помощ, оказана в болниците на пациенти, които след това са хоспитализирани. Тези проблеми следва да се решат, ако ще се разработва самостоятелен „спешен пакет здравни услуги“, както е посочено в Концепцията „Цели за здраве 2020 г.“ (МЗ 2015а), заедно с необходимото финансиране, за да се предложи такъв пакет (вж. Глава 9 в Част II).

## 3.4. Покупателна ефикасност за лекарства

### 3.4.1. Обзор

48. Една добре функционираща рамка на фармацевтичната политика и нейните основни компоненти трябва да се ръководя от върховна национална лекарствена политика, която в допълнение към задаването на целите и задачите на политиката, както и задълженията и отговорностите на заинтересованите лица, предоставя като минимум:
- рамка за осигуряване на достъп до лекарства, които са безопасни, ефективни и с адекватно качество;
  - добре управлявани процеси за вземане на решения относно рационалния подбор на формули, заедно с механизми за използване на покупателната способност за осигуряване на икономическа целесъобразност;
  - механизми за осигуряване на платим равнопоставен достъп до необходимите лекарства; и
  - стратегии за подкрепа на рационалната и икономически ефективна употреба.
49. Макар и малък, българският фармацевтичен пазар показва силно нарастване (Ministry of Foreign Affairs 2014) (вж. Глава 2). Лекарствата представляват не само непропорционален дял от разходите за здравеопазване (38 процента от общите разходи за здравеопазване, сравнени със средни стойности за ЕС от около 25 процента) (Rohova et al. 2013), бремето на плащанията на разходите със собствени средства също е прекалено високо, може би достигащо 81 процента от общите фармацевтични разходи. Може би най-тревно е, че разходите нарастват бързо, без очевидни подобрения в здравните резултати и за сметка на равнопоставеността на населението.
50. При липсата на интегрирана национална лекарствена политика фармацевтичният сектор се характеризира с множество високо комплексни и понякога контрапродуктивни лостове на политиката. Макар регулаторната рамка да е приведена до голяма степен в съответствие със стандартите на ЕС, механизмите за изготвяне на списъци и ценообразуване на лекарствата не осигуряват адекватна икономическа целесъобразност за НЗОК и допринасят за неефективности в здравния сектор. Фармацевтичната политика изглежда фокусирана върху ограничаването на разходите на НЗОК и предоставя малко финансова защита на пациентите.
51. За лекарствата за хронични състояния от много източници – а в няколко случая и с високи обеми – много цени се сравняват неблагоприятно например с цени в Обединеното кралство и Нова Зеландия. Сведения за намаляване на цени във веригата на предлагането сочат възможност за по-ниски цени и за заграбване обратно на някои от спестяванията, които се натрупват в аптеките.

Коригирането на подходите към изготвянето на списъци, ценообразуването и доставката на лекарства от много източници и терапевтични групи за създаване на по-силна конкуренция би могло да генерира съществени спестявания. Независимо от високите равнища на НЗЗ, особено сърдечносъдовите и хроничните дихателни заболявания, заплащането на ключови лекарства със собствени средства вероятно ще попречи на достъпа до и спазването на лечението, и ще допринесе за непълното използване на лекарства, които са важни за предотвратяване или забавяне на напредването на заболяването. Спестявания от подобрени процеси на доставка биха могли да се използват, за да направят хроничните терапии достъпни, с по-ниски и по-предсказуеми вноски на пациентите.

52. За лекарства от един единствен източник – а в много случаи и с висока себестойност – практиката на задаване на цени на едро чрез външно референтно ценообразуване не дава сигурност, че те представляват разумна икономическа целесъобразност в България. В някои случаи този механизъм води до цени, които са еднакво високи, а понякога дори по-високи в абсолютни стойности, от страни с много по-високо национално материално благосъстояние (заместител на платежоспособността). Процесите на включването на лекарства в ПЛС са недостатъчно повлияни от съображения за ефективност на разходите и няма експлицитни връзки между обстоятелствата на включването във списъците и одобрените насоки на лечението. Все още няма официално одобрени фармакотерапевтични насоки, независимо от съществуването на поне три нормативни акта, уреждащи разработването, разрешителните и изпълнението на фармакотерапевтични насоки в клиничната практика в България, което вероятно допринася за използването на няколко много скъпоструващи и потенциално нерентабилни лекарства.
53. Структурата на вноските на пациентите – определени на различни равнища на съвместно осигуряване, а не като фиксирани съвместни плащания – е регресивна и създава несигурност у пациентите. Освен това много рецепти се изпълняват за продукти, които не са на референтната или сравнителната (benchmark) цена, като по този начин повишават покриваните със собствени средства разходи на пациенти, често многократно по-високи от сумата за съвместното осигуряване. проблемите се изострят от широко разпространеното недоверие към качеството и безопасността на генериците, като се предписват лекарства по търговско наименование и липсват заместители в аптеките. Резултатът е, че пациентите плащат много повече, отколкото е необходимо и няма защитни мрежи или клаузи за спиране на загубите, които да защитят лицата от катастрофални разходи, покривани със собствени средства.

### 3.4.2. Нормативна уредба

54. Присъединяването на България към ЕС и участието ѝ в Споразумението nCADREAC<sup>70</sup> улесни въвеждането на стандарти на ЕС за регламентиране на лекарства, подпомогнато от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ)<sup>71</sup>. Има обаче данни за неадекватно прилагане на някои аспекти от нормативната уредба за лекарствата, особено по отношение на отпускането на лекарства по рецепта на пациенти без рецепти. Макар това предполагаемо да намалява разходите на НЗОК (като същевременно увеличава разходите за пациенти, покривани със собствени средства), вероятно увеличава бремето на неблагоприятните събития, свързани с медикаментозното лечение и с произтичащите от това разходи, както и с моделите на

<sup>70</sup> **New Collaboration Agreement between Drug Regulatory Authorities in Central and Eastern European Countries.** Вж. [www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Regulatory\\_and\\_procedural\\_guideline/2009/10/WC500004508.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Regulatory_and_procedural_guideline/2009/10/WC500004508.pdf)

<sup>71</sup> Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина 2007. [http://en.bda.bg/images/stories/documents/legal\\_acts/ZLPHM\\_en.pdf](http://en.bda.bg/images/stories/documents/legal_acts/ZLPHM_en.pdf)



антимикробна резистентност. Обратно, има и сфери, в които нормативната уредба изглежда прекалено прескриптивна. Например Наредба № 28, която *inter alia* задава структурата, условията и моделите на поведение в аптеките, посочва реда, по който те трябва да изпълняват рецептите, които получават. Не е ясно защо е необходимо това, нито как може да се проследява спазването на разпоредбите.

### 3.4.3. Подбор на лекарства и ценообразуване

55. Механизмът на първично определяне на цени е международно (външно) референтно ценообразуване, с цени, изведени от 10 първични държави-членки на ЕС и 7 вторични (вж. Глава 2). Българската фабрична цена, зададена на равнище на заплащане от НЗОК, е *най-ниската* цена сред цитираните юрисдикции. Съществуват редица проблеми с този подход:
- Референтните цени са „официални“ цени и може да не се уловят поверителните отстъпки и намаления, договоряни от референтните държави-членки;
  - Референтните цени може да не отразяват (и може да не са били оценявани за) разумна икономическа целесъобразност в тези държави-членки;
  - Тези държави-членки могат да компенсират високите цени с тесни показания и строг контрол върху използването (предоставените данни за ценообразуването не отчитат показанията за употреба);
  - Всички референтни държави-членки имат много по-висок БВП на глава от населението от България, затова дори когато цената на едно лекарство отразява разумна икономическа целесъобразност там, това може да не се отнася за България. Най-малко лекарството ще бъде по-малко финансово достъпно в България.
56. За да се прецени включването на едно лекарство в списъка, то трябва да е с доказано осигурително покритие в поне 5 от 10-те първични референтни страни и да е подложено на оценка на клиничните и икономическите данни, като клиничните фактори получават максимум 95 точки, а фармакоикономическите фактори – максимум 40 точки. Тъй като се изискват само 60 точки за включване в ПЛС, един продукт може да бъде одобрен за списъка и без да демонстрира разумна ефективност на разходите. Процесът и критериите за оценката на икономическите данни не са представени с подробности в Наредба № 28. Освен това служителите в Съвета по ценообразуването посочиха, че нямат адекватни експертни познания в сферата на фармакоикономическата оценка на лекарства, за да предприемат стриктно оценяване на данните, представени от кандидатите. Самите фармакоикономически доклади често се изготвят от академични специалисти с ограничен експертен познания в тази сфера.
57. Оценката става по-трудна поради краткото време, предвидено в ЗЛПХМ за вземане на решение от Съвета по ценообразуване (60 дни за включване в списъка и ценообразуване на нови отпускани по рецепта лекарства, които подлежат на включване в ПЛС). Макар тази рамка на вземане на решение да изглежда благоприятна предвид практиките на други органи, които се заемат с подобни оценки, не е вероятно това да е достатъчно за стриктна оценка на клиничните и икономическите показатели на нови лекарства, особено на онези, които вероятно ще имат силно въздействие върху бюджета и за които може да са необходими нови или актуализирани насоки или протоколи за

лечението. Европейската директива за прозрачността № 89/105/ЕЕСЗ<sup>72</sup> разрешава на държавите-членки до 90 дни за решения по ценообразуването и до 180 дни за комбинирано решение за ценообразуване и изплащане.

58. За оценяването на ново лекарство за включване в ПЛС и за установяване на цена по чл. 261а от ЗЛПХМ Съветът по ценообразуване получава такса от само 1500 лв.<sup>73</sup> Това изглежда скромно за необходимото усилие и за потенциалния пазар, който има лекарство, включено в ПЛС и подлежащо на заплащане от НЗОК.
59. Макар фабричната цена на първата (и всяка следваща) генерична версия на лекарство, включено в ПЛС, може би да не надвишава 80 процента от фабричната цена на първоначалния продукт в България, генеричните цени иначе се определят чрез външно рефериране. С други думи, макар да се прилага намаление на законно установената цена в момента на първоначалното записване на генерика, няма механизъм, който да налага допълнителни намаления на цената в рамките на незащитен с патент пазар. За незащитени с патент лекарства едно по-конкурентно ценообразуване може да създаде възможност за увеличение на процентите, покривани от НЗОК, особено при лекарства за тежки и хронични състояния, за които е важно продължително спазване на лечението, за да е ефективно.
60. За всяко лекарство се определя референтна или сравнителна (benchmark) цена на равнището на заплащане от НЗОК на най-ниската себестойност за ОДД за всяко търговско наименование или представяне на това лекарство. Това терапевтично референтно ценообразуване се прилага и за молекули в рамките на същата АТС подгрупа, където продуктите се считат с подобна ефикасност и безопасност за конкретно показание (известно като клъстерно референтно ценообразуване). Съпоставителната (benchmark) цена вътре в клъстера лекарства след това се задава на равнище на заплащане от НЗОК на най-ниската себестойност/ОДД за всяко от лекарствата *вътре в клъстера*.
61. Следователно има малко стимули за конкуренция в незащитения с патент пазар. Докато фабричната цена на лекарство с много източници не е по-висока от 80 процента от цената на изобретателя и е показано, че цената не е по-висока от най-ниската цена за същото представено лекарство в която и да е от указаните референтни страни, цената може далече да надвиши съществуващата benchmark цена по себестойност/ОДД, като всяко надвишаване ще бъде покривано със собствени средства от пациента. Действителната цена често може да бъде много пъти по-висока от benchmark цената.
62. Раздел 264.2 от ЗЛПХМ задава изисквания за уведомление за доставчици на продукти, чиито цени определят benchmarks, но не е ясно дали от доставчиците се изисква да гарантират предлагане на минимална част от общия пазар. Също така не се уточнява дали и как неналичността на продукт с benchmark-цена задейства преразглеждане на benchmark цената. Следователно не е ясно какви механизми, ако има такива, съществуват, за да се осигури за продуктите с benchmark-цена да са или налични за доставка, или да бъдат създавани запаси от аптекарите.

---

<sup>72</sup> Тази Директива съдържа редица процедурни изисквания за осигуряване на прозрачност на мерките за ценообразуване и заплащане, приети от държавите-членки. Те включват конкретни времеви ограничения за решения за ценообразуване и възстановяване (90 дни за ценообразуване, 90 дни за възстановяване или 180 дни за комбинирано решение за ценообразуване и възстановяване). Директивата също изисква компетентните национални органи да представят изявление за основанията на базата на обективни и проверими критерии за всяко от техните решения и да предоставят подходящи правни средства на кандидатите. Едно предложение от 2012 г. за съкращаване на сроковете до 60/120 дни все още не е прието, но то пак ще позволи два пъти по-дълго време от сега разрешеното за вземане на решения от Съвета по ценообразуването.

<sup>73</sup> [http://www.ncpr.bg/images/News/Tariff%20on%20the%20fees\\_exerpt\\_GS.pdf](http://www.ncpr.bg/images/News/Tariff%20on%20the%20fees_exerpt_GS.pdf)

63. Независимо от това дали става дума за продукти от много източници (съдържащи един и същ INN в една и съща фармацевтична форма) или за лекарства в рамките на даден клъстер, равнището на заплащане от НЗОК се определя като *част от benchmark цената*, а не действителната цена. В резултат от това плащанията със собствени средства за лекарство, за което се предвижда например 75 процента възстановяване, може да бъдат значително по-високи от 25 процента от действителната себестойност на продукта, ако продуктът не е с benchmark-цена.
64. Освен това действителното равнище на заплащане от НЗОК се определя според възприятието за клинично значение на състоянието, но изглежда, че това се прилага непоследователно. В Приложение I на ПЛС се показва, че пълно (100 процента) заплащане от НЗОК се предвижда за лекарства за лечение на хронични заболявания, които причиняват „тежки нарушения в качеството на живота или увреждания и изискват продължително лечение“. Субсидиите за перорални средства за лечение на диабет обаче варират например между 25 процента и 100 процента (Таблица 11). В една система, в която нито лекарят, нито аптекарят имат задължение или стимул да сведат до минимум плащанията със собствени средства от пациентите, няма причина да се мисли, че пациентите имат право да определят кои от наличните лекарства са наистина с по-добра стойност.
65. Цени на подбрани лекарства в Приложения I и II са показани в [Таблица 21](#) и [Таблица 22](#), а сравнения с цени в Обединеното кралство и Нова Зеландия, представени като първите 25 лекарства (според разходите на НЗОК) в Приложение I (предимно незащитени с патент) и за първите 25 лекарства (по стойност) в Приложение II (предимно висока стойност, патентовани онкологични лекарства) с цени само в Обединеното кралство. Докато за незащитени с патент лекарства може да се очакват по-добри цени в много по-големия и по-конкурентен пазар на Обединеното кралство, същото не може да се каже за Нова Зеландия с население от само 4,4 милиона<sup>74</sup> За Приложение II бяха избрани цени от Обединеното кралство, защото там лекарствата се подлагат на стриктна оценка за икономическата им целесъобразност от Националния институт за здравеопазване и усъвършенстване на медицинската помощ (National Institute for Health and Care Excellence, NICE).

---

<sup>74</sup> Агенцията за фармацевтично управление на Нова Зеландия PHARMAC използва широко търгове за единствен доставчик на незащитени с патент продукти, а пазарът на Нова Зеландия е високо конкурентен. Спечелилият търга получава право да е единственият субсидиран доставчик на лекарството за определен срок, като по този начин се създава максимален стимул да се предложи най-добрата цена.

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

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

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

66. Таблица 21 показва, че има редица лекарства с висока единична цена и от един източник, за които българските цени може да не отразяват разумна икономическа целесъобразност. Цените на *adalimumab* и *etanercept* например са съответно с 18 процента и 13 процента по-високи, отколкото в Обединеното кралство. Освен това в Обединеното кралство тяхната оценка от NICE ограничи употребата им в рамките на Националната здравна служба само за обстоятелствата, при които лекарствата се приемат за рентабилни. Българите не само изглежда да плащат по-високи цени за тези лекарства, но и те са сред онези, при които се наблюдава най-бързо нарастване на разходите (Error! Reference source not found. 22) и степента на каквито и да е ограничения на употребата не е ясна. Аналогично, докато цените на инсулиновите аналози като *insulin glargine* са сравними с цените в Обединеното кралство (независимо от много съществена разлика в БВП на глава от

населението и следователно и в платежоспособността), използването на тези продукти в Обединеното кралство е до голяма степен ограничено до пациенти с диабет тип I, тъй като не се преценяват като икономически изгодни при повечето пациенти с диабет тип II.

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

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

Източник на данните: НЗОК.

Забележка: Числа за 2014 г. са изчислени пропорционално от данните за януари–юли 2014 г.

67. Аналогично в Приложение II има редица лекарства, чиито цени са подобни, а в някои случаи дори по-високи от цените в Обединеното кралство (**Error! Reference source not found.**23). Предвид факта, че Обединеното кралство има БВП на глава от населението, коригиран за ППС, който е повече от два пъти по-висок от този на България, ясно е, че много от тези лекарства е невероятно

да са икономически изгодни в България. Много от тях са и сред лекарствата, които допринасят най-значимо за бързото нарастване на разходите (Таблица 24).

68. Освен това много от лекарствата в списъка в Таблица 23 и Таблица 24 подлежат на много строги ограничения в употребата им в Обединеното кралство, или не са одобрени за употреба в Националната здравна служба. Например NICE не препоръчва *bevacizumab* за употреба при никои от солидните тумори, *sunitinib* се препоръчва само за лечение от първа линия, докато *sorafenib* не е препоръчан за лечение нито за първа линия, нито за втора линия при бъбречноклетъчен карцином. Използването на много от другите изброени тук лекарства е много силно ограничено в Обединеното кралство, за да се осигури икономически изгодна употреба.
69. По-обширен преглед на съществуващите ПЛС вероятно ще покаже и други примери на лекарства, за които не е вероятно да са икономически изгодни при сегашните български цени, особено в случаите, при които алгоритмите за клинично лечение не отчитат ефективността на разходите за различните терапии. Предвид липсата на твърде значими намаления на цената за няколко лекарства може да се наложат много строги ограничения, за да се постигне икономически изгодна употреба, или може да се окаже необходимо да се обмисли изключването им от списъка.

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

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

Забележка: Някои цени в Обединеното кралство са представени пропорционално, за да се отчетат различни размери на опаковките. Българските цени са от 2 август 2014 г. За много представяния, включени в списъка, показаната българска цена е за продукт с най-ниска себестойност/ОДД. Всички цени над 100 евро са закръглени. Цените в Обединеното кралство са от [http://www.ppa.org.uk/edt/September\\_2014/mindex.htm](http://www.ppa.org.uk/edt/September_2014/mindex.htm). Обменен курс на 2 август 2014 г. от [www.oanda.com](http://www.oanda.com)

Таблица 24: Първите 25 лекарства в Приложение II на ПЛС по очаквана стойност на заплащане от НЗОК през 2014 г.

INN	Показание	Агрегирани разходи на НЗОК през 2012 г. (лв.)	Агрегирани разходи на НЗОК през 2013 г. (лв.)	Очаквани разходи на НЗОК през 2014 г. (лв.)	Промяна на годишна база 2012–2013 г. (%)	Промяна на годишна база 2013–2014 г. (%)	Промяна 2012–2014 г. (%)
bevacizumab	Мултиплен рак	10 542 387	22 655 540	35 863 368	115	58	240
trastuzumab	HER2+ рак на гърдата	19 213 305	25 737 247	30 850 905	34	20	61
Nilotinib	Хронична миелоидна левкемия	7 365 426	11 001 962	14 730 149	49	34	100
Imatinib	Хронична миелоидна левкемия, гастро-	12 522 185	12 713 847	12 280 117	2	-3	-2
rituximab	Неходжкинов лимфом	6 573 673	8 902 784	11 165 340	35	25	70
Pazopanib	Бъбречноклетъчен карцином, мекотъканен	2 234 502	5 636 499	8 734 802	152	55	291
Sunitinib	Бъбречноклетъчен карцином, гастро-интестинален	4 451 781	6 158 572	7 801 703	38	27	75
bortezomib	Муртиплен миелом	3 363 275	6 155 061	7 666 315	83	25	128
Erlotinib	Недребноклетъчен белодробен рак	2 622 949	5 114 310	7 641 139	95	49	191
pemetrexed	Недребноклетъчен белодробен рак	3 752 392	4 997 414	6 933 525	33	39	85
cetuximab	Колоректален карцином	1 869 311	2 878 789	6 334 842	54	120	239
Sorafenib	Бъбречноклетъчен карцином, рак на черния	2 997 950	4 679 733	6 181 226	56	32	106
abiraterone	Хормонорефракторен рак на простатата	-	-	5 960 008			
panitumumab	Колоректален карцином	2 347 526	3 834 203	5 886 700	63	54	151
Pegfilgrastim	Гранулоцит-колониестимулиращ	2 121 336	3 639 723	5 843 921	72	61	175
everolimus	Имуносупресия след трансплантация	1 728 260	2 011 974	5 726 439	16	185	231
denosumab	Остеопороза, костни метастази	-	723 940	4 636 412		540	
romiplostim	Тромбоцитопения	1 394 614	2 204 425	4 149 283	58	88	198
clofarabine	Остра лимфобластна левкемия	933 453	1 609 962	3 968 177	72	146	325
cabazitaxel	Хормонорефракторен рак на простатата	-	-	3 894 716			
Lapatinib	Рак на гърдата	1 442 569	2 323 999	3 584 892	61	54	149
zoledronic acid	Остеопороза, костни метастази	9 575 436	9 025 084	3 441 422	-6	-62	-64
Dasatinib	Хронична миелоидна левкемия	2 409 378	2 581 825	3 193 215	7	24	33
Gefitinib	Недребноклетъчен белодробен рак	654 512	2 069 502	2 649 458	216	28	305
Octreotide	Тумори, произвеждащи растежни хормони	1 184 774	1 817 878	2 601 109	53	43	120

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

### 3.4.4. Верига на разпределението и предлагането

70. Повишенията в цените на едро и на дребно са пропорционални на разходите за лекарството и следователно създават стимули за разпределението и отпускането на по-скъпи лекарства (вж. Глава 2). Това е може би разбираемо, като се има предвид, че такси от 2 лв. за отпускане на



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

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

### 3.5. Разработване на способност за актюерна оценка

72. НЗОК е типичен пример за подход към финансиране на здравеопазването със социално/задължително здравно осигуряване, който преобладава в повечето страни от ОИСР и от бившия Съветски съюз, и все повече в новопоявящите се пазарни икономики. Ключови аспекти на този подход са управлението от независим или квази-независим държавен орган и разчитане на целеви вноски по ведомост, вноски върху общите приходи за лица в неравностойно положение и други приоритетни групи, както и връзка между вноските и определен набор права/ползи за осигуреното население. В контекста на държавен или частен здравноосигурителен модел, независимо дали покрива здравни или други рискове (или и двата вида), солидното познаване и разбиране на взаимоотношенията между приходи и разходи и съответните им движещи сили обикновено е важно при насоките за формиране на политиките или управлението. За тези цели се използва актюерски модел.
73. Практически всички напреднали и много новопоявяващи се страни с пазарна икономика използват модели за прогнозиране на разходите в здравеопазването при изработването на здравните си политики.<sup>75</sup> Моделите могат да прогнозират разходи на много равнища от гледна точка на наблюдението (индивидуални потребители, семейства, общности или цяла страна) и видовете и равнищата на разходите и приходите (държавни или частни разходи, плащания със собствени средства, вноски за социално осигуряване и пр.). ОИСР установява три широки категории методи за прогнозиране на разходи в здравеопазването: „моделите, съсредоточени върху отделните лица като единици на анализа за прогнозата, се определят като микромоделите ..... и се използват техники на микросимулация. Онези, които стратифицират раздели от разходите в здравеопазването в групи или стратифицират отделни лица в групи, или съчетават тези две измерения, се определят тук като модели, основаващи се на компоненти. Моделите, основаващи се на компоненти включват кохортни и актюерски модели, които често правят прогнози по възрастови групи и/или други социоикономически характеристики. И накрая моделите на макроравнище се съсредоточават върху общите разходи в здравеопазването като единица на анализа. Вътре в тази група някои модели на макроравнище (наричани изчислими модели на общото равновесие) прогнозират бъдещите тенденции на разходите в здравеопазването в контекста на цялата икономика” (Astolofi, Lorenzoni, and Oderkirk 2012, с. 18).
74. Моделите, основаващи се на компоненти се използват най-широко от трите вида и често анализират разходи по финансови действащи лица (включително и потребителите), като често използват различни техники и основни данни, за да анализират различни действащи лица, напр.

<sup>75</sup> Вж. напр. Astolofi et al. 2012; M. Mohanan 2009; Przywara 2010.



доставчици <> потребители, и да разработват груповоспецифични анализи на движещите сили на разходите (фиг. 56).

Фиг 56: Основни движещи сили на разходите в здравеопазването

	Демографски фактори	Здравни фактори	Икономически и социални фактори	Фактори, свързани с публичната политика
Фактори на търсенето	<ul style="list-style-type: none"> <li>Size of the population</li> </ul> <p>Размер и структура на населението</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Health of population</li> <li>Death cost</li> </ul> <p>Здравен статус на населението и по-специално на кохортата на възрастните</p> <p>Разходи, свързани със смъртта</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>National income</li> <li>Income elasticity</li> <li>Socioeconomic behavior</li> <li>Public and private</li> </ul> <p>Национален/индивидуален доход</p> <p>Еластичност на доходите при търсенето на здравеопазване</p> <p>Социални детерминанти на здравеопазването (околна среда, условия на живот) и свързано със здравето поведение</p> <p>Обществени очаквания и реално сближаване на жизнените стандарти</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Health care</li> </ul> <p>Насърчаване на здравеопазването и политика на профилактика на</p>
Фактори на предлагането			<ul style="list-style-type: none"> <li>Development of technology</li> <li>Unit costs of care</li> <li>Resource allocation</li> </ul> <p>Разработване на нови технологии и медицински прогрес</p> <p>Единична себестойност в сектора на здравеопазването, съпоставена с другите сектори на икономиката</p> <p>Ангажирани ресурси – човешки и капиталови</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contribution of public budget</li> <li>Insurance</li> <li>Remuneration of health care</li> <li>Regulation of health care</li> </ul> <p>Принос на държавния и частния бюджет за финансирането на здравеопазването</p> <p>Осигурителни схеми</p> <p>Схеми на възнаграждения на сектора на</p> <p>Регулиране и/или либерализиране на пазара на здравни услуги и лекарствени средства</p>

Източник: Przywara 2010.

- Актюерските анализи помагат да се оцени дали „прогнозираните общи вноски, включително очакваните парични потоци от повторно осигуряване, правителствени парични потоци за корекция на риска и инвестиционни приходи, са адекватни, за да осигурят всички очаквани разходи, включително здравни ползи, разходи на селищата за здравни ползи, маркетингови и административни разходи и цената на капитала” (American Academy of Actuaries 2012) (вж. също **Error! Reference source not found.**).
- Не съществува такъв модел за НЗОК или за която и да е друга институция в България, макар че тя събира вноските, с които се предполага да осигури последователно и във времето достъп до пакета дейности за преобладаващото мнозинство от населението. Съществуват малко анализи или разбиране на присъщите тенденции и натиск при разходите, нито техните каузални фактори и как вероятно ще се проявят в бъдеще – все критично важна информация за проектирането на политиките на реформи и за осигуряване на дългосрочната финансовата устойчивост на НЗОК. Без такава информация НЗОК (и правителството в по-общ план) са възпрепятствани в способността си

да управляват активно и ефективно държавни средства, възлизащи на около 40 процента от всички здравни разходи.

77. Беше договорено, че като част от настоящото проучване ще бъде изготвен актюерски модел за НЗОК. Първоначално представеният модел на правителството през декември 2014 г. беше по-късно преработен и се представя като отделен документ. Разработването на модела се оказва изненадващо предизвикателство, най-вече поради причини на достъп до информация. Голяма част от необходимата информация е пръсната между много ведомства, източниците на данни са често непоследователни (напр. за броя неосигурени лица), а данните може просто да не са налични – или да няма достъп до тях. Самата НЗОК трябва да разчита на външни източници, за да определи осигурителното покритие и разполага с малка информация за основанията за включване в системата на осигуряването от нея и за неосигурените.

### Карте 3: Актюерски анализ

Актюерският анализ е форма на статистически анализ, който обикновено се провежда с данни за финансовите разходи за здраве в контекста на изчисляване на осигурителни ставки или на определяне на необходимостта от разходи. Той предполага оценка на средните разходи за обединен риск, така че финансовите нужди да се изчислят така, че приходите да балансират очакваните разходи.

Актюерските модели често използват минали и данни – комбинирано с корекции, отчитащи населението и инфлационните тенденции – за да прогнозират очакваните разходи. Финансовата устойчивост или „актюерната солидност“ предполага, че очакваните разходи (включително административните разходи и всякакви изисквания за резерви) за обединен риск са по-малки или равни на очакваните приходи.

Традиционните методи за определяне на разходи, напр. от горе надолу (което оценява и разпределя агрегираните разходи по различните дейности) и от долу нагоре (което определя разходите за несвършени дейности по предоставянето на услуги и ги агрегира, за да изчисли разходите), обикновено се съсредоточават върху производствен подход за изчисляване на разходите за ресурси, които са може би необходими за оказване на здравни услуги, приемайки предимно като даденост потреблението на здравни услуги. Актюерският анализ, от друга страна, приема произвеждането на здравни услуги до голяма степен като даденост, фокусирайки се вместо това върху оценяването на разходите от страната на потреблението: вероятно определяне на използването и свързаните очаквани разходи, което би било необходимо за финансиране на здравеопазването от натрупани финансови ресурси.

Източник: Tandon под печат; Cichon, M. et al. 1999; Wang, H. et al. 2012.

78. Актюерският модел анализира тенденциите на основните променливи, които определят нарастването на приходите и разходите на НЗОК и проучва приноса ѝ за фискалния баланс на правителството. Тези приходи и разходи се определят до голяма степен от размера и състава на осигуреното население, пакета дейности, структурата на разходите по възраст и пол в резултат от предоставянето на съществуващия пакет, използваните механизми за плащане на доставчиците, работната заетост и тенденциите в работната сила, и фискалната и социалната политика на правителството. Усилието по този начин предполага да се вземат предвид прогнозите за макроикономическите показатели (приходи, работна заетост, цени, БВП и т.н.), прогнозите за пазара на труда, демографските развития и пр.

79.

80. На практика моделът работи както следва: от страната на приходите броят лица в различните групи, които подлежат на покритие, бяха анализирани и след това прогнозирани до 2020 г.; бяха направени прогнози за изразходването на средства за различните видове здравеопазване с отчитане на броя осигурени лица, демографското развитие, тенденциите в разходите и други макроикономическите променливи. Моделът беше калибриран с ретропрогнози, за да се намерят основните фактори, които влияят на тенденциите, за да не изпуснат критично важните ефекти на обема и цената.
81. Актюерският доклад, представен на правителството, съдържа всички направени предположения при изготвянето на модела, както и редица предварителни оценки на приходите и разходите на НЗОК, изготвени при различни сценарии. На правителството беше представена и една електронна таблица, за да може да се използва моделът и в бъдеще, и да може да се приспособява с постъпването на нови данни. Сега следва да се обмисли разработването, изпробването и институционализирането на модела като принос при вземането на решения в сферата на здравеопазването.

## Глава 4. Ограничения при подобряването на финансирането на здравеопазването

1. В настоящата глава се разглеждат структурни елементи, които влияят върху работата на НЗОК и финансирането на системата на здравеопазването в България, които следва да се вземат предвид, преди да се предприемат реформи в сектора. Първият раздел поставя финансирането на здравеопазването в настоящия и бъдещия макрофискален контекст, за да се оцени до каква степен то ограничава програмата на реформата. Основното заключение е, че повишената ефикасност вероятно е главният източник за необходимото фискално пространство, в което да се вместят различните видове растящ натиск за повече разходи в общественото здравеопазване. Получаването на повече стойност срещу инвестициите изисква все по-сложно и задълбочено управление на рисковете и на качеството, което внася всяко действащо лице. Това изисква проследяване на събирането на информация и анализ на всички равнища в системата. Вторият раздел оценява сегашното състояние на готовност на ИСЗО да се справи с тези проблеми и изтъква кризата ѝ, която се дължи на липсата на поддръжка от продавача и дори липсата на договор за това. Последният раздел предлага обобщена оценка на способността на НЗОК в настоящия момент да се справи със задачите предвид реалността, в която действа.

### 4.1. Фискално пространство и фискални политики в здравеопазването

2. Реформите в здравеопазването следва да се предприемат в контекста на настоящата и вероятно бъдещата макроикономическа – и по-специално фискална – ситуация в страната. Подобно на други напреднали и новопоявяващи се пазарни икономики България ще продължи да бъде подложена на силен натиск да увеличи разходите си за здравеопазване. Макар част от този натиск да се дължи може би на вътрешно присъщи неефикасности в сегашните политики и институции в здравеопазването, много от тях са външни по отношение на системата на здравеопазването и включват застаряването на населението, нарастването на доходите и техническия прогрес (вж. Глава 1).
3. В едно неотдавна проведено проучване на МВФ се изтъква настойчивостта на този натиск в дългосрочен план в напредналите и в новопоявяващите се пазарни страни (**Error! Reference source not found.57**), които вероятно ще продължат да нарастват. За да изпълнят фискалните си цели и да усвоят прогнозираното нарастване на публичните разходи през периода 2014–2020 г., тези икономики ще трябва да увеличат първичния си баланс (приходите на правителството минус плащанията на лихви) с 2,25 процентни пункта от БВП. МВФ счита, че за България публичните разходи за здравеопазване ще трябва да се увеличат с 3,2 процентни пункта от БВП до 2050 г., за да се отговори на тенденциите ѝ в демографските показатели и извънредно бързото нарастване на разходите (Clements, Gupta, Shang 2014, с. 25; IMF 2014, с. 20). Във фискална среда с ограничения това упражнява силен натиск върху правителствата да повишат приходите, да контролират разходите и да определят приоритетите сред различните сектори.

Фиг. 57: Публични разходи като процент от БВП, 1980–2030 г.



Източник: Benedict Clements et al. 2014.

#### 4.1.1. Фискално пространство: понятия

4. Аналитичната рамка за анализиране на макрофискалната ситуация е вплътена в понятието „фискално пространство“, което може да се дефинира като „наличност на бюджетно пространство, което позволява на едно правителството да предоставя ресурси за постигането на желана цел, без да се засяга устойчивостта на финансовото положение на правителството“ (Heller 2006, с. 75–79). Фискалното пространство може да се представи като диамант с пет основни източника на фискално пространство. Това е общо понятие, които се отнася за цялата икономика, а не само за сектора на здравеопазването, макар че определящите политиките в здравеопазването често фокусират вниманието върху прилагане на понятието само в здравния сектор. Фискалната устойчивост на свой ред е експлицитен аспект на фискалното пространство и се отнася за способността на дадено правителство, поне в бъдеще, да финансира програмите си за желаните разходи, да обслужва дългове и задължения (включително онези, които могат да се появят, ако създаденото фискално пространство възникне в резултат от сключване на заеми от правителството) и да осигурява платежоспособността си (способността на страната да се справи със сегашната стойност на външните си задължения).

Фиг. 58: Източници на фискално пространство

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



Източник: Tandon and Cashin 2010

5. Както се вижда от диаманта, съществуват пет потенциални източника на фискално пространство. Първият е увеличение на приходите на правителството. Икономически условия, които допринасят за това, като напр. икономически растеж, могат да доведат до по-високи абсолютни приходи и може би до по-големи дялове на приходите в БВП. Страните могат да създадат фискално пространство в краткосрочен до средносрочен план чрез сключване на заеми, но взетите назаем средства трябва да се връщат. По-бедните страни могат да разчитат на чуждестранна помощ, но помощта често е непредвидима, свързана с конкретни програми и неустойчива в дългосрочен план. Фискалното пространство за конкретен сектор може да бъде създадено и чрез пренареждане на приоритетите, като напр. прехвърляне на разходите от отбраната към здравеопазването. Повишената ефикасност в програмите на правителството има същия ефект. Според неотдавна проведени проучвания на МВФ в напреднали икономики подобрената ефикасност вероятно ще бъде основният източник на необходимото фискално пространство, което да поеме растящите разходи за обществено здравеопазване (Grigoli, Kapsoli 2013; Coady, Francese, Shang 2014, с. 30–32). Правителствата могат да създадат фискално пространство и като печатат пари, но в дългосрочен план това не е устойчиво решение, тъй като обезценява валутата.

#### 4.1.2. Перспективи за увеличаване на фискалното пространство в България

6. Като една от най-бедните страни в ЕС и като страна без значителни природни ресурси България беше сериозно засегната от световната икономическа криза и продължава да е в трудна макроикономическа среда. Макар да е добре оценена за макроикономическото ѝ управление и за контролирането на разходите и дълга си, ограничените перспективи за икономически растеж, съчетани с вече високите ѝ равнища на приходи и разходи, ограничават бъдещото фискално пространство в средносрочен план.
7. България ще се изправи пред предизвикателството да финансира прогнозираното по-горе увеличение на финансирането на НЗОК и публичните разходи за здравеопазване предвид ограниченото си бъдещо фискално пространство. Основни демографски тенденции и свръхнарастване в здравеопазването, което кара разходите да растат, съчетано с тенденции на

забавено нарастване на приходите на пазара на труда, биха могли да доведат до все по-големи дефицити в НЗОК и в дела на общественото здравеопазване в бюджета.

8. МВФ прогнозира, че към 2030 г. натискът върху публичното изразходване на средства за здравеопазване ще доведе до увеличение с 1,3 процентни пункта от БВП и с 3,2 процентни пункта от БВП до 2050 г. (сума, равна на 45 процента от настоящия БВП на България) (IMF 2014, с. 20; Clements et al. 2010, с. 57). По този начин, дори ако се намерят някакви допълнителни приходи, повишаването на приходите няма да реши проблемите на ескалацията на себестойността, които се дължат на неефикасности в НЗОК и на демографски промени. Освен това желае ли правителството да използва много ограничените си допълнителни приходи за здравни, а не за други приоритети? Аналогично, желае ли да даде още по-голям приоритет на здравеопазването в бюджета, като намали разходите в други сектори? И накрая, може ли правителството да намери възможност за повишаване на ефикасността в други сектори и ще бъде ли готово да използва тези средства за здравеопазване?
9. В останалата част на този раздел е показано защо България е ограничена в използването на някои теоретично налични инструменти за увеличаване на фискалното ѝ пространство. Като държава-членка на ЕС България не е кандидат за помощ за развитие. Тя получава финансиране от ЕС, но здравеопазването не е сред главните приоритети при тези средства. Предвид трудната макроикономическа среда и предпазливото фискално управление, нито печатането на пари, нито сключването на заеми, са правдоподобни варианти. Следователно създаването на фискално пространство за здравеопазване – или впрочем за който и да е друг сектор – ще зависи до голяма степен от съчетаване на способността на правителството да намери допълнителни приходи, от повишаване на ефикасността в здравеопазването и в други сектори, и от поставянето на здравеопазването като приоритет в бюджета.
10. Растежът се предвижда да е слаб. Последните прогнози от ЕС и МФ (**Error! Reference source not found.**) са по-ниски от по-ранни прогнози на МВФ, което би довело до бавно нарастване на приходите на правителството за всички цели, ако не се подобрят приходите. Предвид целта на правителството да намали паричния дефицит до 2 процента от БВП до 2017 г., допълнителното фискално пространство от добри макроикономически условия и увеличени приходи ще бъде твърде ограничено. Строгото придържане към идеята да се задържи държавният дълг на разумни равнища също вероятно ще изключи допълнително сключване на заеми, подчертавайки необходимостта от по-висока ефикасност или пренареждане на приоритетите.<sup>76</sup>

Таблица 259: Макроикономически прогнози (%)

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

<sup>76</sup> Grigoli и Kapsoli (2013) са извършили анализ на стохастичните граници в много страни с цел да се контролират постиженията в образованието, поведението в начина на живот (напр. консумация на алкохол), екологични фактори (достъп до санитарни съоръжения и чиста вода) и показатели на заразните заболявания. Резултатите подсказват, че при сегашните равнища на разходи България би могла да повиши средната продължителност на живота с четири години, просто като реши проблема с неефикасностите.

11. Мерките за намаляване на разходите и за подобряване на ефикасността се въртят около прилагането на реформи в сферата на предоставянето на услуги и включват осъществяването на технически изпълняван план за рационализиране на болниците, за укрепване на алтернативите на болничната помощ и за решаване на проблемите с ограничените човешки ресурси чрез корекции на финансовите и други фактори, необходими за запазването на квалифицираните здравни работници в България (Lakwijk, F., Garcia, B., and A. Weber 2014, Световната банка 2013). Поставянето на публичните разходи като приоритет е сравнително просто от концептуална гледна точка, но е изключително трудно от практическа и политическа гледна точка.
12. **Error! Reference source not found.** Критериите за държавно финансиране за определяне на приоритетите при разходите на правителството вътре във и между секторите са добре познати (Фиг. 59). Накратко, маргиналните нетни социални ползи вътре във всеки сектор и между всички сектори следва да е равно на маргиналните нетни ползи от разходите за частни програми. На практика предвид множеството непарични ползи в здравеопазването и в други социални служби, както и трудностите при измерването на външни фактори и загуби на товароподемност от данъчно облагане, решенията за приоритизиране не са просто аналитични упражнения. Въпреки това

---

<sup>77</sup> [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/eu/forecasts/2014\\_autumn/bg\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/eu/forecasts/2014_autumn/bg_en.pdf)



факторите, определящи здравната политика, трябва да отразяват тези критерии в своите обосновки за разширяване.

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

$$MSB = MPB + MXB$$

$$MSC = MPC + MXC + MDWL$$

Критерии за ефикасност:

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

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

MSB = маргинални социални ползи

MPB = маргинални публични ползи

MXB = маргинални положителни външни ползи за обществото

MSC = маргинални социални разходи

MPC = маргинални частни разходи

вкл. платени данъци

MXC = маргинални отрицателни външни ползи за обществото

MDWL = маргинални загуба на баласт от данъчното облагане

### Някои правила за концептуално приоритизиране:

#### Н здравето не е единственият приоритет на правителството

<p>Th dc mi eq pr so pr</p>	<p>Маргиналната нетна социална полза от последния похарчен долар (т.е. маргиналните социални ползи минус маргиналните социални разходи) следва да бъде еднаква вътре във и между всички правителствени програми и равна на маргиналната нетна социална полза от изразходването на средства в частни програми</p>	$MSB = MPB + MXB$ $MSC = MPC + MXC + MDWL$ <p>Efficiency Criteria:</p> $MSB \geq MSC \text{ (Within and Across all Public Programs)}$ $MPB \geq MPC \text{ (For Private Market Based Activities)}$
<p>Bi ar th th at sc in</p>	<p>Тъй като следва да фокусираме вниманието си върху социалните ползи и разходи, отговорните лица следва да разгледат сбора от частните ползи и разходи, които се начисляват на отделните лица плюс всякакви допълнителни ползи и разходи, които се начисляват на обществото като цяло, плюс разходите, свързани с генерирането на приходи</p>	<p>where:</p> <p>MSB = marginal social benefits MPB = marginal private benefits MXB = marginal societal positive externalities benefits MSC = marginal social costs MPC = marginal private costs including taxes paid MXC = marginal social negative externality costs MDWL = marginal dead weight loss from taxation</p>

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

13. Свързаните с политиката решения обаче рядко се оценяват експлицитно или се обсъждат от гледна точка на компромисите с публичните разходи. Например може да се очаква, че направеното неотдавна обръщане на пенсионната реформа от 2011/2012 г. ще ограничи още повече фискалното пространство за здравеопазването и от юли 2014 г. започна автоматично индексирание на пенсиите, което обвързва увеличението на пенсиите със средното нарастване на осигурителния доход и инфлацията според Индекса на потребителските цени (а не само на последното, както преди). Освен това България спря и постепенното увеличение на възрастта за пенсиониране, която щеше да я повиши до 65 години за мъжете до 2017 г. и 63 години за жените до 2020 г. (МВФ 2014). Тези промени ще имат голяма влияние върху дефицита при пенсиите и биха могли да изместят други разходи. Според прогнозите на МВФ пенсионният дефицит ще се увеличи до 6 процента от БВП до 2040 г. вместо изчисляваните по-рано 4 процента.
14. В обобщение, финансирането на реформите в здравеопазването се предприема в трудна фискална среда, с малко допълнително фискално пространство за здравеопазване в какъвто и да е времеви

хоризонт, така че България ще трябва да разчита на повишаването на ефикасността и евентуално на реприоритизиране на здравеопазването.

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

15. Съставът на приходите (в т.ч. данъчни и неданъчни) има важни допълнителни ефекти за икономиката по отношение на ефикасността, равнопоставеността и устойчивостта, както начинът на събиране на приходи. Те ще зависят от това дали данъчната основа е широка или тясна, от структурата на ставките, подовете и таваните, освобождаванията, изключванията и намаленията, както и от стоките, икономическите субекти и факторите на подлежащото на данъчно облагане производство. Правителствата се стремят да намерят състав, който да сведе до минимум изкривяванията в икономическото поведение на потребители и производители, като същевременно разпределят равнопоставено данъчната тежест. Публичните приходи за здравеопазване често се набират чрез целенасочени данъци.
16. Една неотдавна направена оценка от МВФ на фискалната политика на България я определя като „благоприятна за растежа в приходната си част”<sup>78</sup>: ставките на преките данъци са ниски и повечето приходи се събират чрез косвените данъци. България е една от двете страни в Европейския съюз, която силно разчита на косвените данъци (Eurostat 2014), които представляват над 55 процента от приходите на правителството през 2012 г.<sup>79</sup> ДДС<sup>80</sup> дава 61 процента от приходите от косвени данъци, а акцизите – 33,3 процента. Социалните вноски представляват 25,8 процента от общото данъчно облагане през 2012 г., също сред най-ниските в ЕС<sup>81</sup>. Приходите от трудово данъчно облагане остават ниски – 9,2 процента от БВП. Това е най-ниският дял в ЕС и е с почти 11 процентни пункта под средните стойности за ЕС. Равнищата и съставът на приходите до 2050 г. едва ли ще се променят много (**Error! Reference source not found.60**).

---

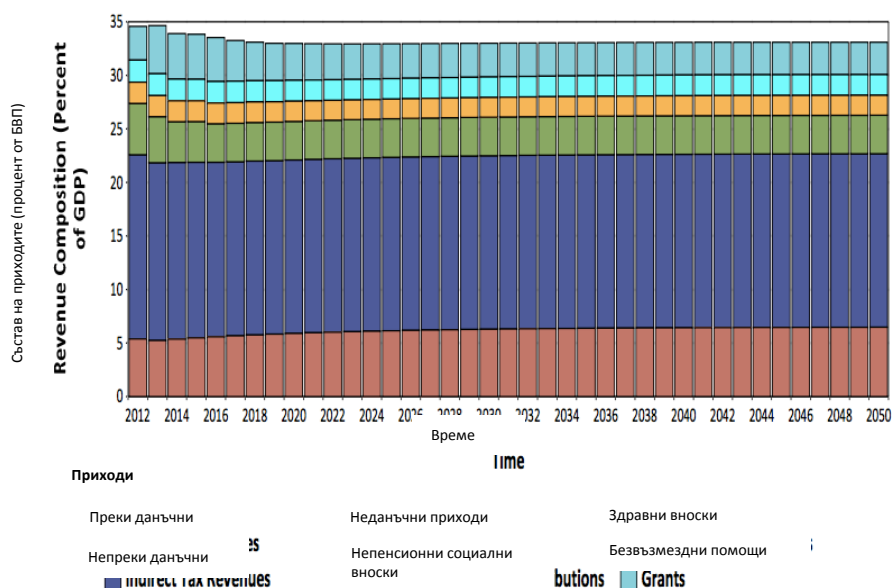
<sup>78</sup> Изключение представлява едно проучване от МВФ върху фискалните множители в България. Вж. Weir, Weber 2013.

<sup>79</sup> Другата страна е Хърватия, където косвените данъци също представляват над 50 процента от приходите на правителството.

<sup>80</sup> Стандартната ставка на ДДС е 20 процента, с намалена ставка 9 процента, приложима само за настаняването в хотели.

<sup>81</sup> Средствата за социално осигуряване включват вноски за пенсии (17,8 процента), общи заболявания и майчинство (3,5 процента), здравни вноски (8 процента) и безработица (1 процент). Вноските се поделят между работодателя и служителя. За пенсионните вноски работодателят плаща 9,9 процента, а служителят – 7,9 процента. Другите социални вноски се поделят между работодателя и служителя при съотношение 60:40. Определеният таван за месечен доход е 2400 лв. (1227 евро).

Фиг. 60: Състав на приходите, България, 2012–2050 г. (% от БВП)



Източник: Onder et al. (2014)

17. Изглежда не е правено проучване върху равнопоставеността в данъчната система. Разчитането на непрякото данъчно облагане, съществуването на минимума и тавани за някои социални вноски сочи обаче, че данъчното е може би по-тежко при по-ниските равнища на доходи.
18. По-широки фискални реформи и по-конкретни реформи във финансирането на здравеопазването разполагат с пълния набор данъчни инструменти, които страните могат да използват за набиране на приходи. Все пак това не променя минималния потенциал за увеличаване на общите приходи.

## 4.2. Готовност на ИСЗО и нейната среда

19. В този втори раздел се разглежда дали информационните системи в България са готови да преведат страната в една по-напреднала епоха, когато механизмите на финансирането на здравеопазването неминуемо ще станат по-комплексни (предвид продължаващия стремеж на страната към по-високо качество и по-ниски разходи) и ще се появят други промени (евентуално национално електронно медицинско досие). Разделът е структуриран в четири части по модела в Глава 2. здравните реформи. Дискусията се основава на потенциалната опасност от липсата на поддръжка за системата и лошите отношения с продавача. Разделът завършва с обобщение и SWOT анализ.

### 4.2.1. Определяне на стандарти и речник на здравните данни

20. Поради много малкия брой доминиращи продавачи на пазара на ИСЗО през последните години се появиха *de facto* стандарти за обмен на информация (вж. Глава 2). НЗОК и доставчиците изглеждат доста удовлетворени от равнището и качеството на процесите на автоматизацията на обмена на здравна информация до този момент. Този *ad hoc* подход обаче един ден в близкото бъдеще ще стигне до ограниченията си и ще бъде необходимо усилие от горе надолу, за да се уточни по-пълнен „общ език“, който да поддържа по-напредналата обработка. Осъществяването на връзка между доставчиците и платците е деликатно изкуство, тъй като целта е да се предостави широк достъп до информация, необходима и на двете страни, като същевременно се поддържат бизнес

отношенията „на една ръка разстояние“, което е нужно за конкурентна среда купувач-продавач. По-нататък се обсъждат конкретни проблеми.

#### **4.2.1.1. Кодирание за необходимите спецификации и стандарти**

21. Речникът на здравните данни (РЗД) на България следва да съдържа спецификации за необходимите кодиращи системи (включително за диагнозите, свързаните с услугите процедури, лекарствата). Той следва да изброява главните ресурси на сектора на здравеопазването, включително таблиците за лекарите (доставчиците), свързаните здравни работници, здравните заведения, медицинското оборудване и пр.) Тези таблици следва да се поддържат от едно ведомство и да се предоставят на всички заинтересовани лица. Промените в таблиците следва веднага и лесно да могат да се виждат от всички заинтересовани лица.
22. Трябва да се посочат и други стандарти, свързани с инфраструктурата<sup>82</sup>. Също така следва да бъдат ясно посочени стандартите, свързани със защитата на личните данни и поверителността, както и съответните стандарти на ЕС, включени в РЗД. Тук се включват две основни категории стандарти – за защита на правата на лична свобода на отделните пациенти и за защита на здравните данни от заплахи срещу базата данни като цяло. Тези заплахи биха могли да произлизат от нарушения на киберсигурността, от слаби действащи лица вътре във или извън сектора на здравеопазването, или от природни бедствия.

#### **4.2.1.2. Усложненията, причинени от кодиране чрез КП**

23. Уникалното използване на метода за кодиране чрез КП в България за болничните случаи има свои предизвикателства. Първото е, че методът практически изключва автоматизираното вземане на решения по искове. За да се решават искове<sup>83</sup> с компютър, трябва да се създадат правила, които компютрите да могат да разбират и прилагат последователно. Това свежда до минимум човешката намеса при исковете, която увеличава значително разходите за обработката и увеличава риска от непоследователност или манипулация. Компютърът трябва да може, с малко човешка намеса или без, да взема решение по 4/5 от всички искове (по-малко сложните случаи) и по този начин да освобождават квалифициран персонал в НЗОК, които да вземат решение по останалите искове, за които е необходимо задълбочено човешко знание и щателна проверка. Това правило „80:20“ използва компютъра да прави това, което той прави най-добре – да се хвърли в реката от прости искове и да уреди заплащането им – и да насочи човешката преценка към онези искове, които са нюансирани, сложни, много скъпоструващи или с подозрение за нередовност.
24. КП (които отчитат редица клинични параметри, както и други променливи) са твърде сложни и може да са твърде произволни, за да се кодират. Нормативната уредба за тях също често се променя. Следователно ще бъде извънредно трудно да се разработи „търсачка на правила“, с която да се вземат решения за кодирани по КП искове.<sup>84</sup> Може би това е една от причините, поради която

---

<sup>82</sup> Един добър пример е спецификацията на един стандартизиран „код разпределение“ (Disposition Code) за всеки пациент при напускане на здравно заведение. Къде отиват? (у дома, на работа, в учебно заведение, в моргата и пр.) Изпратени ли са били в по-висшестояща или по-нисшестояща институция? Получили ли са специализирана помощ за по-нататъшно лечение на хроничното им заболяване? Този пример илюстрира възможността, която има правителството да улесни по-добра приемственост на грижите, особено при хронично болните пациенти. Известна информация е кодирана в КП, но не се използва еднакво във всички здравни заведения или за аналитични цели или за мониторинг.

<sup>83</sup> Този стандартен език на осигурителния сектор се отнася за процес, който включва разглеждането на искане за плащане и оценка дали и колко следва да заплати осигурителят на доставчика.

<sup>84</sup> Това вероятно е една причина, поради която на много места по света са изоставили тези видове методи на кодиране, основани на параметри, в полза на „групирането“ на по-прости множества от предварително обявени параметри (напр. кодовете МКБ-10, кодовете СРТ-4), за да се произведе кодът ДСГ за съответния случай.

според някои експерти на НЗОК остава ограничената задача да изплаща всеки подаден иск с малко или никакво критично проучване и без механизъм за отхвърляне на иск. В резултат от това НЗОК не е в състояние да разглежда систематично искове, освен да преценява дали те изпълняват някои основни изисквания и следователно вероятно е неефективна в спирането на неизбежната „игра“ на доставчиците, които могат да внасят искания със съмнителна достоверност.

#### **4.2.1.3. Последователност,своевременност и прилагане на стандартите**

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

✓ Първо, последователни ли са те? Стандартите изискват активно управление, непрекъснат надзор и метод, който да ги поддържа актуализирани. Списъците със стандарти могат понякога да включват конфликтни стандарти, които създават повече проблеми, отколкото липсата на стандарт. Това е една причина, поради която е необходима постоянна бдителност от звено или квалифицирано ведомство, което да се отчита за изпълнението на тази задача. Вероятно не е разумно да се прехвърля това да бъде извършвано от продавач, ако не се осигури подходящ надзор, тъй като това би могло да доведе до по-нататъшно фрагментиране и до появата на непоследователности в кодовете. Например, възможно ли е два кода на КП да са в конфликт един с друг или да се дублират?

✓ Второ, актуализирани и леснодостъпни ли са те? Стандартите остаряват и страдат от ентропия, както всички други артефакти. Днешните стандарти може да не са утрешните, но няма ефективен начин да се съобщават промени на заинтересованите лица. Заинтересованите лица се нуждаят от лесен достъп винаги до последните корекции и следва да имат сигурността, че стандартите, които следват, отговарят на най-последните насоки на МЗ.

✓ И накрая, прилагат ли се? Разбира се, стандартите нямат абсолютно никаква стойност, ако не са активно и последователно прилагани; това прилагане следва да се насърчава, понякога и принудително, за което правомощията следва да произтичат от МЗ. В някои страни има „лицензираща“ агенция в рамките на МЗ, която „одобрява“ дали даден проект отговаря на националните стандарти; без това определение едно търговско дружество няма право да продава продуктите си. Изглежда, че такъв механизъм не съществува в България.

#### **4.2.2. Информационните системи на доставчиците: проблеми**

26. До голяма степен благодарение на работата на няколко по-големи продавачи, автоматизацията в болниците и в други здравни заведения е доста висока. Разгледаните системи в редица държавни и частни болници са модерни и сравними с болници в страни със сходни доходи.

27. Като много страни, и България сега е на кръстопът и трябва да се справи със следните два въпроса, които макар и може би да не са пряко свързани със сферата на здравното осигуряване, са дори по-важни за по-нататъшното развитие на системите. Те вероятно ще се окажат катализатор за по-нататъшното развитие на информационните системи на доставчиците в България.

##### **4.2.2.1. Национално електронно медицинско досие?**

28. И днес медицинската информация (на хартиен носител или в електронен вид) се „пази“ от различните болници. Не е възможно да се получи (лесен) достъп до информация, съхранявана на други места. Информацията от постъпващите направления не винаги се получава в приемащото здравно заведение.

29. Така повечето болници в България (и други здравни заведения) действат независимо една от друга от информационна гледна точка, поради което, например, се дублират лабораторни изследвания (поръчват се повторно, без да е необходимо) и списъците с приеманите от даден пациент в момента лекарства са недостъпни за приемственост в грижите (макар и двете да са толкова важни за оказване на последователни медицински грижи, особено за хронично болните пациенти). Не се обменят лесно и списъците с проблеми, свързани с жизнените показатели, което може да допринесе за неразбирането на съпътстващите заболявания на пациентите.
30. Необходимо е национално електронно медицинско досие, за което ще трябва да се събира информация съгласно общи стандарти от всички здравни заведения (държавни и частни) и да се натрупва в леснодостъпна система, но осигуряваща поверителност на пациента. Националните електронни медицински досиета ще поемат цялата здравна информация в страната, която е теоретично достъпна за всяко упълномощено заинтересовано лице навсякъде и по всяко време. Това е крайната цел на информационните системи на доставчиците.

#### **4.2.2.2. Направленията нагоре и надолу в йерархията**

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

#### **4.2.3. ИСЗО**

33. ИСЗО в НЗОК е в криза. Тя е тежко осакатена от дълъг период на пренебрегване, причинен до голяма степен от липсата на договор за текуща поддръжка (вж. ...). Подобно на автомобилите, реактивните самолети и пр. информационните системи се нуждаят от текущи, висококачествени професионални грижи. Без тях настоящата система е уязвима по отношение на всякакви видове повреда, тъй като не съществува вариант за поправка<sup>85</sup>. Това е много сериозна ситуация, която заслужава незабавно внимание и незабавни действия. Ако системата се повреди, което е възможно до значителна степен, НЗОК може да остане без каквато и да е автоматизирана подкрепа за своите бизнес процеси, което би било равностойно на връщане на часовника с едно десетилетие и преминаване на ръчна обработка. Това би било скъпо, би привнесло неточности, би намалило прозрачността (евентуално би насърчило злоупотреби) и би забавило драматично плащанията на доставчиците. Като се има предвид, че сегашната система е била без поддръжка от 2011 г., тези рискове са

---

<sup>85</sup> Писмо, изготвено от екипа през 2014 г., беше изпратено до МЗ, в което се обръща детайлно внимание на проблема и на възможните варианти за решаването му.

съществени и се увеличават с течение на времето. Дори ако системата не се повреди веднага, тъй като все повече процеси в НЗОК се променят поради регулаторни промени, и тъй като се отлага поддръжката, някои модули на сегашната системата остаряват и са изоставяни, защото вече не отразяват сегашните правни, финансови и административни реалности.

34. Дори ако се преодолее незабавната криза, има и други по-дългосрочни проблеми пред ИСЗО:

✓ **Всеобхватност.** Може ли съществуващата система да отговори на днешните бизнес потребности на НЗОК? Разбира се, окончателният отговор е: „зависи”. Всяко отдалечаването от КП обаче или всякаква друга голяма промяна в правилата за обработката може би трудно ще се вместят в системата, която явно е била проектирана за минала епоха, където от НЗОК се е очаквало да бъде просто счетоводство и механизъм за прехвърляне на средства. Системата може само да произвежда рутинни мониторингови доклади за плащания и функции на административен контрол. Следните функционалности, например, са много ограничени или несъществуващи:

- мониторинг на осигуреното население (освен познаването на осигурителния статус на дадено лице във всеки конкретен ден);
- категорията право на включване; и
- използването на медицинска помощ при различни обстоятелства и във времето за конкретни пациенти (и съответно за групи пациенти)<sup>86</sup>.

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

✓ **Способност за изменение и за разширяване.** В тясна връзка се поставя въпросът: може ли да се надгражда и разширява сегашната система, като се добавят функции, необходими за една нова схема за финансиране на здравеопазването? Това изглежда невероятно – сегашната система не е била проектирана с предвиждане на евентуални бъдещи промени (напр. в методите на заплащане на доставчиците).

✓ **Способност за интегриране.** ИСЗО трябва да може да обхване цяла вселена от данни, за да има достатъчно информация, за да определи дали даден иск е пълен и законен, и дали медицинските услуги са били необходими и уместни, и т.н. Това означава, че един ден ИСЗО ще трябва да бъде прикачена към националното електронно медицинско досие. Това означава също, че данни от ИСЗО трябва да се подават към актюерски прогнози и други системи на финансово прогнозиране. Опитът ни досега показва, че беше трудно, а в много случаи и невъзможно, да се извадят данни от системата за всички освен за най-простите търсения.

35. По всички тези мерки ИСЗО в НЗОК не се представя добре. Това до голяма степен произтича не от нейни вътрешни качества на оригиналния проект, а по-скоро понеже не е била непрекъснато поддържана и разширявана успоредно с промяната на нормативната уредба и бизнес процесите в

---

<sup>86</sup> В контекста на този доклад екипът поиска профил на разходите по възраст и пол за различните области, което – независимо от добрата воля и усилията на ИТ персонала – отне близо шест месеца, за да бъде обработена, а дори и тогава не можеше да бъде завършен и някои от числата трябваше да се изчисляват отделно. Този куриозен случай може би представя способността на системата да реагира на резонни управленски запитвания.

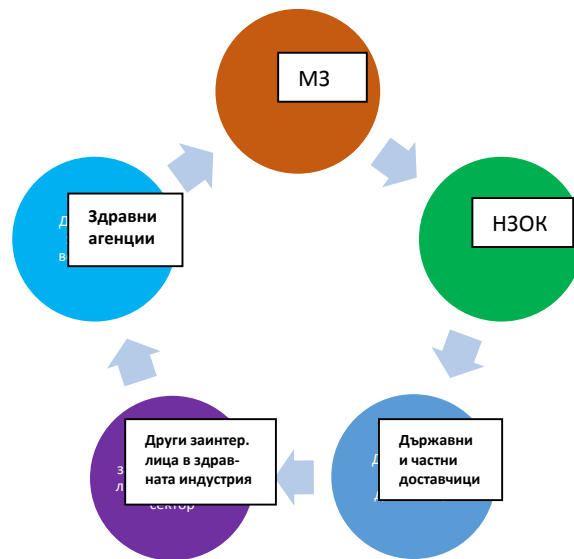


здравното осигуряване. Изглежда, че НЗОК е изоставила някои модули на ИСЗО, които са остарели поради тези промени, вместо непрекъснато да приспособява модулите. Така ИСЗО изглежда безнадеждно остаряла. Без съмнение ще се появят нови изисквания към системите и ще станат още по-належащи, ако се предприемат големи реформи в плащанията или ако на НЗОК наистина се дадат правомощия да взема по-пълноправно решения по искове, а не само да извършва плащания по тях без проверка.

#### 4.2.3.1. Свързаност и връзки между транзакциите

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

Фиг.61: Свързани заинтересовани лица в здравната индустрия



37. Макар тази мрежа на свързаност да е доста добре установена, не изглежда да е централно управлявана, следователно работата ѝ може да е непредвидима, тъй като няма сключено последователно споразумение за равнището на услугите.
38. За да се улесни заплащането на доставчиците на основата на подадените от тях искания, мрежата трябва да позволява лесно пренасяне на транзакции между НЗОК и доставчиците, която се предлага в карето по-долу. Този набор дава представа за силата на мрежата за връзка, необходима за поддържане на бизнеса здравно осигуряване, както той се извършва от доставчика на услуги и платеща.

#### Карета: Предложение за набор съобщения, свързващи доставчика на услуги и платеща

39. Предлага се набор съобщения, съставен от следните бизнес функции (според важността им:

1. Внасяне на искове (съобщение от доставчика до платеща)
2. Връщане на искове като „отхвърлени“ (съобщение от платеща до доставчика)
3. Повторно внасяне на по-рано отхвърлен иск (от доставчика до платеща)
4. Запитване за правото на включване (от доставчика до платеща)



5. Отговор на запитването за правото на включване (от платеща до доставчика)
6. Запитване за статуса на искове (от доставчика до платеща)
7. Отговор на запитването за статуса на искове (от платеща до доставчика)
8. Заплащане на доставчиците (от платеща до доставчика )
9. Възстановяване на средства или корекции (от доставчика до платеща)
10. Уведомление за плащане, в което се изброяват плащанията и за какво се отнасят (от платеща до доставчика)
11. Молба за допълнителна клинична информация (от платеща до доставчика)
12. Предоставяне на допълнителна клинична информация (от доставчика до платеща)

Източник: Streveler 2009.

40. Мрежата за здравна информация в България може би не е достатъчно мощна, за да поеме дълбочината и ширината на предложения набор транзакции. Изглежда, че ще бъде необходимо допълнително усилване с добавяне на по-високоскоростни връзки (където е необходимо), повече сигурност на предаването на данни и повече централен надзор (може би в център за управление на мрежата), за да се гарантира тези транзакции да бъдат извършвани своевременно, надеждно и сигурно.

#### 4.2.4. Обобщение

41. И така, зададеният въпрос в началото на раздела е: готови ли са информационните системи в България да преведат страната в по-напреднала епоха? Краткият отговор е „не“, освен ако правителството не поеме водещата роля в решителното справяне с проблемите.
42. Определянето на стандартите и РЗД ще изискват значително внимание. Ще бъде необходим подход, ориентиран повече от горе надолу, за да продължи разработването на последователни стандарти под надзора на МЗ, но с ангажиране на колкото е възможно повече заинтересовани лица в здравната индустрия, включително и от частния сектор.
43. Сложният въпрос дали да се запази сегашната методика на кодиране с КП или да се премине към кодиране на принципа на ДСГ ще продължава да изисква задълбочено обсъждане. В голяма част от света е възприет методът на ДСГ. Ако се разгледа този въпрос директно от гледната точка на информационните системи, приемането на ДСГ би улеснило преминаването към по-автоматизирано вземане на решения по искове.
44. Информационните системи на доставчиците трябва да продължат да се развиват естествено като резултат от подобренията в технологията и докато светът продължава да разработва системи, които подобряват пряко процесите на предоставяне на медицинска помощ и процесите на финансирането на здравеопазването непряко, като страничен продукт на системите в реално време в здравните заведения. Без съмнение те в крайна сметка ще допринесат информация в националното електронно медицинско досие, което ще принуди да се изградят нови комуникационни връзки, за да се натрупват данните от отделните здравни заведения и да могат да бъдат обменяни по-лесно.
45. ИСЗО е в отчаяна ситуация в момента и би могла да се срине. Освен тази непосредствена криза предизвикателството ще бъде да се правят планове за следващото поколение ИСЗО.
46. Следващата ИСЗО ще трябва да бъде значително по-мощна от сегашната система в НЗОК, включително с по-добро прогнозиране и финансово моделиране. Ще трябва да има по-добро

управление на работните потоци, за да може „фабричната“ обработка на искове да доведе до точно и своевременно плащане като редовна практика и да е далече по-малко трудоемко, отколкото е днес. И накрая, следващата ИСЗО ще трябва да се справя с много по-голямо разнообразие от методи на заплащане на доставчиците, които могат да включват ДСГ, хибридна капитация, стимули и режими от вида pay-for-performance (P4P), т.е., заплащане за извършена работа.

47. В заключение SWOT анализът по-долу поставя оценката в перспектива.

Таблица: SWOT анализ

<b>Силни страни</b>	<b>Слаби страни</b>
България е европейска страна и държава-членка на ЕС в тясно сътрудничество с другите държави-членки. EU-Health е ефективен лидер в проектирането на приложенията на електронното здравеопазване, понеже задава стандарти за международни връзки, като напр. системата eSOS за реципрочни здравни услуги.	Сътрудничеството между НЗОК и МЗ в сферата на системите би могло да бъде и по-добро. „Окабеляването“ на здравния сектор би следвало да се следи много внимателно и да се ръководи от МЗ, за да се направят връзките между доставчиците и платците максимално ефикасни. Отделните субекти обаче най-добре могат да разберат собствените си изисквания и по този начин да играят водеща роля за някои от приложенията. Това се отнася особено за НЗОК, чиито системи имат много специфични изисквания в конкретни области.
България разполага с отлична образователна система за обучение в сферата на науката, технологията, инженерните дисциплини и математиката, като осигурява постоянен приток на добре обучени професионалисти.	Политическото естество на водещата позиция на МЗ в електронното здравеопазване може да доведе до чести промени и текучество при тази изключително важна позиция, което може да причини липса на приемственост, обтекаемост на стратегиите и объркване на по-ниските равнища. Дейностите по проектирането могат да отнемат няколко години и е важно да се създаде стабилна среда, за да може да се разцъфти разработваната стратегия. Значими и резки промени могат да са вредни, да забавят напредъка и да предизвикат неефикасности.
	ИСЗО на НЗОК е вече доста остаряла и не предоставя достатъчна управленска информация на членовете на Управителния съвет и на ръководството на НЗОК. Това може отчасти да обясни ограничената способност на НЗОК да управлява рискове и да води преговори за реформи.
<b>Възможности</b>	<b>Заплахи</b>
Макар България явно не притежава официален РЗД, фактът, че няколко доминиращи продавачи са уловили голям дял от пазара на системата на доставчиците, дава основа за създаването на официален РЗД на базата на появяващия се де факто вариант.	ИСЗО в НЗОК е в тежко състояние, нуждае се от ремонт и страда от липса на всякакви жизнеспособни механизми за поддръжка. Това е сериозна заплаха за устойчивостта на бизнес процесите в НЗОК и това потенциално би могло да доведе до пълен срив на системата. Ако това се случи, вероятно ще се наложи на НЗОК да премине към ръчни процеси (на хартиен носител), което без съмнение ще създаде

	неточности и непоследователности в присъждането на искове, ще забави плащанията на доставчиците и ще отслаби счетоводния контрол и управленската информация.
България има голям опит с проектирането, инсталирането и използването на информационни системи на основата на доставчиците. Това би позволило постигането на по-нататъшен напредък може би за по-малко време, отколкото в други страни. Тук възможен вариант би било национално българско електронно медицинско досие, което да свърже всички равнища на медицинската помощ, а може би да привлече участие и от частния сектор. Може да се управлява и добра връзка между системите на доставчиците и системата на платеща чрез създаването на силен механизъм за обмен на данни между тях.	Независимо от стабилния приток на специалисти в сферата на науката, технологията, инженерните дисциплини и математиката, както и обучени компютърни експерти, България губи много от тях поради по-високите заплати в повечето други страни-членки на ЕС. Текучеството при служителите и произтичащата от това липса на приемственост са сериозни заплахи. Извеждането извън на разработването и поддръжката може да е част от решението на проблема.
	В момента няма видимо обсъждане на това, което би трябвало да включва следващото поколение системи за НЗОК. Не е започнало проучването на изискванията. Тъй като необходимото време за разработването на нова система (или за доставката/инсталирането на нова система) е няколко години, НЗОК следва да предвиди потребностите си доста по-рано.

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

48. Както във всички страни и в България системата на финансирането на здравеопазването е изправена пред сериозни предизвикателства. Някои от тях се коренят в демографските и епидемиологичните преходи, други са произлезли от слабата икономика, а трети са свързани с проблеми в управлението, в нормативната уредба и политиките.
49. България изразходва повече средства за здравеопазване, отколкото други страни със сравними доходи. Общите и частните разходи са по-високи, а публичните разходи са сходни на световните средни стойности. Здравните резултати са на средно равнище, а финансовата защита на макро- и на микро-равнище е слаба, неравнопоставена и влошаваща се. Предвид вече високото фискално усилие на България и мрачните перспективи за растеж, устойчивостта ще бъде трудна. Повишаването на ефикасността е основната сфера за генериране на бъдещото фискално пространство и подобни положителни явления могат да се открият в процедурите на НЗОК за закупуване на услуги и лекарствени средства, по-добро рационализиране на най-добрите бизнес практики на основата на критерии за ефективност на разходите и финансова защита, и холистичен контрол върху лостовете и изпълнението на финансовата и клиничната политика, което влияе върху разходите и пр. По този начин оценката на структурните и оперативните резултати от работата на НЗОК е от жизнено важно значение за установяването на основните показатели на реформата на финансирането на здравеопазването – и наистина, като основната институция за финансирането на

здравеопазването, тя би трябвало да се ангажира с проектирането и най-вероятно да е движеща сила в изпълнението.

50. В едно проучване на Световната банка (Cangiano, Curristine, Lazare 2013) се открояват някои основни черти на управлението, които са от критично значение за ефикасното управление на една каса за задължително здравно осигуряване, по отношение на които следва да се оценява НЗОК. Те включват:

а) Кохерентни управленски структури, които влияят на насочването (стопанисването) на задължителното здравно осигуряване, на неговата стабилност и независимост.

б) Ангажираност на заинтересованите лица, което влияе върху отчетността на системите и правилната представителност в управленските структури.

в) Надзор и нормативна уредба, които осигуряват спазване на правилата, равнопоставеност в условията на конкуренция, ранна намеса и санкции, когато е необходимо.

г) Прозрачност и информация, за да се даде възможност на съответното заинтересовано лице за участие и надзор.

д) Последователност и стабилност, за да се избегнат промени в правилата и нормативната уредба на основата на краткосрочни политически съображения.

51. От гледна точка на едно по-високо равнище НЗОК потенциално има предимства: ефикасно обединява рисковете на национално равнище; поема отговорности за държавното финансиране на почти целия спектър медицинска помощ (с важното изключение на спешната помощ); и като най-голямата и единствена институция за обединени здравни плащания се намира в положение на моносония по отношение на доставчиците, от които закупува услуги от името на осигурените лица.

Все пак от практична гледна точка структурата на управлението, която задава рамката на организационното устройство и оперативните политики на НЗОК, подкопава резултатите от работата ѝ по изпълнението на функциите ѝ във финансирането и постигането на целите на финансирането. По-специално законодателната и регулаторната среда, както и оперативните процедури, са нестабилни, непрозрачни и невключващи всичко, и в общи линии не отговарят на критериите за добро управление, като се обхващат отговорности, власт и експертиза. Не предлагат механизъм, за да се осигури платежоспособност и устойчивост, и генерират неефикасности и стимули за скъпоструващо лечение, насочвано към болниците. Резултатът е фрагментирано вземане на решения и оперативна среда, която изключва холистичен и ефективен подход към формирането на политиките.

52. Най-критичният аспект обаче е НЗОК да има кохерентна управленска структура, ефективно стопанисване и – до известна степен – независимост.

53. На хартия отговорностите ѝ за управлението на публични финанси обхващат и трите фази на управлението на бюджета – формиране, одобрение и изпълнение (Cangiano, Curristine, Lazare 2013). НЗОК отговаря в крайна сметка за изпълнението на задълженията си да предостави услугите, включени в ОПД на всички осигурени лица в рамките на бюджета. За да се осигури платежоспособността им, средствата за задължителното здравно осигуряване обикновено използват редица лостове на политиката, които могат да бъдат организирани в три широки категории приходи; разходи; и договориране и плащане.

✓ От страната на приходите са корекцията на вноските и управлението на резервите. Размерът на вноските и правилата за определянето на преведените суми, които следва да се получат от НЗОК, са заложиени в Закона за здравното осигуряване. Макар тази характеристика определено да не е

уникална, изглежда, че НЗОК разполага с много малко информация относно: (i) произхода на вноските, които получава, включително от държавата от името на осигурените по закон части от населението; (ii) как са свързани те с разпоредбите на закона; и (iii) колко хора правят вноски и историята на техните вноски. Следователно тя не е в състояние да оцени адекватността на равнищата на вноските предвид риска и социоикономическите профили на осигурените лица, да определи как могат да се развият приходите ѝ във времето, и да оцени и управлява проактивно всякакви рискове (здравни и свързани с равнопоставеността), възникващи от промени в профила на осигуреното население или техните вноски или преводи. По закон НЗОК следва да осигури резерв от 10 процента от вноските, които получава, за извънредни случаи и неотложни разходи, които Надзорният съвет има правомощия да изразходва. По принцип наличните средства в бюджета на НЗОК в края на годината, включително получените от преизпълнение на плана за приходите или от спестявания при заплащането за разходи и трансфери, се прехвърлят към бюджета на НЗОК за следващата година. Неочаквани промени в бюджетния дефицит на НЗОК следва да се уреждат чрез консолидираната фискална програма и да са в съответствие с ограниченията по закона за максималния размер на разходите и дефицита на консолидираната фискална програма, заложен в Закона за публичните финанси.

✓ От страната на разходите един от първите критични лостове е управлението на правата или ползите, гарантирани на осигурените лица. Тези права включват на първо място списъка стоки и услуги, до които има достъп осигуреното лице (ОПД). Те включват и обстоятелствата, при които могат да се получават услуги и от кого. Това означава вземане на решение кои услуги са включени в ОПД и при какви обстоятелства (с други думи клинични политики относно кой следва да получава какви услуги и кога), кои лекарства са включени, както и изискванията за съвместно плащане. Много от тези елементи са определени по закона и чрез наредби, а не пряко от НЗОК. Всъщност други институции, включително МЗ и Съветът по ценообразуването за лекарствени средства, задават повечето параметри. Например чрез наредби Министерството може да добавя нови КП, да определя услугите, които следва да получават диспансерните (хронично болните) пациенти, да установява правила за направленията и пр. Съветът по ценообразуването взема решения за включването на лекарства, както и за процентите за заплащането им. Същевременно никоя от тези институции не подлежи на отчет, не е отговорна или притежаваща необходимата експертна компетентност, за да гарантира, че бюджетът на НЗОК е устойчив. В допълнение няма доказателства, че тези решения са взети индивидуално на основата на задълбочени икономически и финансови анализи на сегашните и бъдещите им въздействия върху бюджета на НЗОК или че един единствен орган има правомощията, инструментите или властта да оценява колективното им въздействие и в крайна сметка да решава дали или как да се финансират те и какви компромиси може да изискват. В много отношение няма съответствие между отговорността за определянето на очертанията на пакета дейности и отчетността за действителното му предоставяне в рамките на даден бюджет.

✓ За договорирането и плащането в Глава се обсъжда как допринасят сегашните методи за засилването на някои черти на предоставянето на услуги, които подкопават способността на НЗОК да се справя устойчиво с бремето на НЗЗ и по-специално с растящия дисбаланс между стационарна и извънболнична помощ. По-долу са изтъкнати най-критичните въпроси.

- В сегашната правна система никое звено няма – и не се чувства овластено да упражнява – властта да ограничава навлизането на нови доставчици на пазара и да решава дали с тях да се сключват договори. Всъщност ако бъде открито здравно заведение, което отговаря на някои основни критерии, неговият лиценз не може да бъде отказан и ако бъде лицензирано, НЗОК не може да откаже да сключи договор с него. НЗОК следователно няма

власт да взема решения за „селективно договориране“ на основата на измерване на ефикасността и качеството – или дори на основата на потребностите на населението.

- Набор от правила за задължителните направления (напр. от ОПЛ към специалист), съчетани с тавани, ограничават извънболничната помощ. Обратно, трудно се налагат ограничения върху грижите, които могат да предоставят болниците. Болниците, на които се заплаща за всеки случай, са силно стимулирани да увеличават обема. Освен това характеристиките на КП са такива, че (i) болниците могат – или имат стимули – да приемат пациенти, които биха могли да бъдат лекувани и при извънболнични условия; (ii) са принудени да практикуват по начини, които могат да са неефикасни или вредни за пациентите (понеже в КП се предписва какво трябва да се прави, какъв да е престоят в болница на пациента и пр.); или (iii) може да са стимулирани да манипулират съобщаваната информация, за да си осигурят плащанията.
- На теория договорирането и плащанията трябва – и дори могат – да бъдат използвани и коригирани от НЗОК за насърчаване и награждаване на качеството и ефикасността на отделни доставчици, както и в цялата система. Всяка година се провеждат преговори между НЗОК и БЛС по НРД, цени и обеми. На хартия цените следва да се изработват на основата на методология за определяне на себестойността, разработена от НЗОК и ревизирана от МФ и МЗ; клиничните параметри следва да съчетават строго оценявани най-добри практики и икономически съображения за степента, до която осигурените лица могат да си позволят пакета дейности. В действителност обаче НРД и преговорите цена–обем са единствените инструменти, с които разполага НЗОК, за да управлява бюджетните си ограничения, а на доставчиците да постигнат заложените като цел приходи. От страна на доставчиците тези преговори са също шанс за различните „специалности“ или категории доставчици да рекламират известни програми. Преговорите са всъщност по-скоро политически, отколкото технически и при тях има повече противопоставяне, отколкото целенасоченост за колективно решаване на системните проблеми, които пречат на работата на системата на здравеопазването.

✓ В обобщение НЗОК разполага само с ограничен набор инструменти, за да изпълни ефективно отговорностите си за публичното финансово управление като единствен универсален задължителен здравен осигурител в страната. По-специално се сблъсква с пречки при използването на главния ефективно наличен лост – да стане „активен“ купувач, отчасти тъй като не разполага с някои критично важни правни инструменти. Освен това, може би поради съчетанието на чести смени на ръководството и на нормативната уредба, изглежда неспособна да работи за промени, които биха могли да помогнат да се реорганизира системата. Следователно НЗОК е станала повече или по-малко ограничена да бъде на първата линия като пазител на финансовите цели и като разплащателна агенция при правителството, което е и платецът от последна инстанция в случай на превишения.

54. Следва да се намери решение за разпокъсаността и разминаването на ролите и отговорностите между НЗОК, МЗ и МФ – ако не по друга причина, защото те поддържат скъпоструваща и неефективна система. По-нататъшни проучвания на прогнозите на разходите подсказват, че финансовият натиск, генериран от сегашната система за предоставянето на услуги и за плащане, ще се изостри в съчетание с демографските и епидемиологичните промени, и ще бъде важно да се насърчават реформи в предоставянето на услуги, което ще помогне да се ограничат разходите и да се използва НЗОК като лост при тяхното изпълнение. По-тесни работни взаимоотношения между НЗОК и МЗ биха могли да смекчат някои от тези проблеми (степента, до която се прилагат най-добрите бизнес практики, по-добро съгласуване на стандартите в медицинската практика и политиките на плащанията, политиката на таваните и направленията). Може дори да се твърди, че

това съгласуване би могло да се постигне по-лесно, ако НЗОК се реорганизира като отдел на МЗ или МФ. В някакъв момент ще трябва да се вземе решение кой (НЗОК, МЗ или МФ) има окончателната власт и отговорността за да се гарантира, че системата е ефикасно управлявана и финансово устойчива.

55. Оценката и предприетата работа до този момент също подсказват, че дори да се изпълнят условията за основното осигуряване и дори да се организират свързано функциите за публично финансово управление, системата все пак ще трябва да разработи някои жизнено важни инструменти, за да ги използва. Системата за здравна информация на НЗОК е компрометирана тежко оперативната ѝ ефективност и тя е неадекватна за справяне с бъдещи потребности. Разработването и използването на икономически и финансови инструменти като актюерски проучвания и анализ на ефективността на разходите са необходими за проектиране и прилагане на ефективна политика. Трябва да се разреши проблемът с информационните празноти, в т.ч. с данни за достъпа до медицинска помощ от осигурени и неосигурени лица по социоекономически характеристики и здравен статус, както и за приходите на НЗОК.
56. В заключение с политическа насоченост споменатата разпокъсаност и разминаването на ролите и отговорностите изключва холистичен подход към формирането и осъществяването на политиката за финансиране на здравеопазването. От една страна някои от основните цели на здравната политика, залегнали в Националната здравна стратегия 2014–2020 г. на страната, в т.ч. необходимостта от повече първична помощ, профилактика и управление на НЗЗ, както и дългосрочните грижи, не се анализират пълно в техните измерения на финансирането на здравеопазването. От друга страна някои централни проблеми за финансирането на здравеопазването получават много малко внимание, както се вижда от два примера. Първо, въпросът колко да се разшири осигурителното покритие за неосигурените се разглежда предимно като проблем за изпълнение в сферата на НАП, въпреки че това може да се обоснове на принципа на равнопоставеността и ефикасността: неосигуреното население е до голяма степен бедно, хората обикновено търсят достъп до системата късно и не непременно по начин да си осигурят най-добрите резултати за вложените средства. Второ, финансовата защитата за осигурените е слаба, неравнопоставена и не се подобрява. Плащанията със собствени средства са с много висока стойност, пречат на достъпа и причиняват обедняването на 4 процента от домакинствата – значителен брой.
57. В резюме НЗОК няма авторитета, за да изпълни ефективно ролята и отговорностите си като единствен универсален задължителен здравен осигурител в страната. 100-те или приблизително толкова изменения и допълнения към първоначалния закон и множеството интерактивни разпоредби раздробиха авторитета и вземането на решения, което изключва прозрачността, изпълнението на отговорностите, свързани с управлението на публичните финанси, както и холистичен подход към изготвянето и осъществяването на политиката. Тази диагноза отразява заключенията на доклад от ноември 2014 г., изготвен от НЗОК (откъс от който е даден в [Капе 4](#)).

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

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

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

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

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

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

Основните въздействия върху НЗОК оказаха влияние върху:

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

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

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

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

Източник: NHIF 2014, р.1.



## Глава 5. Изходни данни относно реформата на системата на финансиране на здравеопазването

В заключение на Част I се вписват обсъдените в предишните глави диагностични елементи и се включват в една по-широка карта на силните и слабите страни, които представляват изходната база за политиката на реформи на конкретните институции и характеристики на системата. Тъй като системите на здравеопазването са сложни, намерението тук е да се направи моментна снимка на основните параметри на работата им, взаимодействията им и вероятните вериги на причинно-следствени връзки за тях<sup>87</sup> – независимо как са организирани типологично. След като се представи SWOT анализ на всяко от петте ключови послания, в главата се подсказват възможни сфери за реформи, произтичащи от диагностиката.

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

Резултатите в сферата на здравеопазването са на средно равнище за приходите на страната и за разходите за здравеопазване, макар и двете да са под средните стойности за ЕС и не са се подобрили толкова бързо, колкото в съседни страни. Такива резултати са функция на много фактори, в т.ч. и на индивидуални модели на поведение, които са в основата на бремето на заболяванията, общественото здравеопазване, физическия и финансов достъп до здравеопазване, конфигурацията на системите за осигуряване на хуманно и физическо здраве, и други социални детерминанти на здравеопазването.

### **Силни страни и възможности:**

- Резултатите на страната в сферата на здравеопазването са сравними с други страни със сходни равнища на доходи и разходи за здравеопазване.
- България има добре разработени и широки програми за обществено здравеопазване, включително и забрана на тютюнопушенето.
- Съществува добре разработена и всеобхватна система за предоставяне на здравни услуги в цялата страна.
- Повечето доставчици са автономни субекти и разделението между продавач и доставчик създава пространство за стратегическо закупуване и отчетност „на една ръка разстояние“.
- НЗОК покрива по-голямата част от населението, като по този начин предоставя финансов достъп до комплексен ОПД.
- Неосигурените лица могат да получават безплатно лечение при спешни случаи.
- НЗОК стана единственият най-голям обединен купувач на здравни услуги, който е отговорен за предоставянето на широка гама грижи (неотдавна бяха добавени лекарствата за онкологични заболявания).
- НЗОК следователно може да има голямо влияние като моносонистичен купувач в цялата система на здравеопазването.

---

<sup>87</sup> Както беше обсъдено по-рано, макар да е много трудно да се определят пряко причинно-следствените връзки, ние се опитахме да използваме количествената информация и световно приетата рамка за целите и задачите, глобалния опит, актюерската наука и пр. за емпирично анализиране на въздействията на характеристики и политики на системата.

- Модернизирани са системите на плащане и съдържат елементи на най-добрите световни практики (като капитационен принцип за ОПЛ, предвиждане на бюджет за доставчиците на амбулаторна помощ и заплащане, основано на всеки отделен случай при болничната помощ).

#### **Слабости и заплахи:**

- Програмите за общественото здравеопазване не съответстват добре на големия и нарастващ товар на незаразните заболявания (Dimova, Popov, Rohova 2008).
- Макар да отчита развиващия се товар на незаразните заболявания, Националната здравна стратегия не дава адекватно решение за необходимите компромиси сред конкуриращите се приоритети при нуждите на страната от здравеопазване.
- Системата за предоставяне на услуги се основава на модел за остри грижи и не е твърде подходящ за икономически изгодна профилактика и лечение на незаразни заболявания. Системата на спешната помощ също може да допринесе за това предпочитание на стационарна помощ.
- Има твърде малко лекари в първичната помощ и повечето от тях нямат адекватна подготовка в областта на семейната медицина и управлението на незаразни заболявания.
- Здравните работници бързо застаряват, не достигат медицински сестри и голям брой млади здравни работници емигрират.
- Системата на дългосрочно лечение, вкл. нейните социални аспекти, не е добре развита и не се вписва добре в системата на интензивни медицински грижи.
- ОПД на НЗОК, макар и голям, не се основава на критериите за ефективност на разходите и е ориентиран към интензивното лечение, а не се фокусира върху надвисналото бреме на незаразните заболявания.
- НЗОК няма достатъчно правомощия или способности да управлява покупателната си способност. По-специално тя трябва да сключва договори с всеки сертифициран и желаещ доставчик, като по този начин не може да прилага селективно сключване на договори, за да се гарантира ефикасност и качество. НЗОК няма и адекватна информационна система, която да ѝ позволи стратегическо закупуване на услуги (вж. раздела за информационните технологии по-долу).
- НЗОК не притежава възможности да санкционира болници за слаба работа и не успя да накара общопрактикуващите лекари да изпълняват 24-часовата си функция на проследяване на пациентите. Това допринася за неефикасното използване на ресурсите, като насърчава ненужна спешна помощ.
- Преобладаването на стационарната помощ се засилва от използваните от НЗОК договорености за заплащане, които ограничават амбулаторната помощ и създават силни стимули за стационарна помощ в сравнение и други видове помощ.
- КП, създадени първоначално като клинични инструменти и използвани сега като основа за заплащането за всеки случай, генерират големи изкривявания по отношение на ефикасността и справедливостта.
- Високите стойности на плащанията със собствени средства, за лекарства, използвани при първична и вторична профилактика на сърдечносъдови заболявания и за справяне с други хронични състояния, вероятно ще попречи както на достъпа до, така и на поддържането на лечения, които са важни за предотвратяването или забавянето на развитието на заболяването, като по този начин се увеличават разходите надолу по системата.

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

- Преоценка на политиките, свързани с НЗЗ и на рамката на общественото здравеопазване, и тяхното реприотизиране по целесъобразност.

- Разработване на комплексна оценка и дългосрочна стратегия за човешките ресурси в здравеопазването.
- По-нататък ребалансиране на предоставянето на услуги чрез:
  - а. Разработване на генерален план за болнична и дългосрочна помощ според потребностите, както за човешкия, така и на физическия капитал, в светлината на сегашното и бъдещото бреме на незаразните заболявания, със силни нормативни цели, които включват неравнопоставеност при достъпа, подобряване на качеството и засилена координация на всички равнища на помощта.
  - б. Реорганизиране на предоставянето на услуги според плана и даване на правомощия на НЗОК да управлява пълно покупателната си способност.
  - в. Засилване на първичната и амбулаторната помощ.
  - г. Повторно оценяване на ролята, която може да играе спешната помощ за осигуряване на достъп и приемственост в грижите в рамките на континуума на грижите, както и ориентиране на пациентите в системата.
  - д. Осигуряване на по-добра координация между дейностите и програмите, финансирани от МЗ и НЗОК.
- Модернизиране и засилване на осигуряването и проследяването на качеството на всички равнища на системата на доставки.
- Привеждане в съответствие на системите за плащане и на механизмите за отчетност в подкрепа на реорганизирането на предоставянето на услуги и подобряване на стимулите за оказване на лечение на правилното равнище на грижи, както и координация между различните равнища чрез:
  - а. Преразглеждане на политиките на заплащане на НЗОК и по-специално за болниците.
  - б. Прилагане на реформи в сключването на договори (напр. въвеждане на положителни стимули в различни договорености за споделяне на риска и разрешаване на изборително сключване на договори).
  - в. Обвързване на плащанията с резултатите и с качеството с помощта на инструменти като ДСГ и други покупателни модели на принципа на заплащане за резултати от работата и основани на стойността.

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

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

**Силни страни и възможности**

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

### **Слабости и заплахи**

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

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

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

*5.3. България разполага със здравноосигурителна система, която осигурява универсално покритие на около 90 процента от населението, като обединява рисковете и насърчава солидарност на национално равнище, но оставя някои лица извън системата и предоставя ограничена и намаляваща финансова защита.*

НЗОК е била създадена за предоставяне на универсално покритие преди 15 години, но около 7–12 процента от постоянно живеещото в България население не са осигурени. Най-бедната част от населението (лицата с най-малки възможности да плащат вноските си) представляват около 70 процента от неосигурените, като квартилът на най-бедните е 43 процента. Изглежда съществува и значителен брой хора, които влизат и излизат в статуса на осигурени лица (6 процента от населението между 2010 и 2013 г., но почти половината от неосигурените лица през 2013 г. са били осигурени през 2010 г.), и много по-голям дял от населението се подлага на периодичен отказ на финансова защита.

Независимо от увеличените разходи за здравеопазване, частните плащания със собствени средства са се увеличили много по-бързо в сравнение с публичните разходи, от 26 процента от общите разходи за здравеопазване през 1995 г. на 47 процента през 2012 г., или повече от два пъти над прага за финансова защита на СЗО, при което фармацевтичните разходи възлизат на около  $\frac{3}{4}$  от покриваните със собствени средства разходи. Обедняването поради покриваните със собствени средства големи медицински разходи също се влошава, като 4.2 процента от домакинствата са обеднели през 2013 г. спрямо 3.8 процента през 2010 г.

#### **Силни страни и възможности**

- НЗОК, като единствен задължителен национален здравен осигурител и обединяваща риска институция за цялото население, обединява ефикасно здравните рискове и отговаря на световните тенденции за централизация на обедняването на риска.
- Около 90 процента от населението е осигурено, включително повечето деца и повечето възрастни лица, чието осигуряване се субсидира от държавата.
- НЗОК разчита на диверсифициран набор приходи, главно: (i) вноски за социално осигуряване от работодателите (вкл. правителството от името на държавните служители и други публични личности), чиновници и самонаети, и (ii) общи приходи от правителството.
- Правителството предоставя и финансира осигурителното покритие на редица „нуждаещи се“ или високоприоритетни групи.

- Пакетът дейности, покритан от НЗОК, е обширен и включва модерни технологии и иновативни лекарства.
- Правят се усилия да се осигури достъп до здравно осигуряване за най-уязвимите и най-бедните (безработните, лицата с увреждания, които имат право на социално подпомагане и пр.).
- Структурата на приходите на НЗОК явно насърчава преразпределение между групите.

#### **Слабости и заплахи**

- Почти 70 процента от неосигурените лица са бедни или почти бедни и са с ограничени възможности да плащат вноски.
- Финансовата защита е слаба, като плащането със собствени средства възлиза на 47 процента от общите средства за здравеопазване – повече от два пъти над препоръчания от СЗО праг от 20 процента и над равнището на такива плащания през 1995 г.
- Съществува неравнопоставеност при плащането със собствени средства, тъй като бедните харчат за здравеопазване много по-висок дял от доходите си извън разходите за храна (6.8 процента), отколкото не-бедните (4.1 процента), и тези неравнопоставености са се влошили през годините.
- България се нарежда единствено след Латвия по самоопределяне на неудовлетворени потребности сред квинтила с най-ниски приходи (над 20 процента).
- Разходите за плащането със собствени средства като дял от общите разходи за здравеопазване и от БВП, както и на глава от населението, са доста над равнищата в други страни със сравними приходи.
- Лекарствата са причината за около ¼ от плащанията със собствени средства, което води до загриженост относно ефективността на най-добрите бизнес практики на НЗОК за фармацевтично покритие, както и за нейното съвместно плащане и политики на ценообразуване.

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

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

*5.4.В България има рамка на фармацевтичната политика с европейски регулаторни стандарти, но с неоптимални процеси на включване в списъците и с неадекватна свързаност между лостовете на политиката, свързана с търсенето и предлагането, което води до неконтролирано нарастване на разходите и неадекватна финансова защита.*

Лекарствените средства възлизат на около 37 процента от общите разходи за здравеопазване, в сравнение със средна стойност за ЕС от 25 процента. Секторът страда от критична липса на обща интегрирана национална лекарствена политика, която да насочва приоритетите и да осигурява последователност в политиките. Политиката изглежда най-силно насочена към ограничаване на

разходите на НЗОК, а не толкова към подобряване на достъпа и предоставяне на финансова защита на пациентите, което може да увеличи разходите надолу по системата на здравеопазването.

Макар регулаторните стандарти и процеси да са приведени до голяма степен в съответствие със стандартите на ЕС, механизмите на вписване и ценообразуване на лекарства в ПЛС не осигуряват достатъчно добро съотношение качество-цена за НЗОК и допринасят за бързото нарастване на разходите за лекарства. Сравняваните цени на много патентовани и незащитени с патент лекарства са поне толкова високи, колкото в страни с далече по-голяма платежоспособност, следователно много субсидирани скъпоструващи лекарства едва си са икономически целесъобразни в България.

#### **Силни страни и възможности**

- Регулаторните процеси са в съответствие с европейските стандарти.
- ПЛС е изчерпателен.
- Покриване на редица скъпоструващи лекарства, които са налични без съвместно заплащане.

#### **Слабости и заплахи**

- Липсва всеобща национална лекарствена политика, която да установи договорените приоритети и да насочва последователно развитие на политиката.
- Недостатъчно се разглежда ефективността на разходите или на достъпността при сегашните подходи към подбора, включването в списъците и ценообразуването на лекарствата в ПЛС.
- Липсват достатъчно насоки за клинично лечение, основаващо се на доказателства и неадекватен контрол върху предписването и използването на лекарства.
- Структурата на съвместното плащане създава прекомерни плащания със собствени средства, поражда несигурност у пациентите и пречи на спазването на лечението.
- Параметрите на политиката не насърчават активното използването на генерични лекарства и не подпомагат адекватно конкуренцията на пазара на незащитени с патент лекарства.

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

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

*5.5. В България има динамичен сектор на информационните технологии и амбиции за напредък в здравната информатика в страната, но ограничени конкретни стъпки за решаване на най-неотложните проблеми.*

Много от съществените характеристики на една жизнена здравноинформационна индустрия са налице, но както и в по-голямата част от света приложенията в здравеопазването значително изостават от челните постижения. Съществува обаче възможност за бърз напредък предвид географското положение на България и членството ѝ в ЕС. Прогнозите за информационните системи за управление в здравеопазването следователно остават смесени.

**Силни страни и възможности**

- Два или три основни продавачи са довели до фактическо определяне на стандартите и са предоставили разумно оперативна съвместимост между доставчиците и НЗОК, както и между доставчиците и МЗ.
- Като държава-членка на ЕС България може да участва в дейности и иновации, свързани с ЕС.
- България притежава значителен капацитет и опит в разработването на софтуер и в широкомащабна системна администрация.

**Слабости и заплахи**

- ИСЗО в НЗОК след няколко години без поддръжка (поради проблеми с договорите) е стигнала до състояние, при което много финансови функции и функции, свързани с планирането, се налага да се извършват ръчно, за да се заобиколи системата. Тази ситуация може само да се влошава.
- Системите нямат гъвкавостта, за да предоставят на НЗОК информация, която е от ключово значение за съвременното управление на риска, включително изчерпателна информация за включеното население, за здравния му статус, използваемостта и способността да се анализират данните.
- Информационната система на НЗОК не е достатъчно подготвена да поеме големи промени във функционалността или в обема транзакции, които могат да произтекат от реформите.
- При изготвянето на програмата за електронното здравеопазване ръководството на МЗ не е проявило достатъчно решителност и е направило, изглежда, ограничени усилия да ангажира заинтересованите страни с политиката.

**Възможни приоритетни сфери за реформи**

- Намиране на решение на проблемите с информационната система на НЗОК.
- Стартиране на оценка на изискванията с цел дефиниране на нова ИСЗО на НЗОК.
- Разработване и последователно прилагане на стратегия за електронно здравеопазване с внимателно определени фази, с отчитане на ограниченията в бюджета и приоритетните потребности на сектора.
- Свикване на постоянен консултативен съвет от национални и международни експерти, който да обсъди бъдещото развитие на системите – доставчици и платци – и предоставяне на данни относно проектирането и администрирането на системите.



## Част II: Преглед на предвижданите реформи

### Увод

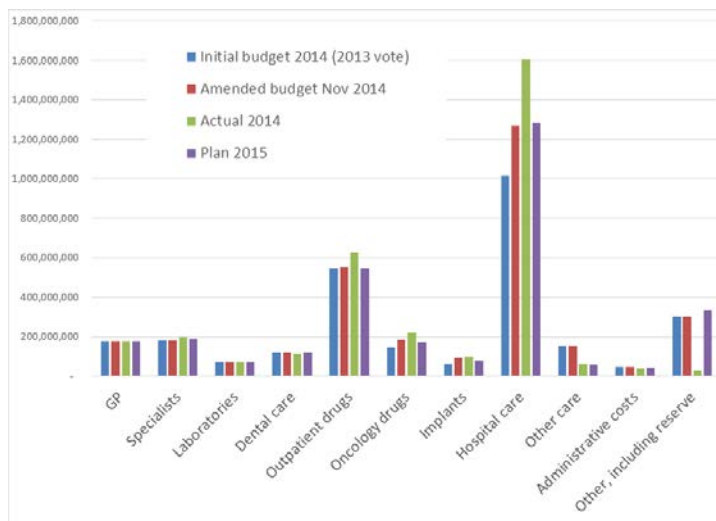
Тази втора и последна част на доклада е организирана около програмата за реформи на МЗ, одобрена от Министерския съвет на 18 февруари 2015 г. (на основата на Концепцията „Цели за здраве 2020“—МЗ 2015а). В нея се обсъждат и анализират избрани приоритетни сфери на програмата за реформи, за която Програмата за консултантски услуги може най-добре да даде принос. Акцентът остава върху финансирането на здравеопазването, макар че включваме и някои други сфери от особен интерес за правителството, като се отчита, че системите на здравеопазването са сложни интерактивни организми, в рамките на които финансирането въздейства върху други компоненти, за да се постигнат определени резултати.

Стимулт за „Цели за здраве 2020“ е признанието, че „[България] плаща повече за по-малко здраве“ (МЗ 2015b). Това заключение произтича от системните анализи, включени в „Концепцията“ и подкрепен с доказателства в предишната част на този доклад. В сравнение с други държави-членки на ЕС България е изправена пред по-сериозни предизвикателства поради високата смъртност, високото равнище на уврежданията и ниската средна продължителност на живота, изразена в години и в години добро здраве. И все пак, тъй като българското население продължава да носи по-голямо бреме на плащания със собствени средства, разходите на правителството за здравеопазване продължават да се увеличават, а финансовата устойчивост на системата на здравеопазването е изложена на все по-голяма заплаха.

Финансирането на българската система на здравеопазването е подложена на натиск. През 2014 г. се проведеха избори, което може би е затруднило прилагането на мерки за намаляване на разходите или строги бюджетни тавани. И все пак описанието на начина, по който са се развили плановете и действителните разходи на НЗОК след края на 2013 г. дава ясна представа за натиска върху НЗОК. Общите разходи през 2014 г. се оказват с 28 процента по-високи от разрешените според първоначално гласувания Закон за бюджета от 2013 г. Законът за бюджета е изменен два пъти през годината, но въпреки това действителните разходи надвишават планираните суми според изменението от ноември.

Бюджетът за 2015 г. предвижда общите разходи да са с 5 процента по-ниски от действителните разходи за 2014 г. ФигураФигура 3 показва, че ако не се използва резервът, това ще означава намаление с 20 процента на болничните разходи в сравнение с действителните от миналата година. Фигурата посочва също, че болниците и лекарствата са основните източници на натиск върху бюджета на НЗОК. Властите изразяват силна ангажираност към приетия бюджет, но болниците вече подсказват, че няма да са в състояние да предоставят услуги до края на годината.

Фигура 3: Бюджет на НЗОК – гласуван и действителен, 2014-2015 г.



Първоначален бюджет 2014 г. (гласуван 2013 г.)

Изменен бюджет нов. 2014 г.

Действителен 2014 г.

План 2015 г.

На абсцисата:

ОПЛ

Специалисти

Лаборатории

Дентална помощ

Амбулаторни лекарства

Онкологични лекарства

Импланти

Болнична помощ

Други видове помощ

Административни разходи

Други, в т.ч. резерв

На този по-широк и по-тесен фон в „Концепцията“ се уточняват пет главни национални здравни цели: намаляване на смъртността и нетрудоспособността, като същевременно се повишава средната продължителност на живота сред различните възрастови групи в населението чрез интегрирана профилактика, ранна диагностика и ефективно лечение на заболявания и увреждания. За постигането на националните здравни цели са дефинирани четири приоритета:

**Осигуряване на финансова устойчивост на системата на здравеопазването:** разглеждат се три подхода, в т.ч.: повишаване на разходите на правителството за здравеопазване; приемане на стратегии от страната и на търсенето, и на предлагането, за да се ограничи нарастването на разходите в здравеопазването; и използване на редица мерки за повишаване на ефикасността на разходите. Последният подход се възприема от правителството като най-изпълним. За него е най-важно решението да се раздели пакетът дейности на три пакета, за да се позволи приоритизиране финансирането от правителството и за се насърчат доброволните вноски (основен пакет, допълнителен пакет и спешен пакет);

**Промяна на функционирането на системата на здравеопазването** чрез акцент върху осигуряване на качество и резултати, и чрез постигане на националните здравни цели: това води след себе си реорганизиране на предоставянето на услуги чрез работа по следните ключови аспекти: извънболнична помощ (подобряване на услугите в първичната помощ и взаимодействието ѝ с други равнища), болнична помощ (преструктуриране и рационализиране на болниците и въвеждане на механизми за подобряване на качеството и ефикасността, в т.ч. системата на плащане), спешна медицинска помощ (прилагане на интегриран модел за обслужване на спешни пациенти), човешки ресурси за здравеопазване (обучение, усъвършенстване на уменията и подобряване на условията на работа за здравни работници) и електронно здравеопазване (въвеждане на национална здравна информационна система и осигуряване на достъп до системата с помощта на електронна лична карта за гражданите).

**Приемане на активен подход по отношение на медицинската помощ** и установяване на подкрепяща среда за специфични и уязвими групи от населението: групите включват майки и малки деца, деца със специални потребности, възрастни лица, лица с хронични психически разстройства, лица с увреждания и други социално уязвими групи; и

**Засилване на капацитета за обществено здравеопазване:** здравна промоция и профилактика на заболяванията, и участие на гражданското общество в здравеопазването.

Здравната програма на правителството за реформи е комплексна и всеобхватна. Определените приоритетни сфери и свързаните с тях дейности са много уместни за решаването на проблеми с критични потребности, както е посочено в Глава 5. В съответствие с най-добрите световни практики някои от откритите мерки включват засилване на първичната помощ в здравеопазването; рационализиране на болничните услуги; въвеждане на таван в заплащането на болниците от НЗОК; прилагане на оценка на здравната технология при одобряване на реимбурсираните от НЗОК услуги; и осъществяване на целенасочена лекарствена политика с акцент върху качеството, безопасността и ефикасността.

Макар очертаванията на реформата да изглеждат добре определени в някои сфери, други сфери са по-обтекаеми. За да се подкрепят най-добре здравните реформи на правителството, в тази част на документа са представени редица материали, специално предназначени за конкретните особености на програмата. Заедно със съпътстващите доклади, изготвени като част от Споразумението за консултантски услуги (Окончателен план за действие за осъществяване на заплащане на основата на ДСГ и Окончателен доклад с препоръки за реформи във фармацевтичния сектор в България – и двата текста от 2015 г.), тази част на доклада има за цел да предостави анализи и доказателства, които да информират правителството на България в усилието му да изготви плана за осъществяването и по-нататъшното развитие на неговите здравни реформи.

Останалите глави са организирани както следва:

Глава 6 изхожда от ясно решение да се прави разграничение между основен и допълнителен пакет услуги, които да се предоставят чрез здравното осигуряване. Предвид факта, че намерението е

ясно, но аспектите на проектирането и осъществяването все още не са напълно довършени, в главата се въвеждат ключови проблеми и уместни понятия, свързани с основния и допълнителния пакет дейности и се споделят изводи от международния опит.

Глава 7 въвежда допълнителни варианти за постигане на по-всеобхватно финансиране на програмата в здравеопазването с цел подобряване на основни аспекти на работата ѝ. В нея се прави анализ и се дават препоръки по-конкретно в две сфери, които би следвало да допринесат значително за постигането на целите икономическа целесъобразност и равнопоставеност: привеждане в съответствие на стимулите в системата на плащане на доставчиците и мерки за подобряване на финансова защита.

Глава 8 привежда богатия международен опит в електронното здравеопазване, като същевременно прави критичен анализ на сегашната здравна информационна система и препоръки за пътната карта на правителството за електронно здравеопазване. Целта е да се подготви страната за амбициозните бъдещи стъпки, като същевременно се обръща необходимото внимание на подкрепата за настоящата система.

Глава 9 анализира подробно пакета спешна медицинска помощ, управляван от МЗ. Предвид факта, че правителството е изготвило „Концепцията за развитието на системата на спешната медицинска помощ (СМП) в Република България (2014–2020 г.)” (МЗ 2014) с ясна визия и план за СМП, в главата се прави задълбочен анализ на сегашни и минали тенденции, за да се формулират препоръки за ключови сфери при осъществяването на Концепцията.

Глава 10 завършва доклада с обсъждане на първия от четирите ключови приоритети на правителството — осигуряване на финансова устойчивост на системата на здравеопазването. В нея се очертават отново основни сфери, които влияят върху тази устойчивост и се призовава да ангажиран подход към осъществяването на реформите във всички тези сфери.

## Глава 6. Основни и допълнителни пакети услуги: свързани понятия и поуки от международния опит

1. Според „Концепцията: Цели за здраве 2020“ (МЗ 2015а) разделянето на пакета здравни дейности, заплащани от НЗОК, на основен и допълнителен пакет е предназначено за приоритизиране на медицинската помощ, закупувана от НЗОК. Ще бъде създаден и отделен пакет спешни, за да се рационализира цялата гама дейности от спешни през жизнено важни до допълнителни. Спешните здравни услуги и системата на СМП са обсъдени в Глава 9.
2. За да се оптимизира използването на ресурси и същевременно да се ограничи неблагоприятното въздействие върху здравето, за дейностите в основния пакет ограниченията следва да се сведат до минимум, докато за плановите дейности в допълнителния пакет ще има механизми за планиране в известни граници и за изготвяне на списъци на чакащи пациенти. Здравноосигурените лица, които не желаят да чакат за медицински дейности в допълнителния пакет, ще могат да получат медицинската услуга *с помощта на договор за медицинско осигуряване при осигурително дружество по техен избор*. Освен това, в същия документ една от главните изброени дейности по Приоритет 1, „финансова устойчивост,” е „въвеждането на стимули за доброволно здравно осигуряване.”
3. Следващите два раздела открояват ключови проблеми, свързани с основния и допълнителния пакет дейности. Целта е да се въведат избирателно ключови понятия и въпроси, които се възприемат като важни от международния опит и които биха помогнали на правителството да предвиди проблеми и да обмисли стратегии по пътя на реформите си.

### 6.1. Въпроси, свързани с основния пакет дейности

4. Този раздел представя някои от основните съображения при проектирането на основен пакет дейности (ОПД). Открояват се ключовите въпроси, на които следва да се намери отговор чрез определянето на приоритетите и вътрешно присъщите трудности, произтичащи от този избор. Позовавайки се на опита на страни със среден и висок доход, определят се основните стъпки при дефиниране на ОПД.
5. ОПД в повечето системи на здравеопазването са предназначени за осигуряване на включените в програмата достъп до услугите, посочени в съответната нормативна уредба. На практика по-голямата част от тази нормативна уредба уточнява широки категории услуги: първична, вторична и третична помощ, като в някои случаи са покрити някои услуги. Често има „положителни списъци” на включени услуги или „отрицателни списъци” с невключени услуги, а понякога и двете. В действителност често се прилагат имплицитни или експлицитни критерии за „медицинска необходимост” и други техники за управление на прилагането (напр. задължително второ мнение на хирург). Дейностите често са ограничавани от изрични тавани в числово изражение или тавани на разходите (напр. 100 болнични дни), поделяне на разходите (удръжки и съвместни плащания), както и имплицитни или експлицитни квоти (World Bank 2015a).
6. Въпреки че има много малко системна информация за дейностите, покривани от различни програми за обществено здравно осигуряване и историческото им развитие, проучването UNICO на Световната банка в 24 страни обобщава общите характеристики на ОПД там (Cotlear et al. под печат). В проучването се заявява също, че в почти всички държави-членки

на ЕС се използват положителни списъци, макар много често само за лекарства. Само по-малката част от страните се използват квоти и има само отрицателни списъци (Carone, Schwierz, и Xavier).

### 6.1.1. Общи принципи

7. Макар страните да се стремят да предоставят най-комплексно здравеопазване на гражданите си, те са възпрепятствани от бюджетни ограничения. „Никоя страна, независимо от това колко е богата, не е в състояние да предостави на цялото си население всяка налична технология или интервенция, която може да подобри здравето или да продължи живота” (WHO 2010). Въвеждането на квоти за услуги и интервенции е неизбежно. Но какво представлява „жизнено важен” основен пакет услуги и как трябва да решава правителството кои услуги да се предоставят в ОПД? Макар че повечето дейности по определянето на приоритетите е специфично за всяка страна и зависи от ценностите на обществото, има две общи цели: *максимално здраве и намаляване на неравнопоставеностите в здравеопазването* (Hauck, Smith и Goddard 2005).
8. Много страни неотдавна въведоха експлицитни ползи за гражданите си, вместо просто да въвеждат отрицателни списъци с невключени услуги. Предвид съществените разлики в обхвата на дейностите в различните страни, вместо да се фокусира върху това кои интервенции са покрити, наличната литература се фокусира върху процесите, чрез които се вземат тези определящи приоритетите решения. Не е достатъчна нито една единствена „призма на политика” обаче за приоритизирането на здравните интервенции (IOM 2012). Процесът изисква експертни познания по икономика и етика, познаване на основани на доказателства практики и съсредоточаване върху здравето на населението. Институциите, отговарящи за оценяването и приоритизирането на нови технологии, често канят лекари, здравни икономисти, представители на Министерството на финансите, представители на обществеността, представители на здравните фондове и специалисти по етика, които да вземат участие в определянето на приоритетите.
9. Както е посочено в кубчето на СЗО, необходимо е да се обмислят три важни елемента, преди да се избере пътя на универсалното здравно покритие (УЗП): осигуряване на населението (кой е осигурен?); покритие на дейностите (кои услуги подлежат на осигуряване); и дълбочина на покритие (частта от покритиите разходи). Когато проектира пакет дейности, важно е да се даде отговор на следните въпроси (Busse 2013):

Какви услуги следва да се включат в обхвата на ОПД, по-специално с цел най-доброто постигане на целите на политиката на здравеопазването?

Какви водещи принципи или критерии следва да бъдат в основата на подбора на услуги?

Как може да се осигури баланс между всеобхватното, универсално покритие и финансовата устойчивост и финансовите ограничения?

До каква степен и какви видове условия или цели следва да се прилагат по отношение на покритието на някои услуги (напр. ограничаването им до лица с определени състояния, или до определени групи, напр. деца)?

Какви процеси и структури е необходимо да се създадат, за да се определи стандартният пакет?

Как ще се актуализира стандартният пакет? Какъв процес следва да се приложи?

Как ще се даде правна дефиниция на стандартния пакет, напр. какви законодателни и други подходи ще трябва да се приложат и как ще се свържат те с дефинициите на услуги за целите заплащането?

Как ще се решават спорове относно обхвата и съдържанието на стандартния пакет?

10. Каре 5 представя преглед на ключовите елементи, които следва да се вземат предвид при проектирането на пакета дейности. Каре 6 представя констатации относно приоритизирането от Изследването UNICO на Световната банка.

## Каре 5: Описание на проектирането на дейностите

---



Проектирането на дейностите включва:

1. Описание на включените дейности: услуги, лекарства, средства

- а. Определяне на онези включени услуги, лекарства и средства, които са включени променливо (различни нива);
- б. Определяне на онези включени услуги, лекарства и средства, които са в ограничено количество, с ограничена честота или ограничени по някакъв друг начин.

2. Описание на процеса на поделяне на разходите

- а. Конкретна дефиниция и сума в долари, свързана с отчисляемите суми, съвместното плащане, съвместното осигуряване и максималното плащане със собствени средства;
- б. Конкретно идентифициране на всякакви покрити услуги, лекарства и средства, при които няма поделяне на разходите;
- в. Конкретна дефиниция на всякакви покрити услуги, лекарства или средства, при които поделянето на разходите не се прибавя към максималното плащане със собствени средства;
- г. Конкретна дефиниция на онези услуги, лекарства или средства, чиято себестойност не е включена в максималното плащане със собствени средства, когато те не са покрити от осигуряването;
- д. Актюерската стойност.

3. Списък изключения от покритието

4. Дефиниция на ключови термини, засягащи покритието, в т.ч. дали дефиницията е в съответствие с външен стандарт

- а. Дефиниция на медицинска услуга;
- б. Медицинска необходимост;
- в. Експериментална, изследователска;
- г. Козметична;
- д. Дентална.

5. Идентифициране на иновациите в проектирането на дейностите

- а. Проектиране на осигуровки на основата на стойността, при които се съвместява поделянето на разходите със стойността.
- б. Идентифициране на мрежите на доставчиците, стимулите и вариантите за оказване на помощ
  - а. Стимули и отрицателни стимули за доставчиците на индивидуално и организационно равнище
  - б. Проектиране на мрежи: видове мрежи (напр. тесни мрежи, мрежи на различни равнища или концентрични, широки мрежи) и равнища на медицинските грижи или медицински обект за конкретни процедури или състояния в рамките на мрежите;
  - в. Центрове за високи постижения (без каквото и да е покритие извън мрежата за конкретни състояния);
  - г. Идентифициране на договореностите за доставката на грижи, които биха могли да повлияят на помощта:
    - i. Медицински домове;
    - ii. Управление на заболяванията;
    - iii. Координиране на грижите;

iv. Изисквания за направления към специалист.

7. Идентифициране на подходите, предназначени да повлияят върху използването на услуги, в т.ч. конкретни услуги, за които е необходимо разрешение, преди да бъдат предоставени, да бъдат предоставени на конкретно място (напр. хирургическа намеса в амбулаторен хирургически център), или да бъдат предоставени при конкретно равнище на грижите (като напр. „квалифицирана“ помощ в дом за възрастни лица)

8. Идентифициране на медицинските политики, които могат да повлияят върху осигурителното покритие, включително изрично изявление, че тези политики могат да се отнасят за всички покрити услуги на база индивидуален пациент

а. Достъп до конкретни медицински политики, които влияят върху покритието;

б. Описание на процеса на администриране на тези политики, в т.ч. жалбите, исканията за преразглеждане и процесите за обжалване.

9. Медицинско управление и/или управление на програмите за използваемост (напр. когато се изисква предварително разрешение за конкретни услуги; място на услугата, равнище на грижите, или предпочитани доставчици)

10. Политики на плащане, които влияят върху осигурителното покритие или поделянето на разходите

а. Договорености за обезвредяване;

б. Договорености за ценообразуване, които могат да засегнат поделянето на разходите и максималното плащане със собствени средства;

в. Референтно ценообразуване за лекарства и медицински или хирургически услуги.

11. Отчети за качеството и прозрачността на разходите за различията според доставчика, състоянието, процедурата, лечебното заведение и географията

12. Общо описание на начините, по които се администрират дейностите, в т.ч. описание на жалбата, молбата за преразглеждане и процесите на обжалване

Източник: IOM 2012.

## Каре 6: Проблеми, свързани с приоритизирането

Управляващите, които са се ангажирали със системно приоритизиране, изискват подробна информация и добро разбиране на техните варианти за институционната структура, процеси и критерии, които да се използват.

### Институционален механизъм

Първото им важно решение е за институционалния механизъм за приоритизиране на услуги за първоначалното покритие за програмата УЗП. В повечето страни от ОИСР с все по-високи здравни разходи за нови лекарства и технология, решенията за тези услуги се делегират все повече и повече на специализирани органи (Landwehr и Bohm 2011). Специализирани агенции могат по-лесно да вземат тези решения – и по аполитичен, научен и достоверен начин (Flinders 2008), понеже, например, за страни, които използват отрицателни списъци при дефиниране на своя пакет дейности, ще се окаже непопулярно да се добавя към този списък. И все пак тези агенции се нуждаят от вградени защити, за да се предотврати потенциалната загуба на отчетност (Landwehr и Bohm 2011).

Един свързан проблем, когато се установяват институционалните механизми за приоритизиране, е степента и естеството на ангажираността на заинтересованите лица, които биха могли потенциално да включват и представители на обществеността и доставчиците. Макар такава ангажираност да може да подобри купуването на търг и легитимността, и тя ще трябва да бъде претеглена спрямо възможно увеличение на разходите за транзакцията, по-голяма трудност при достигането до решения (Landwehr и Bohm 2011) и риск заинтересованите лица да „хванат“ процеса на консултации (Coen и Thatcher 2005).

Често се приема компромисен път: разрешава се на заинтересованите лица по-голямо влияние при дефинирането на принципите и критериите, които ще се използват, а след това оставят на специализираните органи да вземат решенията по научен, отговорен и прозрачен начин. Консултативната група на СЗО по въпросите на равнопоставеността и УЗП (WHO 2014) предлага приоритетите да се определят на основата на научни доказателства, етични аргументи и обществени ценности. За да се интегрират правилно тези елементи, групата изтъква важността на експлицитни, системни и непрекъснати процеси за определянето на приоритетите и за използването на оценка на здравната технология (ОЗТ).

### Критерии за определянето на приоритети и за тяхното изменение

Следващата сфера на решения изисква да се дефинират критериите за определянето на приоритетите и последващите изменения в пакета дейности в съответствие с целите на the УЗП програма. Критериите биха могли да варират от профила и бремето на заболяванията за страната — особено за уязвимите ѝ групи — до доказателства от научни и системни изследвания на ефективността на разходите и УЗП. Такива критерии трябва да се опитат да постигнат двойните цели на адекватната финансова защита за уязвими групи и устойчивост за програмата. Но ролята, която играе културният контекст и политическата икономия, може да се окаже най-важна (израз на ценностите на едно общество, които може да са различни от ценностите на друго) и може да обясни защо са различни пътищата към УЗП.

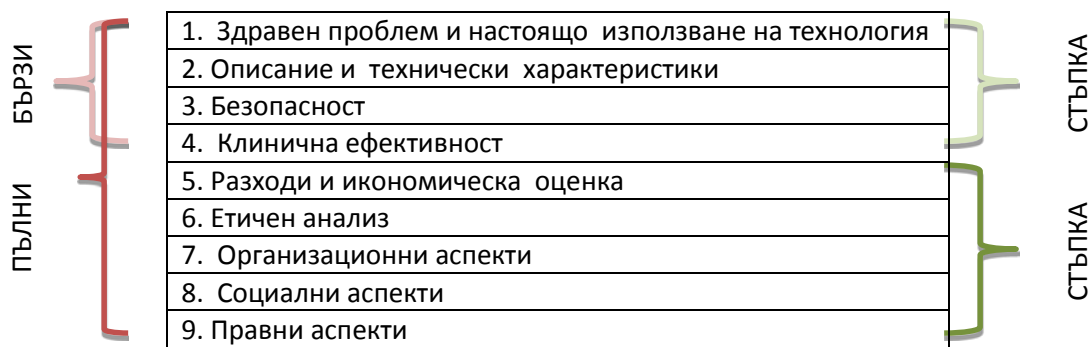
Източник: Cotlear et al. под печат.

### 6.1.2. Основни аспекти при дефинирането на ОПД

11. В Западна Европа страните все повече разчитат на процес, наречен оценка на здравната технология (ОЗТ), за да оценяват сегашните и потенциалните нови интервенции и дейности, които следва да се покриват в ОПД. ОЗТ и мултидисциплинарен процес, който обобщава информацията относно медицинските, социалните, икономическите и етичните проблеми, свързани с използването на здравна технология по системен, прозрачен, обективен и стриктен начин. Целта на ОЗТ е да предостави информация за формулирането на безопасни и ефективни здравни политики, които са фокусирани върху пациента и се опитват да

постигнат най-добра стойност. ОЗТ изисква подробни данни, информация и доказателства за съществуващото бреме на заболяванията, налични интервенции, разходите за тях и потенциалната ефективност.

Фигура 4:Сфери на основния модел на ОЗТ



Източник: Kristensen 2012.

12. Както е посочено във Фигура 4, ОЗТ включва девет стъпки, които насочват процеса на определяне на приоритети. Макар че може да се извършат бързи оценки, следва да се направи пълна оценка за комплексно и всестранно оценяване на дейностите. Обикновено процесът ОЗТ се извършва в две стъпки. Първо, измерва се и се проверява бремето на заболяването, определят се клиничните интервенции и се установява безопасността и клиничната ефективност на тези интервенции на основата на наличните доказателства. Второ, извършва се икономическа оценка и се разглеждат етичните, организационните, социалните и правните аспекти (Kristensen 2012). Следните параграфи разработват по-подробно три основни аспекта на ОЗТ.

### Бреме на заболяването

13. При проектирането на ОПД е важно първо да се измери бремето на заболяването, като се идентифицират всякакви географски или социални неравнопоставености. ОПД, който не отчита бремето на заболяването и относителното му разпределение сред различните подгрупи в населението, едва ли ще постигне целите на систематата на здравеопазването. В миналото използването на здравното осигуряване обикновено се е насърчавало за по-скъпоструващи катастрофични разходи в здравеопазването вместо за първична помощ. Поради развиващите се епидемиологични профили обаче лицата са все повече изложени на финансови рискове от управлението на хроничните заболявания. Както показват например Yip и Hsiao (2009), в Китай резултатът от нарастващото бреме на хроничните заболявания е скъпоструваща извънболнична помощ, която сега представлява основният източник на медицинско обедняване. Неотчитането на това бреме не само няма да успее да доведе до максимални резултати в здравеопазването, но и вероятно ще доведе до неравнопоставености и обедняване. Измерването на бремето на заболяването обаче изисква качествени и деагрегирани данни. За заболявания, за които липсват данни или данните са с лошо качество, всяка страна следва да направи целенасочено усилие за подобряване на събирането на данни, за да се гарантира, че информацията, която се използва за насочване на проектирането на ОПД, е актуална и отразява настоящия здравен статус на населението.

14. Когато бъде установен и анализиран профилът на заболяванията в страната, обсъждането може да премине към: Как трябва да решим кои дейности да се включат? Методите на икономическата оценка са един начин да се оценят разходите и ползите от дадена здравна интервенция и те могат да бъдат използвани, за да се определи кои услуги следва да бъдат включени в пакета дейности.

#### *Ефективността на разходите*

15. Икономическите оценки стават все по-популярни средства за вземане на информирани решения за разпределяне на оскъдните ресурси в здравеопазването. Най-често се прави анализ на ефективността на разходите (AER), в който нарастващите разходи за спечелена година живот, коригирана за отчитане на качеството (QALY) или година живот, коригирана за отчитане на нетрудоспособността (DALY), се измерват спрямо някакъв праг, за да се определи съотношението качество-цена на дадена интервенция. AER дава съотношение, което посочва колко повече (или колко по-малко) икономически ефективно е една интервенция в сравнение с алтернатива (статуквото, без интервенция или с друга интервенция) (Russel et al. 1996).
16. В AER обаче всички ползи от QALY остойността еднакво не се дава предпочитание на конкретни заболявания или населения. Това беше дълго дебатиран проблем поради предпочитанията на обществото за някакви QALY придобивки пред други (напр. млади пред стари). Няколко изследвания показват, че страните са загрижени не само за ефективността на разходите на интервенциите, но и за разпределението на интервенциите сред населението, особено на основата на тежестта на здравното състояние. В Обединеното кралство например Dolan et al. (2000) са установили, че се дава приоритет на най-бедните или на най-необлагодетелстваните членове на обществото. В Швеция резултатите от социологично проучване на домакинствата показват, че грижите за хронично болните, терминално болните и пациентите с тежки увреждания се приемат за жизнено важни, независимо от факта, че такива услуги се класират изключително ниско от гледна точка на ефективност на разходите (Calltorp 1999). Макар че е възможно да се включат тегловни коефициенти в изчисленията на AER, те обикновено трудно се определят, а и може да доведат до обществено недоволство. Следователно AER едва ли ще доведе до резултат, който обществото ще възприеме като „справедлив“. Някои по-подробни ограничения на AER са представени в Каре 7.<sup>88</sup>

---

<sup>88</sup>Неотдавна беше предложен разширен анализ на ефективността на разходите (ECEA), за да се отговори на част от критиките на AER чрез включване на защита срещу финансова риск (Verguet и Jamison 2015; Verguet, Olson, и Babigumira 2015); в Нидерландия обаче се прилага пропорционален недостиг, за да се включат тегловните коефициенти за равнопоставеността (van de Wetering et al. 2013).

## Каре 7: Ограничения на анализ а на ефективността на разходите

Ефективността на разходите е полезен инструмент, който не позволява да изчислим себестойността на дадена интервенция по отношение на ефективността ѝ (Russel et al. 1996). В повечето случаи DALY или QALY са стандартната използвана метрика и следователно ефективността на разходите за интервенции се измерва като парични разходи за спечелен DALY или QALY. Разликите в изчисленията на АЕР обаче затрудняват сравнението между различни страни или изследвания. Нещо, което е икономически ефективно в една среда може да бъде неефективно в друга. Освен това предприемането на АЕР е продължителен и често скъп процес, който изисква информация за бремето на заболяването, разходите за интервенции и доказателства за ефективността на интервенциите. Макар АЕР да е полезен за сравняване на интервенции за конкретно заболяване, за да може да се избере онази, която е с най-добро съотношение ефективността-разходи, АЕР не посочва дали една интервенция е финансово достъпна и той не може да се използва за установяване на необходимия здравен бюджет.

АЕР има няколко други важни недостатъка:

*Кои разходи и дейности следва да се включват?* Това е може би един от най-важните въпроси, който е пряко свързан с последиците, които се разглеждат в АЕР. Тече дебат дали АЕР следва да включва само преки разходи (онези, които са пряко свързани с предоставянето на услуги) и преки ползи (напр. пряко подобрение на здравните резултати), или дали следва да включва и непреки разходи и дейности (напр. случайни разходи, загубено трудово възнаграждение, свързано с лошо здраве и други външни фактори) (Brook 2003). Както твърдят Bloom, Canning и Weston (2005), някои изчисления за АЕР са ограничени, особено за ваксинациите, тъй като те не включват свързаните външни фактори и дългосрочни последици от ваксинациите, като напр. подобрената производителност и по-високите заплати в бъдеще.

*Искаме ли справедлив шанс или най-добрия резултат?* В повечето случаи има компромис между равнопоставеността и ефикасността в АЕР. Може да се твърди, че един резултат е и равнопоставен, и ефикасен, ако лицето, което има най-голяма полза от проблема, е лицето, което е най-зле материално. С АЕР обаче бихме избрали да приоритизираме лечение за лице А, понеже е по-ефективно икономически, отколкото лечение за лице В. Предвид факта, че здравните шокове са несигурни, а в някои случаи и произволни, лице В няма да получи справедлив шанс при разпределението на ресурси. Както биха твърдели привържениците на „егалитаризма на късмета“, лице В просто ще бъде наказано поради чист шанс (или лош късмет) в тази ситуация (Brook 2003).

*Проблемът с агрегирането.* пряка последица от АЕР може да бъде, че на малките индивидуални ползи се дава приоритет пред голяма полза за малък брой лица. Както показва Орегон, при използването на АЕР за определянето на приоритетите (Каре 8), ще се избере да се предоставят 150 зъбни коронки пред една животоспасяваща апендектомия (Hadorn 1991), което не защитава непременно набора от възможности пред индивида (Daniels 2008).

*Пренебрегване на интервенции, подобряващи качеството на живота, в полза на животоспасяващи.* За да се подобри максимално агрегираното здраве, определят се като приоритети интервенции, които предотвратяват смърт и възстановяват лицата до състояние на отлично здраве. С други думи при еднаква ефективност на дадена интервенция за предотвратяване на загуба на години живот при всички лица АЕР, който свежда до минимум бремето на DALY за даден бюджет, ще предпише да се инвестира повече за тази интервенция при лица в отлично здраве, отколкото при лица с увреждания. Това е особено тревожно за лицата с увреждания, тъй като тяхното здраве никога не би могло да бъде възстановено напълно.

17. Предвид ограниченията на АЕР малко страни го използват като единствената детерминанта за определяне на приоритетите (Sabik и Lie 2008). В едно проучване на осем страни Kenny и Joffres (2008) установяват, че само Нова Зеландия дава ефективността на разходите като първостепенно съображение. Други страни го изтъкват, но само като втори приоритет. В Норвегия например тежестта на състоянието се използва като база за приоритизиране, а

ефективността на разходите е второстепенен принцип.<sup>89</sup> В Швеция човешкото достойнство, нуждата и солидарността са първостепенните съображения, а ефективността на разходите се използва само при лечения за едно и също състояние (Sabik и Lie 2008). Макар Орегон в Съединените щати първоначално направи опит да разчита на АЕР, за да дефинира ползите за програмата Medicaid, общественото неудовлетворение от резултатите го накара да включи и други съображения (Каре 8).

---

<sup>89</sup> Норвегия класифицира интервенциите в следните пет категории: спешна помощ за животозастрашаващи заболявания; лечение, което предотвратява катастрофално развитие на много тежки последици, като напр. рак; лечение, което предотвратява по-малко тежки дългосрочни последици, като напр. хипертония; лечение с някои благоприятни ефекти, като напр. простуда; и лечение без ефекти (Sabik и Lie 2008).

## Каре 8: Определяне на приоритети в Орегон

Щатът Орегон започна да включва стойността в решението си относно здравното осигурително покритие през 1989 г. след неуспешен опит да се приоритизират Здравните интервенции, като се използва само критериите, свързани с ефективността на разходите. На основата на резултати от АЕР зъбните коронки получиха по-висок приоритет, отколкото животоспасяващи лечения, като напр. апендектомия или хирургия за ектопична бременност (Hadorn 1991). Поради обществено недоволство от резултатите процесът е бил променен, за да се включат общественото мнение и основани на ценности преценки.

Понастоящем държавата предоставя подробен списък на приоритизирани двойки състояние-лечение за програмата Medicaid — Здравният план Орегон. Планът включва услуги, които са необходими, за да определи диагноза, както и допълнителни услуги (напр. отпускани по рецепта лекарства и дълготрайна медицинска апаратура) за състояния, включени в Плана. След 2006 г. държавата поставя по-голям акцент върху профилактични услуги и управление на хроничните заболявания. Комисията за здравни услуги Орегон, независим орган, разглежда пет приоритизирани мерки за въздействие — години живот в добро здраве, страдание, ефекти върху населението, уязвимост на населението и третична профилактика— както и два фактора на ефективност и необходимост от медицинска услуга при настоящата формула.

Комисия внася приоритизирания списък в законодателната власт, която определя размера на финансиране, което ще се насочи към Medicaid и Държавната програма за здравно осигуряване на децата (SCHIP). Законодателната власт няма право да променя приоритетите или подреждането на услугите по важност в списъка. Вместо това тя „тегли черта“ в списъка, след която не може да праща. През 2011 г. чертата беше при двойката състояние-лечение 502 (от 679 двойки състояние-лечение — вж. карето таблица). Линията се определя на основата на кумулативни актюерски разчети на разходите за всяка двойка състояние-лечение за осигуреното население. Макар списъкът да се актуализира на шест месеца, да за се отчетат технически промени (като напр. медицинско кодиране), подреждането на услугите се преразглежда един път на всеки две години. Това позволява включване на нови доказателства и нови насоки за лечение, които биха могли да повлияят на приоритетното подреждане.

### Карета таблица: „Теглене на чертата“

Ред №	Пример услуги	Покритие
1	Майчино здраве	Покрити
101	Медицинско лечение на остра лимфоцитна левкемия	
201	Хирургическо лечение на мозъчен кръвоизлив	
301	Лечение на ревматично сърдечно заболяване	
401	Лазерна терапия за предотвратяване на скъсване на ретината	
501	Лечение на невъзпалителни вагинални нарушения	
551	Лечение на болка в гърба без неврологично увреждане	Непокрити
651	Лечение на калциеви отлагания	

Орегон идентифицира и една група от 20 „основаващи се на стойност“ услуги, които следва да се насърчават без или с минимално поделение на разходите по Програмата Medicaid. Сред критериите за включване са:

- Амбулаторни услуги, в т.ч. медикаментозни лечения, диагностични изследвания, процедури и някои посещения на медицински заведения;
- Предимно предлагани в медицински домове;
- Предимно фокусирани върху управлението на хронични заболявания, профилактични грижи и/или майчино здраве;
- С явна полза, силно подкрепени с доказателства;



- Икономически ефективни;
- Намаляване на хоспитализациите или посещенията на спешно отделение, намаляване на бъдещи обостряния или развитие на заболяването, или подобряване на качество на живот;
- Ниски предварителни разходи;
- Висока желана използваемост;
- Нисък риск от неправилно използване.

Източник: IOM 2012.

### Етични съображения

18. Дефинирането на ОПД включва компромиси и следователно изисква силни етични доводи за приоритизиране на една интервенция пред друга. Повечето процеси ОЗТ или други упражнения за определяне на приоритети установяват начин за включване на етични съображения. Каре 9 представя някои съображения, които следва да бъдат и представени експлицитно при проектирането на пакета дейности.

### Каре 9: Етични съображения

Съществуват шест основни понятия за равнопоставеност от етични теории (Rawls 1971; Roberts и Reich 2002; Hauck, Smith и Goddard 2005):

- *Егалитаризъм*, според който всички следва да имат идентични възможности за здраве health;
- *Разпределение според необходимостта*, което изисква дефиниция на „необходимост“;
- Понятието *правило на спасяване*, според което се установява етичен дълг да се спасят лицата с животозастрашаващи състояния;
- Идеята да се осигури *приличен минимум*— който дава на лицата основно равнище на здравеопазване, което им е нужно, за да участват в обществото;
- *Maximin принцип на Rawl*, според който приоритет следва да бъдат лицата в най-тежко състояние; и
- *Либертарианство*, според което разпределението на ресурсите следва да е според правото.

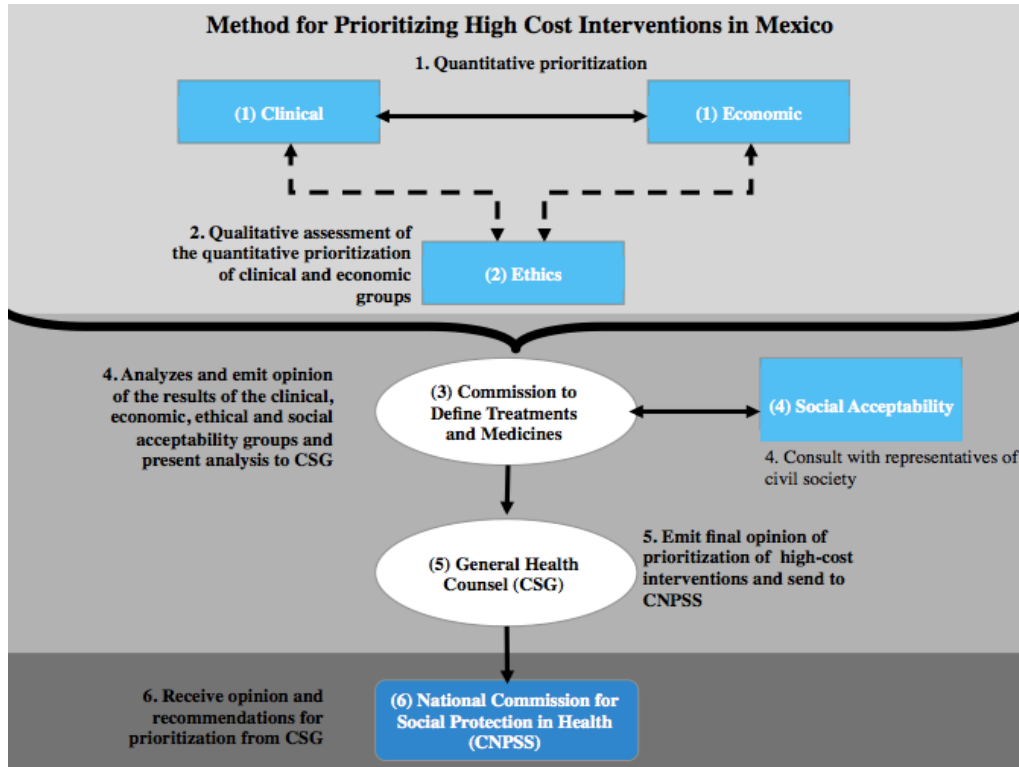
И накрая, приоритетите следва да се определят на основата на някои понятия като „необходимост“ (или „заслуженост“) и съображения за равнопоставеност, свързани с достъп до услуги. Как трябва да се измерва необходимостта или заслужеността? Трябва ли необходимостта да се дефинира чрез способността на отделното лице да извлече полза от здравеопазването или следна да насочим усилията към лицата в най-тежко състояние и да следваме принципа maximin на Rawl? Това би означавало претегляне на дейностите различно за всяка разгледана група от населението. Ако се съгласим с принципа maximin на Rawl, тогава една претеглена за равнопоставеност формулировка на ползите ще увеличи измерените ползи от интервенции, насочени към населението в неравностойно положение, като до голяма степен се пренебрегват интервенции, използвани от „по-малко нуждаещите се“ лица. Освен това равнопоставеност на достъпа оправдава предпочитанието към населението в неравностойно положение, които понастоящем имат ограничен достъп до здравеопазване. За това ще са нужни допълнителни ресурси — не само за изграждане на лечебни заведения в отдалечените райони, но и за разглеждане на културни практики, насочени към повишаване на приемливостта на услугите. Ако трябва да се разчита единствено на АЕР, такива интервенции може да не бъдат избрани поради относително високата им себестойност.

### 6.1.3 Други аспекти, които следва да се отчетат при прилагане на ОПД

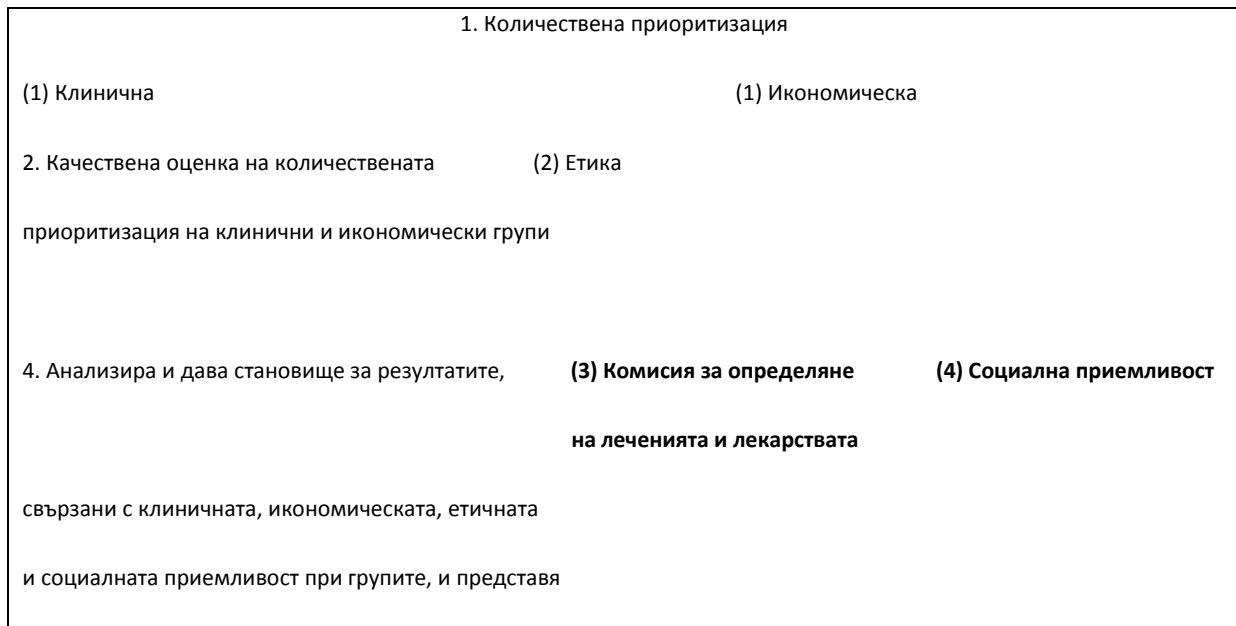
#### *Осигуряване на справедлив процес*

19. Определянето на „справедливо“ разпределението на ресурсите и ползите, както и обосноваването на решението с помощта на етична рамка, вероятно ще създаде противоречия. Всяка идея за справедливост е в крайна сметка лична и никое понятие не е в никакъв смисъл по-легитимно от друго. Както посочва Daniels (2008), разумните лица може да не постигнат съгласие по фундаментални етични принципи, но благодарение на прилагането на справедлив, прозрачен и съвещателен процес, по-вероятно би било да може да се обосноват етично резултатите и да бъдат приети като справедливи. В отчета си за рамката на разумността Daniels (2008) предлага четири критерии за гарантиране на легитимността и справедливостта на процеса: публичност (заклученията и тяхната обосновка следва да са публично достояние); уместност (разумните лица следва да се съгласят, че достигнатите заключения уместно се справят с проблема); отменяемост (следва да съществуват механизми за отправяне на предизвикателство към и оспорване на решения в светлината на нови доказателства, обжалвания и аргументи); и изпълнимост (необходимо е да се прилагат механизмите на отчетност, за да се гарантира, че първите три условия са изпълнени).
20. Макар по-напреднали икономики, по-специално Обединеното кралство, да използват подобен процес, за да гарантират, че решенията са социално приемливи, малко страни със средни доходи са приели такива процедури. Мексико беше една от първите страни, които направиха то опит да приложат една версия на отчетност за разумността да се определят дейностите по Фонда за здравни разходи при бедствия (FPGC), който покрива малък списък на заболявания с по-ниска честота, но с високи разходи. Фигура 5 представя схематично процеса и различните групи в него, докато в Каре 10 са дадени повече подробности за процесите за определянето на приоритетите в Мексико.

Фигура 5: Метод за приоритизиране на скъпоструващи интервенции в Мексико



Източник: Lakin и Daniels 2007.



становище пред Генералния съвет по здравеопазването (CSG)  
представители

4. Консулт с

на гражданското общество

окончателното становище

**(5) Генерален съвет по здравеопазването (CSG)**

5. Изготвя

за приоритизирането на  
скъпоструващите интервенции  
и го изпраща в CNPSS

6. Получава становища и препоръки за  
приоритизиране от CSG

**(6) Национална комисия за социална  
защита в здравеопазването (CNPSS)**

## Каре 10: Дефиниране на основния пакет дейности в Мексико

През 2003 правителството на Мексико създаде Системата на социална защита в здравеопазването (SPSS). SPSS гарантира три дефинирани пакета здравни услуги безплатно на мястото на предоставянето им. Народното здравно осигуряване (ЧЗО) покрива 284 интервенции в първичната и вторичната помощ и 522 фармацевтични продукта (Каталог на универсални здравни услуги — CAUSES), Фондът за здравни разходи при бедствия (FPGC) покрива 57 интервенции, свързани с разходи при бедствия, а Здравното осигуряване за новото поколение (SMNG) покрива всякакви други услуги, които не са включени в другите две програми за деца до 5-годишна възраст.

Отделни органи отговарят за определянето на всеки пакет дейности. Националната комисия за социална защита в здравеопазването (CNPSS) отговаря за CAUSES. За FPGC има две стъпки в процеса. Първо, Генералният съвет по здравеопазването определя кои заболявания са катастрофални. След това CNPSS дава препоръка те да се включат в пакета дейности, а Техническият комитет на Фонда решава как услуги и разходи ще бъдат покрити за тези заболявания. Преди реформата имаше данни за високи равнища на плащания със собствени средства, особено катастрофални и обедняващи разходи за здравеопазване сред бедното и неосигурено население. Лицата в най-ниските квинтили по благосъстояние изразходват 75 процента от плащанията със собствени средства за амбулаторна помощ и лекарства, в сравнение със само 34 процента в най-високия квинтил по благосъстояние. В резултат от това ЧЗО пакетът дейности е бил проектиран не само на основата на принципите на ефективността на разходите, а и с цел намаляване на плащанията със собствени средства за здравни услуги.

Критериите за включване на дадена интервенция в пакета са ефективността на разходите, финансовата достъпност, финансовата защита, мнението на научната общност, търсенето и предлагането, и социалното приемане.

Процесът на определянето на приоритети се състои от два главни компонента. Първият включва аналитични критерии, които се поддават на количествено определение, както в случая с АЕР, бюджетна наличност и ограничения при прилагането. Вторият включва неколичествени проблеми, които трябва да се решават чрез съвещателен процес, за да се постигне консенсус (когато е възможно) между заинтересованите лица. Тези проблеми включват етична оценка на равнопоставеността в групите население и обсъждане на социалната приемливост, в т.ч. загриженост за готовността да се реагира на очакванията на пациентите (Gonzalez-Pier et al. 2006).

За FPGC бяха сформирани отделни работни групи за всяка сфера: клинична ефективност, икономика, етика и социална приемливост. Първите три оценяват интервенциите с оглед на съответните ползи от тях, разходи или заслуги, като споделят подреждането по важност с групата за социална приемливост, която може да обжалва подреждането по важност, като дава съответните разсъждения (вж. Фигура 5).

Поради бремето на заболяването в страната някои интервенции, които са били икономически ефективни в други страни, не са били икономически ефективни в Мексико. Например на основата на епидемиологията на свързаната с грипа заболяемост и смъртност ефективността на разходите за ежегодната ваксинация за кърмачета и малки деца изглежда по-малко привлекателна в сравнение с другаде, докато ранното откриване на рака на гърдата се приема за силно икономически ефективно (като съотношението на ефективността на разходите е един до три пъти БВП на глава от населението). Скринингът за рака на гърдата обаче не е бил включван първоначално в пакета дейности поради ограничения в прилагането: трябва да е било трудно в миналото да се гарантира достъп до тази услуга на цялото население предвид липсата на доставки и обучение за процедурата.

Източници: Gonzalez-Pier et al. 2006; IADB 2014.

21. Установяването на такъв процес изисква значително време и политическа воля. Обикновено изисква и ново законодателство, което да очертае целите, процедурите и участниците, и да установи как констатациите или препоръките при такива процеси ще бъдат преведени като предоставяне на услуги и покритие на дейностите.

### Установяване на ефективно управление

22. В повечето страни от ОИСР се създава отделна независима агенция, която да определя пакета дейности. Такива специализирани агенции са по-квалифицирани да вземат решения с помощта на съответните експертни познания и опит, и не могат да помогнат тези решения да бъдат аполитични, ако бъдат въведени необходимите защити за отчетността (Landwehr и Bohm 2011). Може би най-добре известната агенция е Националният институт за здравеопазване и усъвършенстване на грижите (NICE) в Обединеното кралство, който е въвел процес за експлицитно и публично определяне на приоритети (Каре 11).

#### Каре 11: NICE, Обединеното кралство

NICE е изпълнителен неведомствен публичен орган в Обединеното кралство. Той предприема оценки на здравните ползи и разходи на нови въведени технологии, в т.ч. лекарствени продукти, медицински изделия, диагностични техники, хирургически процедури, терапевтични технологии извън лекарствените продукти, и скринингово оборудване. Създаден е първоначално през 1999, за да замести т.нар. „лотария на пощенските кодове“ на здравеопазването в Англия и Уелс, при която наличността на лечение зависи до голяма степен от здравния орган на Националната здравна служба (NHS) в района, в който живее пациентът. Междувременно стана един от световните водещи здравни органи за определяне на приоритети поради изричното определяне на интервенциите, което следва да бъде направено от NHS.

Министерството на здравеопазването прехвърля технологии за оценка на NICE на основата на един или повече от следните критерии:

- Вероятно ли е технологията да има значима полза за здравето, приложена в цялата NHS, ако се даде на всички пациенти, за които има показания?
- Вероятно ли е технологията да има значимо въздействие върху други свързани със здравеопазването политики на правителството (напр. намаляване на неравенствата в здравеопазването)?
- Вероятно ли е технологията да има значимо въздействие върху ресурсите на NHS (финансови или други), ако се прилага на всички пациенти, за които има показания?
- Има ли значимо неправилно вариране в използването на технология в страната?
- Вероятно ли е Институтът да бъде в състояние да добави стойност, като изготви национални насоки? Например в отсъствието на такива насоки има ли вероятност за значими противоречия относно тълкуването или значението на наличните доказателства за клиничната и икономическата ефективност?

До 2012 г. NICE е използвал анализ на разходите-ползността, за да определи ефективността на разходите на интервенции в общественото здравеопазване, но междувременно поставя по-голям акцент върху последиците за разходите и анализи разходи-полза. Това позволява на Института да отчита здравните, нездравните и общностните ползи, за да определи дали дадена интервенция представлява добро съотношението качество-цена.

NICE търси доказателства от независими академични групи, производители и спонсори на технологии, национални пациентски или професионални групи, професионални организации в здравеопазването, клинични специалисти, упълномощени експерти и пациентски експертни комисии.

Прагът на NICE за нарастваща ефективността на разходите е £20 000 до £30 000 за QALY.

Източник: NICE 2013.

23. Подобни агенции съществуват във Франция (Националният здравен орган или HAS) и Германия (Институт за качество и ефикасност в здравеопазването или IQWiG). Chalkidou et al. (2009) идентифицират основните процедурни принципи за агенцията, прилагаща ОЗТ (Каре 12). В България ще бъде важно да се определи един орган (агенция или комитет),

който да е отговорен за този процес и да му гарантира адекватни правомощия и независимост, за да може да взема решения на основата на горните критерии.

#### Каре 12: Основен набор препоръчителни процедурни принципи

- *Независимост* от централното правителството, осигурителните агенции и промишленостите. Важно е да се отчита всякакъв конфликт на интереси в политиките и процесите.
- *Прозрачност* при подбора на темите, оценка на доказателствата и окончателното вземане на решения. Прозрачността може да бъде въведена чрез отваряне на заседанията за обществеността, чрез разпространение на информация и решения, и чрез свеждане до минимум на защитата на информацията.
- *Всеобхватност*, чрез многократни консултации с всички заинтересовани лица.
- *Научна строгост*, чрез установяване на механизми за партньорска проверка и поддържане на актуалност с методологичните постижения в генерирането и анализа на доказателства.
- *Оспоримост*, чрез установяване на процес за обжалване.
- *Своевременност*, чрез вземане на решения в ранните стадии на разпространението на технологията.

Източник: Chalkidou et al. 2009.

#### Осигуряване ефективно осигурително покритие на установените дейности

24. Макар дефинирането на пакета дейности да е важен и продължителен процес, дейностите *de jure* не се превръщат *автоматично* в *de facto* услуги.<sup>90</sup> Ефективната наличност на заслужени ползи зависи от наличността на доставчици, географския достъп, претовареността на лечебните заведения, наличността на доставки и оборудване, културни проблеми и опортюнистични разходи за достъп до медицински грижи. Така някои страни избират да вземат предвид пречките пред прилагането, когато финализират списъка на дейностите. Други страни придружават пакета дейности с промени в сферите, свързани с търсенето и предлагането.

25. За да се осигури ефективно предоставяне на ОПД, важно е също дейностите да са в съответствие със системите на плащане и законодателството. Във Виетнам например, макар че пакетът дейности е *de jure* еднакъв във всички членски групи, разликите в капитационните ставки за определени подгрупи води до недостатъчно предоставяне на медицинска помощ за групи с по-ниски капитационни ставки, като препятства достъпа до медицинска помощ, особено за бедните (Световната банка, под печат).

#### Осигуряване на финансова устойчивост на ОПД

26. Важен елемент в проектирането и прилагането на ОПД е неговата устойчивост, която зависи от себестойността на услугите. Важна стъпка за да се гарантира, че ОПД е устойчив, е да се използват актюерски и икономически модели, за да се направи разчет на разходите за предоставянето в средносрочен до дългосрочен план. Предвид оскъдността на ресурси

<sup>90</sup> В едно проучване на опита на различни страни като част от серия изследвания на Световната банка на Универсалното здравноосигурително покритие (UNICO) беше установено, че малко страни, които са прилагали експлицитен пакет дейности, са извършили каквото и да е актюерско изследване, системна оценка на разходите, формално изследване на ефективността на разходите или оценка на здравната технология (ОЗТ). Вместо това дейностите се определят на основата на първоначалния бюджет, зададен от правителството. В Перу например това доведе до значително несъответствие между обещаното и възможното (Световната банка, под печат).

някои страни, като напр. Дания и Обединеното кралство, също експлицитно използват бюджета или разходите (или и двете) като основни критерии за включване на здравни интервенции в ОПД.

27. Освен използването на актюерски разчети при проектирането на ОПД страни като Канада, Франция, Англия и Германия разчитат на потребителски такси — или на разделяне на разходите между пациентите — за намаляване на публичния дял от себестойността на дейностите, най-често за лекарствата. В повечето случаи се установява, че потребителските такси задържат нарастването на разходите, като ограничават използването на услуги, но в случая с Англия и Франция тези политики бяха приложени, за да се повишат и приходите. Същевременно обаче тези страни са взели мерки да ограничат потребителските такси. Англия например обяви през 2008 г., че потребителските такси няма да се повишават по-бързо от инфлацията. Германия въвежда таван върху плащанията със собствени средства за здравеопазване, който е равен на 2 процента от дохода на домакинствата за общото население и 1 процент за лица с хронични състояния. Германия също е премахнала потребителските такси за лечение в хоспис (Stabile et al. 2013).
28. Процесите на определяне на ОПД са повтарящи се и не свършват след установяването на ОПД. Вместо това се прилагат допълнителни процеси, за да се осигури събирането на данни, които да насочват неговото преработване. Има доказателства обаче, че някои страни не успяват да извършат оценка на фискалното въздействие и на бюджетната наличност при това преработване. В отсъствието на експлицитен, регламентиран и прилаган процес това може да доведе до краткосрочни хоризонти на вземане на решения, често за избори, които са политически привлекателни, но не непременно финансово достъпни или устойчиви (Световна банка, под печат).

#### 6.1.4. Значение за България

29. Правителството на България е решило, че акцентът на неговия основен пакет ще бъде върху профилактиката, диагнозата и лечението на основните заболявания и състояния, които водят до смърт и нетрудоспособност, особено сред деца и майки. За да се вземат по-нататъшни решения за подробното съдържание на ОПД, важно е да се разбере бремето на заболяването и да се установят предварително ключовите принципи, които ще насочват определянето на приоритетите (вж. по-горе).
30. Наличността на данни е от критично значение през целия процес, следователно информационните системи следва да се актуализират, за да помогнат на процеса. В известни случаи в българския контекст могат да се прилагат данни за ефективността на разходите при някои интервенции от други страни с подобно бреме на заболяванията, но следва да се отчетат пречките пред доставките и финансовите ограничения, за да се осигури ефективно покритие на населението от ОПД. В процеса на проектирането на ОПД е необходимо да се определи себестойността на вариантите и да се претеглят спрямо перспективите за финансова устойчивост.
31. България ще трябва да укрепва способността си да извършва икономически оценки в допълнение към вниманието, което отделя сега на клиничната ефективност на различни услуги. Предвид вътрешно присъщите компромиси при дефинирането на ОПД при ресурсни ограничения, важно е до се гарантира, че процесът, чрез който се дефинира ОПД, е прозрачен и позволява участие на представители на гражданското общество.



## 6.2. Въпроси, свързани с допълнителния пакет дейности

32. Със създаването на допълнителния пакет правителството на България официално въведе време за изчакване като голям проблем на държавната политика,<sup>91</sup> като същевременно предвижда използването на доброволно здравно осигуряване (ДЗУ) като начин за решаване на проблема с времето за изчакване. Освен това, макар че и основният, и допълнителният пакет ще се заплащат от НЗОК, фактът, че лица могат да получат доброволно осигуряване от „компания по техен избор“, означава, че пазарът е отворен за частно осигуряване и НЗОК вероятно няма да играе монопсонна роля при получаването на ефикасни цени на „премията“ за допълнителния пакет.
33. Следните два подраздела открояват основни проблеми, свързани с времето за изчакване и ДЗО, които са извлечени предимно от проучване на опита на страни-членки на ЕС и ОИСР, което може да бъде полезно на правителството, за да предвиди проблемите и да вземе проактивни мерки за тяхното ограничаване.

### 6.2.1. Време за изчакване

34. Времето за изчакване обикновено се окачествява като целенасочена политика да се въвеждат квоти в здравните услуги в отговор на ресурсните ограничения. Само по себе си времето за изчакване общо взето се оказва по-голям проблем в страни, където разходите за обществено здравеопазване на глава от населението са относително ниски, но не винаги. Няколко страни от ОИСР с разходи над средните за ОИСР също имат проблем с времето за изчакване, като напр. Норвегия, Дания, Канада и Обединеното кралство. Между страните има много различия и времето за изчакване не е изключително проблем на предлагането (Siciliani, Borowitz, и Moran 2013).

#### *Потенциални ползи и последици от времето за изчакване*

35. Преди една страна да предприеме прилагане на време за изчакване за въвеждане на квоти в здравните услуги, тя би следвало да претегли ползите спрямо разходите и да осъзнава потенциалните последици след това. Това не е еднозначно упражнение, тъй като не е правен какъвто и да е системен анализ на разходи-полза на времето за изчакване, който да насочва решението. Въпреки това има три проблема, които следва да се имат предвид:

Дълги периоди на изчакване са политически непопулярни. Те могат да допринесат за силно неудовлетворение на пациентите от систематата на здравеопазването (Siciliani, Borowitz, и Moran 2013).

Дълги периоди на изчакване може да имат отрицателно въздействие върху резултатите в здравеопазването. Това се установява при изследвания на спешните и неотложни процедури (напр. Guttman et al. 2011; Sobolev и Fradet 2008). Изчакването може също да увеличи вероятността от предоперативна смърт и непланиран спешен болничен прием (Sobolev et al. 2006; 2012). Доказателството обаче е смесено за не толкова неотложни процедури (Hirvonen 2007). Например системно разглеждане на 15 изследвания на Hoogeboom et al. (2009) не е открило доказателство, че болката се е влошила през шестмесечното изчакване при пациенти, които чакат смяна на тазобедрената и колянната става. Случаят подсказва, че периодите на изчакване могат да бъдат сравнително успешни при разпределянето на медицинските грижи на основата на клиничната необходимост.

---

<sup>91</sup> Това не значи, че преди не е съществувало време за изчакване. Политиката обаче експлицитно и официално признава умишленото използване на времето за изчакване за въвеждане на квоти здравни услуги.

Периодите на изчакване може да имат различно въздействие върху лица с по-нисък социалноикономически статус (Siciliani, Borowitz, и Moran 2013) – може би поради това, че лица с по-висок социалноикономически статус може да се ангажират по-активно със системата и да упражняват натиск, когато са изправени пред дълго забавяне. Те също по-вероятно ще могат да си позволят допълнително осигуряване, което им позволява да „прередят опашката” (вж. по-долу). Така времето за изчакване може да се разглежда като неравнопоставено използване на публични средства, което утежнява политическата чувствителност на този проблем.

#### **Как да се измерва времето за изчакване**

36. Способността да се измерват периодите на изчакване последователно и надеждно е важна за проследяването на потенциалното им въздействие и за съпоставяне на справянето с проблема между страните. Понастоящем няма обща дефиниция за такова измерване в страните от ОИСР. Все по-голямо внимание се отделя на измерване на времето за изчакване на пациентите, а не дължината на списъка на чакащите и се преминава извън измерването само на изчакването в болници към измерване на целия път на пациента, като се започне с първичната помощ.

37. Според Siciliani, Borowitz и Moran (2013) има четири чакания в пътешествието на пациента към лечението му:

Посещението на ОПЛ;

След посещението на ОПЛ за всички допълнителни лабораторни изследвания и други прегледи;

За решение на ОПЛ, че може ли е необходимо лечение и за насочване на пациента към специалист. Може да се измери между времето на написването на направлението от ОПЛ и времето за получаване на направлението от специалиста. Това често се нарича извънболнично време за изчакване.

Времето, от когато специалистът добави пациента към списъка за лечение, до когато пациента е лекуван (или приет за лечение). Това често се нарича стационарно време за изчакване.

38. Най-често срещаните мерки на време за изчакване са стационарното време за изчакване, извънболничното време за изчакване и времето от направлението до лечението (от направление от ОПЛ до лечението), с което се прави опит да се определи времето за изчакване през цялото пътешествие на пациента от направлението в първичната помощ до момента на оказване на лечението.

39. Периодите на изчакване се докладват в повечето страни: по конкретни процедури (смяна на тазобедрената и колянната става, операция на катаракта, коронарен байпас и пр.); по специалност (офтальмология, ортопедия и пр.); и за всички пациенти с медицинска намеса по избор. Все повече периодите на изчакване се отчитат за неотложни видове помощ (онкологични и пр.).

#### **Как да се намали времето за изчакване**

40. Политиките, които работят по прекалено дългите периоди на изчакване могат да бъдат най-общо групирани според това дали се занимават предимно с предлагането или търсенето на услугата. Някои политики отчитат и двете страни и са общо формулирани като гаранции за времето за изчакване.<sup>92</sup>

---

<sup>92</sup> По-подробно в Siciliani, Borowitz и Moran 2013.

#### 41. Мерки от страната на предлагането:

*Отделен фонд, свързан с намаляване на времето за изчакване.* Страните може да решат да предоставят известен бюджет за финансиране на допълнителни доставки в отговор на търсенето и за съкращаване на времето за изчакване. Този метод обаче не е популярен и всъщност той противоречи на целта да се използва времето за изчакване за въвеждане на квоти за услугите. Допълнителното финансиране обикновено е малко в сравнение с бюджета на болниците и с една дума този метод не е ефективен и устойчив.

*Метод за заплащане на доставчиците, който се основава на дейностите и е изготвен на базата на добра система за класификация на пациентите.* Един пример на такъв метод е подходът с ДСГ. Очаква се, че заплащането на основата на дейности ще даде стимули на доставчиците да лекуват пациента и да събират приходите, като следователно намаляват броя на пациентите в списъка на чакащите. Както беше казано обаче, заплащането на основата на дейности рискува да насърчи доставчиците за приемат прекалено много пациенти. Емпирично също се оказва, че това има малък ефект върху времето за изчакване.

#### 42. Мерки от страната на търсенето:

*Въвеждане и насърчаване на частно здравно осигуряване.* Няколко страни предоставят субсидии за закупуване на частно осигуряване, така че пациентите да заменят държавните болници с частни и по този начин да намалят натоварването върху държавната система. Един пример е Австралия, която субсидираше премии за частно здравно осигуряване. Политиката се оказа с малък ефект: новоосигурени лица, които се възползваха от стимули за частно осигуряване, не доведоха до намаляване на използването на държавните болници (Lu и Savage 2006; Fiebig et al. 2006). Дания, която предостави данъчни облекчения за частното здравно осигуряване (ЧЗО), наблюдава намаление в използваемостта на държавните услуги, но не и на времето за изчакване. (Повече информация за частното здравно осигуряване е представена в следващия подраздел.)

*Определяне на клинични прагове за управление на списъка на чакащите.* Често срещано е страни да определят един или няколко клинични прагове, под които пациентите се поставят в различни категории списъци на чакащите. В Нова Зеландия например пациентите имат право на хирургия по избор в зависимост от техните нужди и способността им да се възползват от медицинската интервенция според оценката на специалиста. Пациенти с ниска тежест на заболяване не се включват в списъка на чакащите, а се препращат обратно на ОПЛ за активно наблюдение.

#### 43. Комбинирани мерки: гаранция за максимално време за изчакване.

*Гаранция за максимално време за изчакване.* Според тази политика никой пациент, който се нуждае от помощ, не трябва да чака повече от предварително определено максимално време, за да получи лечение. Това е далече най-често срещаната политика, която се използва в страните от ОИСР за решаване на проблема с времето за изчакване. Проблемът при този метод, че често не се прилага гаранция, поради което пациентите не могат да упражняват правата си. Следователно, използвана самостоятелно, една гаранция за максимално време за изчакване не се оказва ефективен метод и обикновено се използва в съчетание с други мерки.

*Гаранция за максимално време за изчакване, комбинирана с разрешаване на пациентите да избират различен доставчик, ако не се предоставя лечение в рамките на гаранцията.* Този метод е прилаган в различни страни на ОИСР, най-вече в Дания и Португалия (

Каре 13). Когато пациенти потърсят лечение от различен доставчик, заплащането може да се поеме от местната болница. Този метод изглежда ефективен за съкращаване на времето за изчакване, но ефектът е твърде краткотраен.

Гаранция за максимално време за изчакване, комбинирана с определяне на цел и използване на стимули и санкции за постигане на целта. Може да се зададе цел например като „не повече от 90 процента от пациентите трябва да чакат повече от три месеца за лечение“. В Англия и Финландия нарушаване на целта води до намаляване на приходите до 5 процента. Санкциите могат да бъдат финансови или нефинансови. Например в Англия високопоставени здравни администратори рискват да си загубят работата, ако целите на болниците не се постигнат – а метод, известен като „цели и терор“. Санкции също очевидно имат ефект, но са твърде непопулярни сред здравните работници и следователно може би няма да са устойчиви във времето.

### Каре 13: Значение на информацията при управление на времето за изчакване, Португалия

В Португалия интегрирана информационна система системно събира информация за периодите на изчакване от всички болници, измерващи действителните периоди на изчакване на пациентите, а не само списъка на чакащите. Когато пациентите в списъка на чакащите достигнат 75 процента от максималното гарантирано време за изчакване, системата автоматично подава сигнал и на пациентите се дава избор да потърсят лечение от други доставчици, което е улеснено с ваучер като начин на заплащане.

Източник: Barros et al. 2013.

44. Когато се прилага гаранция за максимално време за изчакване, следва да се имат предвид потенциалните отрицателни ефекти. Възможно е некоректно приоритизиране и „игри“ от страна на доставчиците. Dimakou et al. (2009) например са установили, че вероятността пациенти да бъдат лекувани се повишава рязко, когато пациентите са близо до прага на времето за изчакване, но щом пациентите преминават този праг, вероятността се понижава, което би могло да доведе до пренебрегване на по-нуждаещи се пациенти, които са преминали прага.
45. Популярността сред страните от ОИСР и ефективността на различни мерки за ограничаване времето за изчакване са обобщени в Таблица 10.

Таблица 10: Честота на използване и потенциален ефект на политики за решаване на проблема с периодите на изчакване, страни от ОИСР

Политики		Често използвани	Потенциален ефект върху времето за изчакване
От страната на предлагането	Увеличено производство в държавния сектор чрез финансиране на допълнителна дейност	6/13 страни	Слаб
	Договориране с частния сектор	6/13 страни	Слаб
	Изпращане на пациенти в чужбина	3/13 страни	Слаб
	Увеличена производителност чрез въвеждане на финансиране на основата на дейности (ДСГ)	3/13 страни	Среден
	Увеличен избор на доставчици	5/13 страни	Среден
От страната на търсенето	Експлицитни насоки за приоритизирането на пациенти	7/13 страни	Среден
	Субсидиране на частното осигуряване	5/13 страни	Слаб
Комбиниран	Гаранции за времето за изчакване	13/13 страни	Слаб
	Чрез санкции	3/13 страни	Силен
	Чрез избор и конкуренция	6/13 страни	Силен

Източник: Възпроизведено от Siciliani, Borowitz и Moran 2013.

### Значение за България

46. С решението да се приеме официално времето за изчакване като начин да въвеждат квоти в здравните услуги България трябва да знае какво да очаква. Времето за изчакване може да е политически непопулярно и може да повиши съществуващото неудовлетворение от подоптималната отзивчивост и равнопоставеност в сектора на здравеопазването. Резултатът може да е нежелани въздействия в здравеопазването, макар че доказателствата не са повсеместни. Това може също да повлияе непропорционално на населението в неравностойно положение.
47. Непосредствено преди да се предприеме инициативата, препоръчително е да се проектират уместни методи за измерване и управление на времето за изчакване, свързани с добре функционираща здравна информационна система. Правителството следва да има добра комуникация и да гарантира, че политиката на експлицитни време за изчакване ще доведе до реални (и положителни) промени в статуквото, където достъпът то медицински грижи вече се възприема като ограничен за лица, които или следват правилата за направленията, или решават да си плащат частно за неосигурени и по-бързи услуги. Важно е също да се отчете, че след като се въведе, няма да е лесно да се премахне времето за изчакване. Макар че някои страни са опитвали много инструменти за решаване на проблемите с времето за изчакване, никой от тях не изглежда оптимален, в т.ч. ДЗО, които сега са обсъдени подробно.

### 6.2.2. Доброволно здравно осигуряване

48. Този подраздел разглежда международния опит с ДЗО, чийто най-често срещан вид е частното здравно осигуряване (ЧЗО).<sup>93</sup> Той черпи данни главно от опита в държави-членки на ЕС. ЧЗО се дефинира като осигуряване, предоставено чрез преки плащания на премии на осигурителите, за разлика от държавното осигуряване, което се финансира чрез данъци – или общи, или данъци за социално осигуряване (Sekhri и Savedoff 2006). ЧЗО може да е задължително, но обикновено е доброволно и може да се управлява от стопанско или нестопанско лице.
49. Различни фактори допринасят за развитието на ЧЗО през последните години в страни, в които няма традиционен пазар на ЧЗО. Те включват растяща неудовлетвореност от общественото здравеопазване, либерализиране на пазарите и увеличена международна търговия с осигурителна дейност, както и общо икономически растеж, което стимулира по-високото и по-разнообразното потребителско търсене. В Република Корея например, макар системата на националното здравно осигуряване да има универсално покритие, повече от 80 процента от лицата на възраст 20-64 години имат допълнително ЧЗО. Търсенето на ЧЗО се подклажда от високи плащания със собствени средства и ограничена финансова защита от националното здравно осигуряване, както и привлекателност на различни пакети дейности на ЧЗО и избор на най-подходящ план (Jeon и Kwon 2013). Някои страни разчитат на ЧЗО за намаляване на проблема с времето за изчакване (както току-що беше обсъдено).

#### Видове пазари на ЧЗО — заместващ, допълващ и допълнителен

50. Функциите на ЧЗО често се оформят главно от характеристиките на уставна система. Три основни функционални роли, които играе ЧЗО, са (Таблица 11): *заместваща* (ЧЗО покрива групите население които или са изключени от задължителното покритие, или им е позволено да не са включени); *допълваща* (ЧЗО покрива услуги, изключени от задължителното покритие или потребителските такси/съвместни плащания); и *допълнителна* (ЧЗО покрива същите услуги, вече включени в задължителната система, но дава по-бърз достъп и по-добър избор).

Таблица 11: Различни видове ЧЗО

Пазарна сила	движеща	Роля на ЧЗО	ЧЗО покрива:	Примери
Ширина покритието	на	Заместваща	Групи, изключени или доброволно невключени	Чили, Германия (Каре 14), Нидерландия (преди 2006 г. — Каре 15)
Обхват покритието	на	Допълваща (услуги)	Изключени услуги	Канада, Унгария, Нидерландия
Дълбочина покритието	на	Допълваща (потребителски такси)	Уставна потребителските такси	Хърватия, Франция, Латвия, Словения
Потребителска удовлетвореност		Допълнителна	По-бърз достъп и потребителски избор	Ирландия, Полша, Обединеното кралство

Източник: Thomson 2011.

<sup>93</sup> По тази причина ДЗО и ЧЗО ще бъдат използвани взаимнозаменяемо в този раздел.

51. Най-често срещаният пазар на ЧЗО е допълнителният. В световен мащаб от 2009 г. насам има 15 страни, в които на ЧЗО се падат над 10 процента от общите разходи за здравеопазване. Пазарите на ЧЗО сред членовете на ОИСР са хетерогенни: преди 10-ина години някои страни са имали много малко или несъществуващо ЧЗО, като напр. Чешката Република, Унгария, Исландия и Норвегия, докато някои страни изразходват над 10 процента от общите разходи за здравеопазване под формата на ЧЗО, като напр. Канада, Франция, Германия, Нидерландия, Швейцария и Съединените щати (Colombo и Tарау 2004). Сред страните в Централна Европа, Източна Европа, Кавказ и Централна Азия (СЕ/ЕЕССА), макар че равнищата на частните разходи за здравеопазване са относително високи, приносът на ЧЗО към разходите за здравеопазване е минимален и рядко възлиза на повече от 1 процент. ЧЗО покрива много малка част от населението, често под 1 процент (Thomson 2010). В този регион повечето пазари за ЧЗО играят допълнителна роля, като осигуряват здравни грижи за лица, които пътуват в чужбина и/или са в лечебни заведения в частния сектор. Подобно наблюдение на размера на ЧЗО е валидно за пазари извън ОИСР и СЕ/ЕЕССА (Preker, Zweifel и Schellekens 2010).
52. В много страни типичният абонат на ЧЗО е на средна възраст, мъж, с относително добро материално състояние, по-високообразован, занимаващ се с нефизическа работа, в по-голяма фирма или на свободна практика, и живеещ в градски район. В страни с относително голям формален сектор груповото покритие е за значим дял от пазара (Thomson и Mossialos 2009).

#### **Въздействие на ЧЗО върху ключови резултати в системата на здравеопазването**

53. Предвид растящото внимание, което се обръща на ЧЗО, жизнено важна и оценката на въздействието му върху ключови резултати в системата на здравеопазването и взаимодействията му с държавната система. За съжаление такава оценка и затруднена от липсата на строги емпирични доказателства. Например Preker Zweifel и Schellekens (2010) твърдят, че „частното здравно осигуряване може да допринесе в положителен смисъл“ за осигуряване на финансова защита срещу разходите за дадено заболяване; разширяване на покритието и включване на широка гама клиентски групи; увеличаване на разполагаемия доход и облекчаване на потреблението на домакинствата; увеличаване на достъпа до финансово достъпно здравеопазване; и подобряване на участието в пазара на труда. Тези положителни изявления обаче са по-скоро хипотетични, отколкото емпирично обосновани: цитираните изследвания в подкрепа на тези аргументи, изглежда, страдат от методологични проблеми, по-специално невъзможността да се упражни контрол върху неблагоприятния подбор и моралния риск в здравното осигуряване.
54. *Достъп до медицински грижи или сегментиране на пазара.* Точно поради функцията му на осигурителен механизъм ЧЗО предоставя подобрен достъп до услуги и финансова защита на своите притежатели на полица – например чрез съкращаване на времето за изчакване и съвместни плащания. Допълнителното здравно осигуряване може да има положителен ефект върху използване на специалисти (Jones, Koolman и van Doorslaer 2006).
55. Разпределението на притежателите на полица за ЧЗО обаче е обикновено наклонено в полза на по-заможните лица. Например Jones, Koolman и van Doorslaer (2006), докато разглеждат пазарите на допълнително ЧЗО в Ирландия, Италия, Португалия и Обединеното кралство, са намерили доказателства, според които е вероятно увеличение на ЧЗО с доходите и до известна степен с по-добро здраве. От гледна точка на обществото ЧЗО създава достъп до услуги на две равнища в някои страни. Освен това възможността да се избира ЧЗО вместо държавно осигуряване може да намали обединяването на риска в



държавното осигуряване и да остави на държавното осигуряване лицата с по-ниска платежоспособност и по-лош здравен статус (Colombo и Tarau 2004). ЧЗО може да отклонява ресурси от държавно финансираното здравеопазване, като създава сегментиране на риска и изкривява разпределението на публичните ресурси.

#### Каре 14: Заместващо ЧЗО в Германия

В Германия има значителен пазар за заместващо ЧЗО, докато пазарът за допълнително ЧЗО е сведен до подобрени удобства в болничната помощ. Заместващото здравно осигуряване е задължително за всички лица на свободна практика и служителите с високи доходи, и е доброволно за останалата част от населението.

Лицата, които по свое желание са излезли от държавната система, са по-заможни от останалите в нея: те са по-вероятно мъже, с по-малко издържани от тях лица, с по-високи доходи и образование, и с по-малка вероятност за хронични състояния или лош здравен статус. Фактът, че по-здравите и по-заможните лица могат да напуснат по свое желание е създал силен натиск върху финансовата устойчивост в държавната система.

Източник: На основата на Greß 2011.

56. *Качество на помощта.* Установено е, че ЧЗО подобрява избора на членовете във връзка с доставчици на здравни грижи, лечения и своевременност на грижите в зависимост от стандартите за осигурителни практики и стратегии. Пазарите на ЧЗО също типично предлагат гама от различни осигурителни планове, с различни ползи и характеристики на поделяне на разходите. Недостатъкът е, че осигурителите имат стимули да използват различията в продуктите за подобряване на профилите на риска, което води до сегментиране на риска (Colombo и Tarau 2004).
57. Освен в Съединените щати не е установено ЧЗО да насърчава доставка на висококачествена помощ, вероятно понеже не е движеща сила на пазара в повечето страни.
58. *Ефикасност и намаляване на разходите.* ЧЗО не допринася много за ефикасността на системата на здравеопазването или за общите или държавните усилия за ограничаване на разходите. Осигурителните планове обикновено водят до по-високи транзакционни и административни разходи, за да привличат и задържат членове. Конкуренцията не действа чрез ефикасността на разходите; по-скоро се основава повече на прехвърляне на разходи и подбор на рискове. По-нататък предположенията за по-добра ефикасност (в администрацията и закупуването) при частните осигурители не са състоятелни. Накрая функционирането на ЧЗО е комплексно и зависи от националния контекст (Thomson 2012).

#### Каре 15: Реформа на здравното осигуряване в Нидерландия, 2006 г.

Нидерландия осъществява реформа на здравното осигуряване през 2006 г. Преди 2006 г. за медицина държавно (социално) осигуряване е било задължително за около 63 процента от населението и се е организирано регионални „фондове болест.“ Доброволно ЧЗО, управлявано от частни осигурители, е покривало 37 процента от населението и е било предимно от заместващ тип. Премиите са били свързани с доходите в социалното здравно осигуряване и определяни според риска в ЧЗО.

Реформата през 2006 е интегрирала фондовете болест и ЧЗО в една единствена програма, която предоставя основно здравно осигуряване на задължителна основа и допълващо здравно осигуряване на доброволна основа, като последното прилага „оценка на общността“ с корекции. Има няколко пакета допълващо здравно осигуряване (стандартен, сребърен и златен), които се различават по широтата на включените услуги.

Източник: На основата на Maarse 2012.



59. Една от типичните причини страните да приемат ЧЗО е за да облекчат финансовото бреме върху държавното финансиране и да намалят плащанията със собствени средства. Използвайки данните за здравеопазването в ОИСР 1980–2007 г., Shin 2012 емпирично е изследвал въздействията на заплащанията чрез ЧЗО върху различни източници на финансиране: разходите на правителството за здравеопазване, вноските за социално осигуряване и плащанията със собствени средства. Той е установил, че финансирането на ЧЗО не е вероятно да намали разходите на правителството за здравеопазване и вноските за социално осигуряване, докато плащанията със собствени средства могат да се компенсират чрез финансиране на ЧЗО до ограничена степен. Той е констатирал също, че финансирането на ЧЗО има статистически достоверна положителна връзка с общите разходи за здравеопазване.

#### **Основни проблеми в проектирането и прилагането на ЧЗО**

60. Когато една страна реши да отвори пазара си за ЧЗО, те се изправя пред редица решения във фазата на проектирането и осъществяването. На основата на опит от по-зрели пазари по-долу се разглеждат някои ключови проблеми.

61. *Субсидиране на ЧЗО с данъчен кредит.* Някои страни, най-вече Съединените щати, позволяват на служителите си да приспадат осигурителните премии от облагаемия доход, за да насърчат закупуването на ЧЗО. Тази политика е критикувана на основания на ефикасност и равнопоставеност (Pauly и Goodman 1995). На основания на ефикасност системата може да изкриви пазара на труда, понеже субсидията е само за лица, които работят за работодатели, които уреждат такова осигуряване, а не за лицата на свободна практика, незаетите или лица, които работят във фирми, които не предоставят здравно осигуряване, като изкривява избора на индивида в коя фирма да работи и дали да работи като служител или като лице на свободна практика. На фронта на равнопоставеността, понеже стойността на изключването се повишава с маргиналната данъчна ставка на дадено лице, стойността на данъчната субсидия е по-голяма за работещите с по-високи доходи, отколкото за тези с по-ниски доходи, докато самонаетите и незаетите не получават тази облага.

62. *Премия, оценявана според общността в сравнение с определяната според риска.* При „оценяването според общността“ осигурителят събира от всички лица, осигурени по силата на един и същ вид политика на здравно осигуряване, едно и съща премия, независимо от възраст, пол, здравен статус, професия или други фактори. За разлика от нея определяните според риска премии са онези премии, които здравноосигурителните дружества приспособяват към категорията риск на всеки купувач, или очакваните разходи, на основата на здравен статус, възраст, пол и предварително съществуващи състояния. Определяните според риска премии са рядко популярни сред определящите политиката, тъй като те възприемат заплащането на по-високи премии при по-високи рискове като несправедливо и резултатът може да е, че много болните няма да са в състояние за си позволят осигуряване.

63. *Уеднаквяване на риска.* Когато се изисква от осигурителите да приемат всички кандидати, като същевременно не променят премиите според индивидуалния здравен риск, в някои планове може да се окажат непропорционално големи дялове на по-високорискови пациенти. Въвежда се коригиране на приходите с цел уеднаквяване на риска, за да се ограничи подборът на риска от страна на осигурителните компании, в които приходите се пренасят сред осигурителите на основата на залегалите здравни рискове (Каре 16). Уеднаквяването на рисковете е отговорът на потенциално по-високите икове за разходите

като последица на оценката според общността, чиято цел е да се гарантира промишлеността да споделя разходите на групите и лицата с високи разходи. В случая с австралийския пазар на ЧЗО<sup>94</sup> уеднаквяването на рисковете е жизнено важен елемент на оценяването според общността. Уеднаквяването на рисковете обаче е обаче обикновено по-уместно в големи осигурителни пазари.

#### Каре 16: Чили: подбор на риска

В Чили пазарът на частното осигуряване не е бил регламентиран през първите 10 години. През този период частните осигурители са можели да отхвърлят или да изоставят „високорискови“ бенефициенти, които са твърде стари или вероятно имат скъпоструващи здравни състояния. Междувременно се засили регулирането на ЧЗО. Частните осигурителни компании обаче продължават да насочват своя маркетинг към членове с високи доходи и нисък риск.

Източник: На основата на Bitran и Urcullo 2008.

#### Важност на регулирането

64. Важността на регулирането на пазара на ЧЗО не може да бъде достатъчно изтъквана. Една причина е, че неуспехите на пазара са особено видими при ЧЗО. Информационната асиметрия между осигурители и купувачи на осигуряване е сериозна — купувачите може да се са в състояние да намерят точното тълкуване на осигурителния договор и следователно да се знаят какво точно е покрито. Осигурителите, от друга страна, не разполагат с информацията за здравния статус на купувачите. За да имат печалба или за да останат платежоспособни, осигурителите следва да имат силна мотивация да избират добър здравен риск, като могат да го правят експлицитно или имплицитно. Накрая, морални опасности могат да се появят от страна и на доставчика, и на пациента — първият ще предостави повече услуги, отколкото без осигуряването; вторият ще потребява повече услуги, отколкото без осигуряването, което ще накара осигурителите да увеличат премиите за покриване на свръхуслугите (Brunner et al. 2012).
65. Регулирането също може да предостави рамка, която да даде възможност за развитие на пазара на ЧЗО (Brunner et al. 2012). Sekhri и Savedoff (2006) обаче също предупреждават, че намесата на обществеността не е панацея за неуспехи на пазара. То има своите присъщи разходи, които следва да се проучат спрямо ползите от него, а въведеното регулиране за разрешаването на един проблем може да изостри друг. Управляващите следва да балансират понякога конкуриращите политиката цели. Sekhri и Savedoff (2006) предлагат полезна рамка за проектиране на инструменти, които се придържат към тези цел, в т.ч. защита на потребителите, насърчаване на равнопоставеността и ограничаването на разходите. Целите на политиката включват осигуряване на финансова платежоспособност на осигурителите, насърчаване на управляема конкуренция, свеждане на неблагоприятния подбор до минимум и разширяване на обединяването на риска. Съответните инструменти биха могли да бъдат да се предвиди достатъчно минимален капитал и изисквания за резерва, да се установят изисквания за резерва, които позволяват на различни видове

---

<sup>94</sup> В Австралия оценката според общността е крайъгълен камък на пазара на ЧЗО. Законодателството забранява на частни здравни осигурители да проявяват дискриминация срещу лица, които търсят ЧЗО покритие — пряко, чрез оценка на риска на премии, или непряко, като отказват покритие. Законът за ЧЗО от 2007 г. (по-специално раздел 55-5(2)) изброява предписаните фактори, в т.ч. възраст, пол, предварително съществуващи състояния, като напр. хронични заболявания и др. (Fainstein 2014).

осигурители да навлизат на пазара, да изискват осигуряването да бъде задължително – поне за някои категории на домакинства, и да се създадат стимули за нискорискови лица да се присъединят към обединението.

66. Thomson (2012) препоръчва следните подходи към политиката на реформата във финансирането на здравеопазването, която включва ДЗО/ЧЗО (Каре 17).

## Каре 17: Някои подходи към финансирането на реформата в здравеопазването чрез ДЗО/ЧЗО

- Повишаване на финансовата защита, а не толкова разширяване на покритието;
- Установяване на празноти в държавното покритие и финансовата защита, и други пречки за достъпа;
- Съсредоточаване върху усилия да се засили финансовата защита за онези, на които тя е най-необходима, а не върху разширяване на покритието за групи, които са в по-добро материално положение, като напр. държавните служители и други служители в държавния сектор;
- Осигуряване на допълване между държавните и частните източници на финансиране на здравеопазването;
- Установяване на празноти в държавното покритие, преди да се вземе решение за ролята на ДЗО;
- Опит да се оформи пазара на ДЗО от самото начало, за да се избегнат капаните на развитие *ad hoc*, при които тенденцията е да се получават зле регулирани и изцяло допълнителни пазари;
- Гарантиране ДЗО за подкрепа, а не да изкривява националните приоритети за сектора на здравеопазването;
- Обмисляне на начини да се защитят държавните източници на финансиране, ако ДЗО е предназначено да допълва, а не да замества държавното финансиране;
- Въвеждане на граници между задължителното и доброволното покритие, което може да се предлага от едни и същи дружества/агенции/компани;
- Обмисляне на последиците за равнопоставеността и ефикасността от субсидирането на ДЗО от данъчните приходи;
- Проектирането на ДЗО като съставна част от по-широката система на финансиране на здравеопазването;
- Засилване на регулаторната рамка, за да се гарантира финансова и потребителска защита;
- Установяване на рамка с ясни цели и отговорности, за предпочитане с ангажираност на Министерството на здравеопазването и с акцент върху конкретните характеристики на здравното осигуряване;
- Обмисляне на ролята на специализирани и нестопански осигурители; първите – за да осигурят финансова жизнеспособност, вторите – за да се поддържат премиите ниски и на справедлива цена. Различното третиране на осигурителите обаче, ако бъде приложено, следва да бъде на основата на поведението на осигурителите, а не на печалбата;
- Отчитане на потенциалното напрежение между конкуренция, равнопоставеност и потребителски избор;
- Обмисляне на ролята на централизираните източници на сравнима информация за потребителите при улесняването на конкуренцията между цените;
- Обмисляне на важността на централизирано събиране на данни за насърчаване на прозрачността;
- Познаване на правната рамка на Европейския съюз за незадължителното здравно осигуряване и потенциалните правни предизвикателства за националното регулиране;
- Готовност за приспособяване на регулаторната рамка в отговор на развитието на пазара.

Източник: Възпроизведено от Thomson 2012, р. 320.

### Значение за България

67. Видът пазар на ДЗО, който се предвижда за България, ще бъде допълващ и допълнителен. Потенциалното отрицателно въздействие на тези видове ДЗО върху сегментирането на

пазара се очаква да е по-малко, отколкото би бил заместващият вид. Представеното по-горе проучване показва, че развитието на ЧЗО представлява както възможности, така и заплахи за системата на здравеопазването. Ако такова осигуряване се управлява внимателно и се приспособи към местните потребности и предпочитания, то може да бъде ценно допълнение към съществуващите варианти за финансиране на здравеопазването. Отварянето на пазарите за ЧЗО обаче, без необходимата нормативна уредба, може да увеличи неравенствата в достъпа до здравеопазване, ескалиране на разходите, влошаване на публичните услуги, намаляване на предоставянето на профилактична помощ и разширяване на пропастта между богати и бедни. Предвид тези рискове предизвикателството за българските управляващи е да разработят нормативна рамка, която да отговаря на институционалните възможности на страната, в която частното доброволно здравно осигуряване може да функционира ефикасно.

### 6.3. Заключение

68. Разделянето на ОПД на НЗОК на основен и допълнителен пакет отчита необходимостта от приоритизиране на оскъдните ресурси, за да се получат максимални резултати в здравеопазването и максимална финансова защита за изразходваните средства. С такова решение страната експлицитно се впуска в дейности по задаване на приоритети, разпределяне по квоти на здравните услуги и отваряне на пазара за конкуренция в здравното осигуряване. Това смело начинание може да донесе ползи при оптимизирането на стойността, която се получава за публичните средства и за намаляване на разходите на правителството за здравеопазване. Подобен нож с две остриета обаче да е вреден за българското общество, ако процесите на реформата не се управляват правилно. Всичко това изисква силен регулаторен орган необходимите правомощия, който да може да предвиди проблемите, които ще възникнат и да разработи проактивно политики за решаването им.

## Глава 7. За по-комплексна програма за финансиране на здравеопазването за решаване на основните проблеми на пропуските в системата

1. Тази глава разглежда два проблема, които, предвид диагностиката на финансирането на здравеопазването, представена в Част I, помагат да се обяснят някои от пропуските в работата на българската система на здравеопазването. Концепцията: „Цели за здраве 2020” (МЗ 2015а), макар да ги отчита, не формулира планове за попълването им. Първите два проблема се отнасят за механизмите за заплащането на доставчиците. В диагностиката се изтъкват стимулите за много доставчици, които в крайна сметка допринасят за практиката да се лекуват пациенти стационарно, когато – от стриктно клинична гледна точка – това може да не е необходимо. В Концепцията се предлага да се предприемат някои организационни реформи за засилване на първичната помощ и за оптимизиране на болничния сектор, но опитът подсказва, че е необходимо и по-добро привеждане в съответствие на финансирането при различните доставчици.
2. Вторият проблем се състои в тежките ограничения във финансовата защита, която привидно осигурява българската система на здравеопазването. Финансовата защита е една от трите основни цели на системите на здравеопазването. Българската система на здравеопазването възнамерява да предостави покритие на всички и изразходва средства от държавните ресурси в сектора на здравеопазването, съизмерими с равнището на доходите ѝ, но въпреки това разходите на населението за плащания със собствени средства са необичайно високи, което неминуемо ще се отрази на достъпа до медицинска помощ и на резултатите в здравеопазването, като същевременно ще допринесе пряко за пораждането на бедност и уязвимост.
3. В тази глава се предлагат редица възможни стратегии за решаване на тези проблеми. Изборът между тях може да изисква дебат по политиката в рамките на МЗ и със заинтересованите лица. След това ще бъде необходимо да се оцени техническата им изпълнимост и да се разработят и оценят конкретни планове за действие, като напр. разработеният план за подкрепа на въвеждането на плащания в болниците на основата на ДСГ.

### 7.1. Въвеждане на стимули в системата на плащане на доставчиците

#### 7.1.1. Увод и общи принципи

4. Целта на този раздел е да се предоставят стратегически съвети на основата на доказателства и опита на много страни от ОИСР и други съседни страни, които са въвели реформи в процесите и управленските подходи към закупуването и предоставянето на здравеопазване. В раздела се обсъждат международно осъществяваните финансови реформи и промени в системата, които могат да бъдат използвани за постигане на по-добро уреждане на заплащането за услуги и които предоставят по-подходящи стимули, особено в сферите на качеството, ефикасността и координиране на грижите.
5. Всички обсъдени страни са били подложени на подобни видове натиск с техните съществуващи модели на доставка на грижи и са се опитали да решат някои – ако не всички – изтъкнати проблеми и за България в Концепцията. Те могат да бъдат обобщени

като необходимост да се разработят и предложат промени, които да подпомагат ефикасното функциониране на системата, като поставят акцент върху качеството и резултатите. Заедно с това съществува ясна и непреодолима необходимост да се насърчават и осигуряват технически ефикасности, за да се освободят твърде необходими средства, които да улеснят тези промени.

6. Други раздели на този доклад анализират и обясняват подробно проблемите пред България и идентифицират непоследователности в политиката или поведението, за които има потенциални финансови лостове за подобряване на ефективния достъп и доставка. За да се предостави ясна рамка за разработените в този раздел възможности, констатациите,, които влияят или би следвало да са повлияни от системата на плащане, са обобщени в Таблица 12. Не се споменават конкретно проблеми, свързани със закупуването или с осигуряването на качество и резултати, а не толкова с входните параметри, но тези пропуски са присъщи и за трите сектора (общопрактикуващи лекари, извънболнични/специалисти и стационарни грижи) и е необходимо да бъдат отстранени. Аналогично съществуват последователно всеобхватни проблеми с качеството на данните и със способността на НЗОК да предостави адекватна и своевременна информация за правилно финансово и оперативно управление.

Таблица 12: Обобщение на заплащането и проблеми с ефикасността в сегашната система



Проблем	Коментар
<b>ОПЛ /Първична помощ</b>	
1. Смесва заплащането на капитационен принцип и такса за услуга	1. Осигурява защита на населението за достъп до пакета дейности, НО някои елементи на правилата за заплащане насърчват да се продължава да се дават направления за лечения, които могат да бъдат предоставени от ОПЛ.
2. Промоция и профилактика	2. Може би ненужно фрагментиране на доставките предвид отговорностите на МЗ за промоция и спешна помощ, и на НЗОК за закупуването на други услуги. Такова разделение изисква дублиране на планирането и комуникациите, което може да е по-малко ефикасно, отколкото ако един орган отговаря за планирането и доставката с интегриран подход, особено за промоция и първична помощ.
3. Направление за диагностични изследвания	3.1. Някои от тях вероятно биха могли да бъдат компетентно предоставени от ОПЛ и в техните кабинети. 3.2. Таваните на дейностите вероятно водят до недостатъчно мощно предоставяне и недостатъчно използване от и на ОПЛ. 3.3. Може да даде стимул за преминаване към направления за болница (без тавани) и/или самонаправление към спешна или частна помощ.
4. Направление за специалисти	Напр. за диагностични изследвания.
5. Направление за болница	5. Отсъствието на таван на дейностите или прилагането на финансови тавани за болниците дава много силен стимул за даване на направления и за болниците до приемат пациенти.
6. Хронични и дългосрочни състояния	6. Изискването за среща с пациента на определени интервали може да доведе до ненужни контакти и намален капацитет и достъп за други пациенти.
<b>Извънболнични/Специалисти</b>	
1. Заплащане на принципа такса за услуга	1. Стимули за приемане и лечение на максимален брой пациенти, освен ако не се приложат тавани на дейностите или пълно реимбурсиране. 1.2. Това може да доведе до известна ефикасност, ако на ОПЛ и на специалистите се позволи някаква форма на бонус, ако таванът на бюджета им не е напълно използван, но за това на свой ред ще е необходимо едно ниво на управление на работата, за да се гарантира, че на пациентите няма да се отказва достъп до по-нататъшна медицинска помощ, само за да могат лекарите да увеличат дохода си.
2. Таван за дейности, заплащани на принципа такса за услуга	2.1. Налага бариера върху обема на грижите, който е необходим за финансовия контрол, но принуждава към липса на гъвкавост по време на въпросния период, която може да накаже по-нуждаещите се случаи, които са потърсили помощ късно през съответния период време на тавана. Може да е уместна известна гъвкавост от един период в друг при условие, че не се надвиши годишният таван. 2.2. Ако е валидно 2.1, това може да доведе до ненужни самонаправление то спешна или частна помощ.
3. Таван на повторни дати за прегледи на пациенти в рамките на 30 дни	3.1. Може да е неправилно за някои пациенти и може да провокира очакване на повторни дати за прегледи за други. 3.2. Плащане за транзакция на специалисти, ОПЛ и пациенти предизвиква ненужна неефикасност.
<b>Болници</b>	
1. Свърхкапацитет в сектора	1. Изискването НЗОК да сключва договори с която и да е акредитирана от МЗ болница води до свърхпредоставяне, непълна използваемост и неефикасност на услугите.
2. Комбинирано заплащане на основата на КП	2. Заплащането на основата на дейност е добро по принцип, НО 2.1 КП не се определят на основата на обективна или прозрачна методология на кейс-микса. 2.2 КП се назначават по усмотрение на лекаря и следователно има стимул за „надписване“. 2.3 Относителните тегла на КП не са на основата на относителни разходи на реални ресурси.
3. КП изискват определени входни показатели	3. Всичките може да не са необходими за всеки пациент, увеличаване на разходите.
4. Минимална продължителност на престоя в болница (ППБ), определена за всяка КП	4. Може да не са необходими за всеки пациент, увеличаване на разходите.
5. Договорни граници (дейност и заплащане)	5. Съществува разбиране, че при превишение тези санкции рядко се прилагат и не могат реално да действат като спирачка и доставчиците да контролират разходите и обемите.

б. Интегрирана и подходяща среда за оказване на помощ	б. Няма стимул за болниците да развиват амбулаторни или други услуги; аналогично няма стимул за други доставчици да развиват услуги извън болниците.
---	--

7. Заплащането на доставчиците следва да се използва да предоставят положителни стимули в съответствие със здравните политики на правителството. Повечето страни използват многостранен подход, като знаят, че нито един единствен модел не е подходящ за всички сектори. Аналогично, проектирането на системата следва да отчете потенциалните обратни стимули или отрицателни стимули, до които може да доведе всеки модел на заплащане, когато се прилага само за един единствен сектор. За да се прецени най-подходящият модел за всеки сектор, следва да се балансират най-висшите политически цели на систематата на здравеопазването и използваната като основа структурна организация на предоставянето на услуги срещу практичен начин да се направят подобрения за всички и да се удовлетворят целите на политиката на здравеопазването.
8. Доставчиците на медицинска помощ могат да бъдат реимбурсирани по множество начини. Всеки представя известен стимул за управление на поведението на платеща и на доставчика. Съществува и вечният проблем да се гарантира, че системата не дава стимули на институционалните участници (доставчици) да ограничават достъпа или грижите, така че да се увеличи още повече бремето на плащанията със собствени средства за пациентите, за да получат достъп до грижите, на които имат право. Следователно ключов въпрос във всички системи е кой поема рисковете и до каква степен: платещът, доставчикът или потребителят?
9. Appleby et al. (2014) обобщават основните видове заплащане и вариантите както следва:

**Капитация.** Обща сума, заплащана от осигурен пациент/население срещу предоставянето на конкретен набор услуги. Това е значим елемент на реимбурсиране за ОПЛ в много страни. Основава се на брой регистрирани пациенти, общо претеглена, за да се отчетат местните демографски и/или епидемиологични фактори.

**Такса за услуга.** Заплащане на база единица услуга, определяна от броя индивидуални извършени дейности. Среща се често като елемент на възнаграждението на ОПЛ и често за заплащането на специализирани диагностични услуги. Дава стимул за предоставяне на конкретна програма или интервенция, тъй като всеки прегледан или лекуван пациент привлича индивидуални такса, което го прави силен инструмент на политиката.

**Заплащане на ден.** Заплащане за пациент за ден, в който е лекуван или под грижите на институцията. Заплащането се извършва независимо от стойността на действителните предоставени грижи. Може да се използва за ограничаване на заплащането, когато се смята, че един пациент вече не изисква пълната гама услуги от доставчика, като най-честият пример е, когато стационарен пациент чака изписване, което се бави поради социални фактори. Всъщност на пациента може вече да му е необходима минимална клинична интервенция и той трябва само „хотелски“ услуги.

**Блокови заплащания.** Често се плаща еднократна обща сума за недефиниран пакет услуги с малко или никакви ограничения на дейностите на доставчик или за конкретен период, или за епизод на лечението. Всъщност това е фиксирана/ограничена сума, наложена на доставчика. В общи линии такива плащания са уместни там, където достъпът до лечебни заведения е основната цел на политиката (напр. спешна помощ). Може да се използва и където има недостатъчно налични данни, за да се въведат по-сложни и отговарящи на политиката форми на заплащане.

**Заплащания за комбинирани случаи.** Прилага се там, където се извършва едно единствено плащането, което да покрие всички разходи за определена серия лечения или интервенции. Това означава, че няколко отделни интервенции, предоставени на пациента, като напр. лекарски такси, лекарства, диагностични изследвания и т.н., които биха могли да се заплащат отделно на основа такса за услуга, се обединяват в едно единствено заплащане. Заплащането е обикновено на основата на средните разходи за лечение на конкретна категория пациенти. Тези категории са обикновено на основата на някои форма на генерично подобна клинична група по своите клинични интервенции и тяхното потребление на ресурси. Използват се в повечето страни на ОИСР и са често на основата на някой местен вариант на методологията на ДСГ.

**Пътека/епизод на помощта.** Едно единствено заплащане, което да покрие всичките разходите на определена серия лечения или интервенции. По презумпция и практика се изисква и/или позволява на доставчиците да следват ясни клинични насоки и най-добрите практики през целия епизод на грижите. В това си качество може да започне да осигурява стандартно равнище на входните параметри, а може би и качество. Може да се твърди, че КП са модел на пътека (но с някои ограничения).

**Заплащане за свършена работа.** Заплащането е свързано с постигане на определени и измерени дейности, цели или резултати. Използва се в първичната и вторичната помощ.

10. Всеки подход има своите силни и слаби страни и способността да се въвеждат неблагоприятни, както и положителни и желани стимули. Всеки общ подход трябва следователно да направи опит да отчете това, като проектира и управлява процеса по съответния начин. Както отбелязва Oliver (2015), съчетание от добре проектирани финансови и нефинансови стимули вероятно ще бъдат най-ефективни. Простото обобщение, предоставено от Schneider (2007), е показателно (Таблица 13). Но нито един процес сам по себе си не е подходящ за всички системи и повечето страни имат смесен модел на заплащания.

Таблица 13: Обзор на методите на заплащането на доставчици

Лечебно заведение	Метод на заплащане	Стимул за доставчиците
Първична помощ	Бюджет на основата на входни параметри	- Използване на пълен бюджет и стремеж да се увеличи обемът на входните параметри
	Такса за услуга	- Увеличение на обемите на услугите за един пациент
	Капитация	- Лечение в рамките на бюджета, но съществува риск от лечение под стандарта и/или изключването на високорискови пациенти - препращане към болниците или специалисти
	Комбинация капитация/такса за услуга Заплащане за свършена работа — P4P	- Лечение в рамките на бюджета, но увеличение на броя дейности на основата такса за услуга - Увеличение на броя дейности, засягащи съответните показатели за (платена) работа, може би в ущърб на услугите, които не използват схемата P4P
Болници	Плащане на база входни параметри	- Увеличение на броя плащания на база входни параметри (персонал, легла и пр.) - Поддържане на заетостта на леглата ниска и продължаване на ППБ - Насочване на високорискови пациенти към други болници

Дневни разходи	- Увеличение на и продължаване на ППБ
Кейс-микс (ДСГ)	- Увеличен брой болнични приеми - Намаляване на ППБ - Подбор на пациенти според риска, за да се избегнат потенциално скъпоструващи лица

Източник: Приспособено от Schneider 2007.

## 7.1.2. Международен опит с различни модели

### Първична помощ

11. В първичната помощ съчетание от на капиталация и такса за услуга общо използваният модел в Европа. Смесването на всеки елемент е различно в зависимост от приоритетите в политиката между покритие, достъп и разходи за населението, и желанието да се постигнат конкретни целенасочени политики на достъп. Те се стимулират най-добре с помощта на подхода такса за услуга. Основният проблем тук е как да се балансира финансовата граница на тавана на финансовата достъпност за общите плащания на първичната помощ и стимулът да се увеличава дейността по елементи на програмата такса за услуга. Необходими са управленски контрол и осигуряване на качеството, за да се гарантира, че не се жертват достъпът и качеството на финансираните на принципа на капиталацията услуги за сметка на елемента такса за услуга.
12. В допълнение съществуват инициативи и развиятия, които да насърчават предоставянето на някои услуги, които традиционно се предоставят в болнични или специализирани/извънболнични лечебни заведения от ОПЛ. Те включват по-малко интензивни изследвания и скринингови услуги за пациент, патологични и по-прости диагностични изследвания близо до пациента, т.е., нискоинтензивни изследвания, които адекватно могат да бъдат извършвани във и от първичната помощ или в специализирани заведения, но традиционно се предприемат на следващото равнище на модела на медицинската помощ. Примери в това отношение са простите анализи на кръвта и някои образни диагностички и скрининг. Те обикновено са икономически ефективни (при наличие на достъп до капиталово финансиране). Ще бъде необходимо да се гарантира поддържането на стандартите на клиничните услуги и подходът да не води до неправилно свръхдиагностициране на пациенти, които явно печелят от по-малкото време за получаване на такива изследвания и от удобството на прекия достъп до услуги в по-близко лечебно заведение.
13. Акцентирането върху таксата за услуга позволява на лекаря да определи подходящия вид и комбинация на услугите. Там, където е въведен този метод, има доказателства, че обемът на дейностите се увеличава и се усеща съответно увеличение в натиска върху финансирането. Там, където е предприето връщане от такса за услуга към капиталация, обебите намаляват, например с 20 процента в Ирландия (Figueras, Robinson и Jakubowski 2005).
14. Там, където ОПЛ служители в държавния сектор, те нямат финансов стимул да подобряват качеството или обема на дейностите, които предоставят. Капитационният подход налага етична отговорност на ОПЛ да предоставят необходимата медицинска помощ на всички в рамките на финансовите ограничения, наложени от капитационното разпределение. Желателни са обаче някои форми на гаранции и одит, за да се осигури спазването на тези стандарти. Съществуват рискове от неблагоприятен подбор на пациенти и може би недостатъчно предоставяне на лечение на някои пациенти.

Капитационните подходи изискват надеждна и актуализирана база данни за населението, което има право на услуги, както и на ОПЛ, които ще получават съответната такса.

### *Специализирани/извънболнични услуги*

15. Таксата за услуга не е необичайна за специализирани/извънболнични услуги. Няколко страни обаче (например Дания, Нидерландия и Норвегия) са разработили кейс-микс мерки за тези случаи. Други, като напр. Швеция, все още разчитат на блокови плащания.
16. В Дания и Норвегия са разработени модели на основата на дейности, които поставят специализираните/извънболничните услуги в групи с подобни характеристики на помощта и ресурсни разходи. Те са подобни по методология на стационарните системи с ДСГ и подобни по концепция на групите за амбулаторни грижи, разработени в Съединените щати. Този подход е бил въведен и в щата Виктория в Австралия с помощта на подход ва свързани извънболнични епизоди, за които се плаща определена такса за консултацията плюс всички допълнителни услуги (патология, рентгенология и аптека), предоставени в рамките на 30 дни след консултацията.
17. В Англия за специализирани извънболнична услуги се заплаща на основата такса за посещение, като таксата се определя за всяка клинична специалност на основата на средната себестойност за тази специалност. По-ниска такса се плаща за всяка следваща консултация, тъй като това представлява обратен стимул за пациентите да се връщат често, отколкото е необходимо (и също освобождава известен капацитет, за да се даде възможност за по-бърз достъп за идващите за първи преглед). Достъп до диагностични услуги може да се получи чрез преки направления за болница, без междинна стъпка.

### *Болнични услуги*

18. Моделът, избран в повечето страни в ОИСР и държави-членки на ЕС за заплащане за стационарни болнични услуги, е подход на основата на дейности, обикновено с някаква форма на кейс-микс с помощта на методологията — ако не и действителното име — на ДСГ.
19. Пълно описание на този подход и как може да бъде въведен в България е даден в доклада „Окончателен план за действие за въвеждането на плащания на основата на ДСГ“.
20. Съществуват някои значими разлики в начина, по който е приет подходът с ДСГ. Те включват мащаба и обхвата на услугите, включвани в систематата на плащане, начина, по който се събира информация за разходите и се определят цените и начина, по който се извършват плащания за услуги, невключени в таксата за ДСГ.
21. За събирането на база на разходите, върху която да се установи цената на ДСГ, повечето страни използват средните действителни разходи, събрани от представителна извадка доставчици. Малко страни — Англия е изключение — събират разходи, като включват всички доставчици, а сега има предложения да се премине и там на използване на извадка. Тези цени след това обикновено се коригират, за да се отчете евентуалното разминаване във времето между периода на събирането на данните и осъществяването. В някои случаи това време може да е две години и така често има увеличения за инфлацията и нови лекарства и технологии.
22. Малко страни разчитат на плащане на болниците изцяло на основата на дейността им. Неизменно има допълнителни изисквания за заплащането, които да отчитат разходи,

като напр. Преподавателска дейност, научни изследвания, пациенти с изключително високи разходи и ниски обеми, както и някои конкретни лекарства или медицински изделия. Обикновено има корекция или тегловен фактор за компенсиране на географски зависими разлики в разходите, като напр. различия в ставките за труд или за компенсиране на за разходи, свързани с оскъдността или предоставянето на услуги в селските райони. Някои страни (в т.ч. Дания, Германия и Ирландия) изключват цената на капитала.

23. Финансиране на основата на ДСГ може да се използва на различни равнища на процеса на разпределението на болничните ресурси. Едната крайност е използването на подхода с пълна такса за услуга на основата на заплащане за всеки конкретен случай; в други страни оценка на разходите за планирани дейности на основата на всяка ДСГ може да бъде агрегирана в годишния бюджет. Примери на първия подход ся(а Англия, Естония, Франция, Германия и Нидерландия, а на втория – Австралия, Дания, Финландия и Швеция (Appleby et al. 2014).
24. За да се поддържа финансов контрол на макроравнище, всички страни, които използват системи с ДСГ (освен повечето платци в системата на САЩ), налагат някои елементи на ограничаване на дейностите според общия обем пациенти, за които ще се праща през даден период. В някои случаи поделение на риска се дефинира на равнище болница за всеки допълнителен разход над тавана, като допълнителните разходи се поделят на предварително договорена основа. В други случаи заплащането на основата на маргинален процент от пълните разходи за всяка ДСГ се извършва, ако дейността надвишава предварително договорен таван. В някои случаи таванът се определя на основата на дейност през предшестващата година, в други – на предварително договорени увеличения в дейността. И двата подхода ограничават финансовия риск за платеща и в зависимост от маргиналната ставка влияят върху общата финансова устойчивост на доставчиците. В Англия се плаща маргинална ставка от 30 процента и доставчиците представят силени доводи, че това не покрива променливата и/или маргиналната стойност на допълнителните пациенти, като настояват за близо 60 процента. Предлага се сега да се промени ставката на 50 процента.
25. В неотдавна публикувана статия (de Lagasnerie et al. 2015) също се описват подобни политически реакции в други страни от ОИСР. Няма консенсус относно правилното намаляване и това, изглежда, се постига на основата на някои анализи на разходите и някои преговори между платците и доставчиците. В Германия всяка дейност над договореното равнище се заплаща със 75 процента от пълната тарифа; в щата Мериленд в Съединените щати равнището е 50 процента, както е и в Чешката Република. Израел има по-неравен подход със заплащането на 70 процента от пълната цена за дейност в диапазона +/-2 процента от договореното годишно равнище. Тази стойност спада до 33 процента в диапазон 2–13 процента свръхдейност и се повишава над 65 процента за всичко извън тези стойности.
26. Всяко заплащане на основата на фиксирана цена за дейност или обем носи вътрешен риск, че доставчикът ще бъде стимулиран да предоставя грижи на най-ниска възможна стойност. Основните тревоги са, че болницата ще изключи по-тежките и скъпоструващи пациенти и ще се фокусира върху по-малко интензивните случаи. Повечето отговори на искането да се осигури поддържането на качество се състоят във въвеждане на режим на проверки и акредитация, чрез който се осъществява надзор над всички доставчици. Някои конкретни инициативи обаче са вградени в системите с ДСГ, за да дадат ясен

тласък за поддържане на качеството. В Англия например е въведено понятие „тарифа за най-добра практика“. С този подход на болниците се заплащат допълнителни суми, ако гарантират спазването на известни елементи на клинично определена пътека. Използват се 18 такива пътеки за услуги като напр. бъбречна диализа, ендоскопии, опериране на катаракта, хирургия на тазобедрената става и коляното, и инсулти. Макар подобни на вид на КП в България, те са съвсем явно конкретни дейности в допълнение към очаквания модел обичайна помощ. Всички те са свързани с конкретни кодирани и подлежащи на одит дейности. (Други методи на заплащане за дейност са обсъдени в следващи раздели.)

27. Малко страни са разработили или приложили финансиране на основата на дейност за субакутни или психиатрични здравни услуги. Някои страни (Канада, Англия, Нидерландия и Съединените щати) са се опитали да разработят класификационни системи, но отчитат недостатъци (Grabowski et al. 2012) и много приложения са били модифицирани чрез някои елементи на заплащането като елемент на входните параметри стандартите или заплащане на ден (или и двете), което компрометира много от предимствата на подхода на основата на дейност.

### *Насърчаване на ефикасност*

28. В извънболничната помощ освен заплащането на самите доставчици се използват редица инструменти за насърчаване на ефикасност, като акцентът е да се направят доставчиците отговорни за разходите за по-нататъшното лечение (или за обемите на грижите), които техните пациенти „генерират“ в системата (като направления към други доставчици, рецепти за лекарствата или диагностиките). Тези механизми варират в няколко измерения, по-специално: договореностите за поделение на риска или въздействието върху възнаграждението може да се представят по различни начини: от доставчиците може да се търси отговорност виртуално или за твърди бюджети, а механизмите могат да включват санкции, награди, или и двете; обхватът може да варира и да включва направления, изследвания, фармацевтични средства или дори болниците; от доставчиците може да се търси индивидуална отговорност или като групи.
29. Такива инструменти съществуват в много системи, включително в България, и макар да могат да генерират неефикасности, могат да имат и някои основни, вътрешно присъщи слабости и да внесат противодействащи поведения. Те изискват и солидни бази данни и информация, на основата на които да могат да се определят бюджетите и да се следи поведението.
30. Бюджетите, задавани с историческите модели на направленията имат предимството, че поддържат известна стабилност в системата, но може да се изградят във вътрешни неефикасности или да продължават лоши практики, като наказват по-съзнателните или по-ефикасните практикуващи. Бюджетите на основата на капитация са най-добрият подход за осигуряване на ефикасност, но за тях е необходимо равнище на епидемиологични и демографски данни, които може да не са лесно налични, ако се зложат бюджети на „справедливия дял“. Един проблем е размерът на натрупания риск на пациентското население. Бюджетите, зложени на равнището на индивидуални практикуващи, са вътрешно нестабилни и са обект на значителна нестабилност през годината поради въздействието, което няколко високозависими пациенти могат да упражнят върху него. Размерът на натрупания риск също зависи от набора услуги, които ще бъдат включени в бюджета. Опитът в Англия през последните години, когато се



разработваше преминаването към клинични групи, доведе до обсъждане на това (Каре 18). В този случай беше отделен целият бюджет за закупуване, не само за диагностика и изследвания, и първоначалното предложение беше всеки практикуващ да може да кандидатства за бюджет. Загриженост за размера на натрупания риск обаче доведе до решения и до становище, че население от може би 30 000 е най-малко, а 50 000 – по-добър размер за изравняване на проблема с натрупания риск. В крайна сметка най-малката група население беше определена по-близо до 100 000.

### Каре 18: От Fundholding към Clinical Commissioning Groups, Англия

Един от най-ранните модели „бюджетни авоари“ беше моделът на Fundholding в Обединеното кралство. В тази договореност индивидуални ОПЛ или групи от тях, които са се включили по своя воля в модела, разполагаха с реални бюджети и действаха като купувач на услуги. По този начин те всъщност бяха агенти на финансиращия орган. Главната цел е да се даде на ОПЛ реален финансов стимул да управлява разходите и да упражнява натиск върху други части на системата, където според тях могат да бъдат подобрили проблеми с услугите или ефикасността.

ОПЛ в общи линии имаха право на дял от всякакви постигнати спестявания от бюджета. Fundholding в Англия се прилагаше от 1992 до 1997 г., но влиянието на ОПЛ се запазваше чрез различни повторения и разширявания на модела и сега те формират основният принос към организации, известни като Clinical Commissioning Groups. Те са групи от ОПЛ и други практикуващи в първичната помощ, които разполагат с по-голямата част от бюджета за закупуване (около 66 процента от разпределението на NHS). Те са финансирани на претеглена капитационна основа за регистрираното при тях население и закупуват предимно услуги във вторичната и непървичната помощ, в т.ч. бюджет за лекарства в първичната помощ, което е част от общото им парично ограничено годишно разпределение. Ако има надвишаване на разходите за лекарства, следва да се направят други спестявания, за да се компенсира това (и обратно — ако бюджетът за лекарства не е напълно изразходван, спестяванията могат да се приложат отново).

Източник: Авторите.

31. Механиката на задаването и управлението на бюджета следва да се прецени внимателно, както и гъвкавостите и стимулите в системата. В най-основния случай един бюджет задава ограничения на дейностите и финансирането за практикуващите и следователно придава на системата елемент на общ финансов контрол. Колкото е по-строг периодът на контрол (напр. месечно, а не годишно), толкова по-очевиден е контролът. Колкото е по-строг е периодът на контрол обаче, толкова по-малко вероятно ще е да постигне нещо друго освен контрол. Бюджетите могат да бъдат много по-мощни инструменти и може да бъдат използвани да дават реални положителни стимули за по-добри грижи за пациентите.
32. Ако на практикуващия се даде елемент на свобода за мястото на направлението — лечението и разходите са независими от заведението — има стимул да се разработват нови или алтернативни модели на предоставяне на услуги. ОПЛ и специалистите могат да разработят услуги по домовете, вместо да препращат пациентите към други органи. Те могат да се окажат по-малко скъпоструващи, а и по-малко бреме за пациента.
33. Преглед на доказателствата (Le Grand, Mays и Mulligan 1998) подсказва, че няма ясно виждане за успеха или неуспеха на политиката. Те са установили, че fundholding създава високи разходи за транзакция и система на две нива за достъп до медицинска помощ — за пациенти на притежаващи такива авоари (fundholders) и на непритежаващи (non-fundholders). Повишаването на разходите за предписване беше първоначално по-ниско в fundholding, отколкото в non-fundholding практики. Те дават доказателство, че



- fundholding ОПЛ постигат по-бърз болничен прием за пациентите си, които следователно се опитват да намалят периодите на изчакване. Въздействието на наследилите ги е еднакво неясно, макар някои да са успели да променят спешното използване на болнични услуги от своите пациенти, като предлагат алтернативни форми на помощ.
34. Curry et al. 2008 са изследвали очевидните бариери за ефективно комисионерство в общата практика. Те подсказват, че един ключов елемент е краткосрочното естество на новите модели и въздействието на следващите една след друга административни реформи върху структурата на системата. Те не позволиха на новите организации да станат зрели и да се развият напълно. Други фактори бяха относителните размери на организациите по закупуването, където беше необходим баланс между достатъчната географска близост, за да разбират и да проявяват чувствителност към местните пациентски и епидемиологични потребности, и да бъдат достатъчно големи, за да имат капацитета и управленската инфраструктура за компетентно изпълнение на комплексната задача да се закупува здравеопазване.
  35. За болниците най-значимата и честа реформа за даване на стимул за ефикасност вероятно е била въвеждането на система на плащане на основата на дейност (ДСГ). Тъй като болничните услуги са винаги най-големият елемент на разходите за здравеопазване, всякакви придобивки в тази сфера са пропорционално по-ценни (в парично изражение), отколкото при други услуги.
  36. Доказателствата, събирани от много страни, които са прилагали системи с ДСГ, подсказват, че желаните придобивки надхвърлят всякакви противоположни и непредназначени реакции. Реализират се увеличения в производителността и ефикасността. В Швеция за известно време някои райони плащат по система с ДСГ, докато други са запазили глобалната бюджетна система. Придобивките в ефикасността и производителността в районите с ДСГ бяха с около 10 процента по-високи за шест години, отколкото в другите райони. Подобно сравнение между приложенията на тези два метода на заплащане е познато от Англия, където за известно време са работили и двете системи. Това показва, че продължителността на престоя в болница се е намалила, а процентът случаи, обслужени в един и същи ден, се е увеличил по-бързо в болниците, където се плаща по система с ДСГ, отколкото в заведенията с традиционно финансиране. Освен това няма доказателство за вредно въздействие върху качеството на помощта, свързано с тези придобивки на ефикасност (Farrar et al. 2009). Това заключение относно поддържането на качество е в съзвучие с констатациите на предишни научни изследвания в тази сфера в много други страни.
  37. Оценките в Европа показват, че финансиране на основата на дейност е довело до увеличения на дейността и намалявания на продължителността на престоя в болница, увеличение на техническата производителност, намаляване на разходите за единица производство и/или намаляване на периодите на изчакване (Busse et al. 2011). Конкретни доказателства за въздействието върху списъците на чакащи и времето за чакане могат да се намерят от английските реформи в първите години след 2000 г. Където се прилага система за плащане с ДСГ и подкрепена от други допринасящи за успеха реформи, списъците на чакащите са намалели от близо 1 милиона лица през 2003 до 659 000 през 2007 г. Освен това макар 51 процента от пациентите да са лекувани в рамките на три месеца от направление през 2000 г., има повишение до 92 процента към 2008 г. Средната продължителност на престоя в болница (СППБ) е спаднала с

- 27 процента в болниците, които използват системата на плащане на основата на дейност,<sup>95</sup> докато в съседна Шотландия, където не са правени промени в системата, СППБ е спаднал с 3,2 процента.
38. Както е обсъдено в „Окончателен план за действие за въвеждането на плащания на основата на ДСГ“, системата на заплащания на основата на кейс-микса, също може да бъде използвана като стимул за доставка на медицинска помощ в най-подходящата обстановка, когато се прилагат независимо от мястото, в което се доставя медицинската помощ. Това означава, че дребни хирургически и клинични интервенции и диагностични изследвания, като напр. образна диагностика, не е необходимо да се правят в болница. Вместо това конкретни амбулаторни заведения могат да бъдат използвани за оказване на помощта, а заплащането се извършва на една и съща основа и на едно и също равнище на за случая, независимо дали помощта се оказва в болница или не. Британската асоциация по едномесечна хирургия е разработила и прилага списък клинична дейности, които могат и трябва да се извършват в рамките на един ден. Това дава много ясна инициатива да се оказва медицинска помощ в най-икономически изгодните и клинично подходящите условия, и да се заплаща за услугата независимо от лечебното заведение, в което е предоставена.
39. Въвеждането на система на плащане на основата на дейност или на ДСГ води със себе си, както беше отбелязано, някои рискове на неблагоприятно и непредназначено поведение. Сега това се разбира добре и се разработват отговори чрез политиката, които се прилагат за ограничаването им (обобщено в Таблица 14).

---

<sup>95</sup> Има и някои други успоредни и допълващи стимули и процеси за увеличаване на ефикасността.

Таблица 14: Реакция на политиката на непредназначени последици

Непредназначен отговор	Реакция на политиката
Увеличен болничен прием	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Дейност и/или финансови бюджетни тавани</li> <li>- Договорености за поделяне на риска</li> <li>- Маргинални заплащания извън предварително договорените равнища</li> <li>- Използване само за случаи по избор, а не по спешност</li> <li>- Управление на направленията в първичната помощ</li> <li>- Лечебни протоколи/прагове</li> </ul>
Недостатъчно лечение	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Допълнително заплащането за случаи, неписващи се в системата</li> <li>- Заплащане за съответни скъпоструващи елементи в допълнение към базовата цена</li> <li>- Санкции за повторен болничен прием</li> </ul>
Преместване на разходите	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Използване на заплащания на основата на дейност в амбулаторната помощ и рехабилитацията</li> <li>- Прехвърляне на отговорността за заплащането на цялата пътека на главния доставчик</li> <li>- Санкции за повторен болничен прием</li> </ul>
Подбор на основата на риска	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Заплащането за случаи, неписващи се в системата</li> <li>- Заплащането за скъпоструващи технологии, свързани с предварително определени ДСГ или пътеки</li> <li>- Институционално предназначение за някои случаи с висока интензивност</li> <li>- Отчитане на съпътстващи заболявания в при посочването на ДСГ</li> </ul>
Използване на по-висок код” и подвеждащо докладване	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Одит на данни, подкрепен със санкции, ако е уместно</li> </ul>

40. Макар тези рискове да са реални, опитът с въведените системи е, че рисковете са управляеми и ме общите ползи ги надвишават.

#### Насърчаване на качеството чрез системите на плащане

41. Плащането за дейност (P4P) често се идентифицира като начин за подобряване на съотношението качество-цена в системите на здравеопазването, дори макар че доказателството, че се подобряват резултатите в здравеопазване, или дори качеството на процесите на грижите, е ограничена в най-добрия случай. И въпреки това P4P се разрасна бързо след 1980 г. и сега се докладва съществуването в 15 страни от ОИСР на следните категории: първична помощ лекари (15), специалисти (8) и болници (8). Много от тях са разгледани в една публикация неотдавна, което потвърждава констатациите, че тези инструменти може да играят роля в подобряване на работата и стратегическото закупуване (Cashin et al. 2014).

42. В първичната или извънболничната помощ има малко оценени примери на инициативи за осигуряване качеството на услугата. Един пример, който съществува от известно време и е бил разглеждан, и примерът с Рамката за качество и резултати (РКР), който се прилага в Англия от 2004 г.<sup>96</sup> Това е годишна програма за награди и стимули, която плаща за елементи на подобро качество. Не е задължителна и ОПЛ участват по свой избор. По нея се правят допълнителни плащания над установеното редовно

<sup>96</sup> За най-последното повторение вж. [www.nhsemployers.org/.../quality-and-outcomes-framework](http://www.nhsemployers.org/.../quality-and-outcomes-framework)

възнаграждение за елементите капитация и такса за услуга, на основата на тяхното постигане на абсолютно постижение в редица области, в т.ч.:

**Клинична** — показатели в 20 клинични сфери, като напр. хронични бъбречни заболявания, сърдечна недостатъчност и хипертония, възлизащи на около 67 процента от възможното заплащане.

**Общественото здравеопазване (1)** — показатели, покриващи кръвното налягане, сърдечносъдовите заболявания, затлъстяването и тютюнопушенето – около 13 процента от общото.

**Общественото здравеопазване (2)** — други услуги — скрининг на маточната шийка, скрининг за детското здраве, консултации по време на бременност и съвети за противозачатъчни средства – около 5 процента от общото.

**Качество и производителност и пациентски опит** — серия показатели, наподобяващи процес, като напр. колко дълго време следва да прекара лекарят с всеки пациент и данни от проучването на пациенти, заедно с тенденции за избягване на болничен прием – до 15 процента от общото.

43. Съвсем просто казано, колкото по-високи резултати постига един ОПЛ при тези мерки, толкова по-голямо ще е неговото финансово заплащане. Крайното заплащане се коригира, за да отчете натоварването на хирургията, местните демографски данни и преобладаването на хронични състояния в района на практиката.
44. Научни изследвания, които оценяват тази политика (Martin et al. 2010), стигат до заключението, че „е възможно да има значими ползи за населението, изразяващи се като намаляване на заболеваемостта или подобряване на качеството на живот, и че намаляването на смъртността в по-дългосрочен план ще нарасне в крайна сметка”. По-специално те са установили корелация между постигането на показателите РКР от ОПЛ и намаляване на болничните разходи и спасени животи, особено на пациенти с инсулт. Установили са също, че подобрения в практиките в първичната помощ като резултат от стимулите в тази система може да са довели до значими намаления в болничния прием и разходите.
45. Други страни в Европа са въвели някои форми на заплащане за работата на извънболнични доставчици, например Естония през 2006 г. и Франция през 2009 г. В Естония се дава бонус за постигане на цели, фокусирани върху профилактиката и управлението на хронични заболявания. Този опит обаче не се смята за много успешен в Естония, отчасти поради проектирането му — бонусът представлява малка част от възнаграждението и целите може да са твърде постижими (Световната банка 2015а; Nabicht et al. 2014). Френската програма дава бонуси за постигане на цели по 29 показатели, организирани около четири теми: профилактика; управление на хронични заболявания (диабет и хипертония); икономически ефективно предписване на лекарства; и организация на практиката (Vousquet, Bisiaux и Chi 2014). Първоначално покрива ОПЛ, което се разширява към някои специалисти. Отново се установяват някои скромни подобрения, но не по всички показатели, особено за профилактиката, и неотдавна направена оценка от Генералния одитор (Cour des Comptes 2014) откри, че програмата, която само включва положителни стимули, е комплексна и скъпоструваща, и би могла да се засили.
46. В болниците P4P програми могат да включват бонус или санкции, предимно за процеси на медицинска помощ, но и някои за клинични резултати и удовлетвореност на пациентите. На много основно равнище може да се твърди, че програми на основата на

- дейност, като напр. система с ДСГ, плащат за доставка на дейност — вид придобивка чрез дейност, когато се сравнява с липсата на такъв стимул в глобалния бюджет или системи на финансиране чрез елементи на входните параметри. P4P обаче обикновено се свързва с придобивки над дейността само и се използва да стимулира целите на политиката, като прави разлика между доставчици, които постигат предварително зададените придобивки, цели или дейности, и са наградени финансово — и онези, които не успяват. Следователно необходимо е финансовите стимули да се обвържат с доставка на ясни и измерими дейности и резултати.
47. Следователно съществува необходимост от показатели, измерващи работата, които са ясни и конкретни, което изисква добри доказателства за връзката между структури, процеси и резултати, и потенциалното въздействие на стимулираните действия на доставчици. Макар да е определено желателно да има стриктни клинични входни данни и да се отчетат местните условия, една оценка на програмата предлага много от местно договорените показатели се отнасят за структури и процеси, и са в най-добрия случай на основата на слаби доказателства за ефективност (McDonald et al. 2013). И в тяхната оценка също се установява, че много от показателите имат слаби начални е желателно да има елемент на национално наложени и технически надеждни показатели.
  48. Показва се, че равнището на заплащането на бонуси е свързано със степента на постигане на целта на политиката, както е в случая с две повече или по-малко подобни програми в регионални пилотни обекти в Обединеното кралство и САЩ. В Обединеното кралство намаляване на смъртност за три оценени стимулирани състояния се преценява, че ще се равнява на 890 по-малко смъртни случаи за 18 месеца (Sutton et al. 2012). Това беше статистически достоверно само за едно от състоянията обаче и различното въздействие илюстрира важността на подбора на цели за дейността с възможност за подобрене и изпълнимост, така че да се доведе до максимум съотношението качество-цена. Това подобрене на програмата контрастира с програмата от САЩ, на чиято основа е създаден, където не се наблюдава подобрене. Това може да се дължи на обстоятелството, че британската програма въвежда по-широки мерки за подобряване на качеството успоредно с по-голям финансов стимул и по-голяма част от болниците бяха в състояние да спечелят бонус.
  49. Опитът на английската тарифа за най-добра практика също позволява да се разбере потенциалът на P4P да носи придобивки и някои поуки как да се увеличат шансовете на прилагането. Тарифа за най-добра практика е била въведена за едnodневно лечение за холецистектомия, при която заплатената цена се увеличава с 24 процента, което води до увеличение от 7 процента от частта пациенти, лекувани като едnodневно случаи (McDonald et al. 2012). При инсултите тарифата за най-добра практика се прилага за малко над половината от епизодите. Няма доказателство за въздействие върху качеството или резултатите над подобрения, постигнати в национален мащаб чрез допълнителни дейности за подобряване качеството на лечението на инсулт (McDonald et al. 2012). Това вероятно означава, че P4P няма да доведе до големи поли там, където други видове инициативи за подобряване на качеството вече са били приложени успешно.
  50. Подходите с P4P в болничната помощ в Англия не се изразяват в индивидуални стимули за членове на персонала, а само за болниците като институции. Има различия в практиките на болниците да пренасят постигнатите бонуси или наложените им санкции върху екипите или сферите на работа чрез вътрешното си разпределение на бюджета. В

Съединените щати обаче се предполага, че заплащания на бонуси на персонала за постижение на P4P са от порядъка на 5–20 процента.

51. В обобщение много страни продължават да разработват и прилагат P4P програми. Макар те може би да не водят системно до значими резултати, те явно допринасят за прехвърлянето на диалога между доставчици и платци по посока на постигането на резултати. Все пак проектирането е от критично значение и администрирането на програмите P4P бързо може да стане комплексно и обременително.

#### *Насърчаване на интегрирането на медицинската помощ*

52. Жизнено важната цел на най-новото поколение реформи в заплащането е съвместно да се насърчи ефикасност при доставчиците на медицинска помощ заедно с качество на основата на увеличено отчитане на обстоятелството, че стремежът към постигане на това на равнище на систематата и съвместима. Предизвикателствата на едно застаряващо население и възникващи медицинска проблеми, свързани с развитите икономики, е причината много лица да търсят помощ с множество и често взаимно свързани състояния, което кара много страни да преценяват дали традиционния начин на финансиране на сегменти от системата като индивидуални елементи е най-ефективно, или дори дали е в състояние да осигури качество. Разработват се и се прилагат модели на интегрирана помощ, при които пациентът е в центъра на вниманието на решението за финансиране (не институцията) и те са насочени към съвместно подобряване на резултатите, ефикасността и опита на пациента. Системите на плащане също се използват за насърчаване на интеграцията. Модели на интегрирана помощ се разглеждат от Langenbrunner и Sotomayor (2014).
53. Опитът в Германия се извежда от относително малък проект в *Gesundes-Kinzigtal* с население 69 000 души и средства за пълно координиране на грижите от профилактиката до постакутната фаза. Платците са създали нещо като договореност за „виртуална“ система за финансиране на ОПЛ (fundholding) чрез осигурители. Спестените суми се поделят между купувачите и доставчиците. Има индивидуални планове за лечение и цели за лечение, и се докладват високи равнища на удовлетвореност на пациентите.
54. Нидерландия има няколко години опит с такива модели за извънболнична услуги. Категориите заболявания включват диабет, сърдечносъдови и хронични обструктивни белодробни заболявания. „групи за грижи“ (предимно собственост на ОПЛ) договарят ставки за модули на конкретна помощ. Резултатите подсказват, че сътрудничеството е било по-интензивно и задачите са били по-добре структурирани в тези групи. Делегирането на задачи (напр. от ОПЛ на медицински сестри; от офталмолози на оптометристи) е подобро. Резултатите обаче са смесени: по-високо административно бреме и по-високи разходи.
55. В Англия е имало 16 пилотни проекта за интегрирана помощ от 2009 to 2014 г., с 127 000 – 289 000 щ.дол. в начални грантове за ОПЛ или групи ОПЛ. Интервенциите обикновено са били предлагани от доставчиците и са били различни. Доставчиците са поемали нови роли и са разработвали планове за помощ. И там резултатите са били смесени – с пациенти, които показват малка промяна в познанията, участието или удовлетвореността (вж. Фигура 6).

Фигура 6: Акценти от резултати от оценка на интервенции интегрирана помощ в три европейски страни

Highlights Of Evaluation Results Of Integrated Care Interventions In Three European Countries

Intervention	Patient				Provider experience	Costs per patient per year
	Intermediate clinical outcomes and mortality	Use of hospital care	Process indicators	Patient experience		
<b>Germany</b>						
Gesundes Kinzigtal (GK)	<b>Decreased:</b> mortality (2.5 years after enrollment)*	<b>Increased:</b> admissions; <b>decreased:</b> length-of-stay		<b>Improved:</b> fewer changes in insurers	<b>Improved:</b> cooperation	-\$203
<b>The Netherlands</b>						
Bundled payment system	<b>Improved:</b> control of blood pressure and cholesterol; <b>increased:</b> HbA1c; <b>decreased:</b> BMI	<b>Decreased:</b> specialist care	<b>Increased:</b> four checkups, foot/kidney exams; <b>decreased:</b> eye testing	Cooperation and coordination: >90% good or excellent	<b>Improved:</b> perceived quality, patient-centeredness	+\$388
<b>England</b>						
16 integrated care pilots (ICPs)		<b>Increased:</b> emergency admissions; <b>decreased:</b> elective admissions and outpatient admissions		<b>Improved:</b> care plans/follow-up; <b>decreased:</b> listening to and involving patients, preferences taken into account	<b>Improved:</b> teamwork, communication, job depth and breadth	-\$358 <sup>a</sup> -\$93 <sup>b</sup>
North West London ICP	<b>Improved:</b> control of cholesterol improved; <b>unchanged:</b> HbA1c	No significant change in first year	<b>Improved:</b> care plans, diabetes testing	"Good idea," but "actual effect minimal"	<b>Improved:</b> interprofessional learning and collaboration, but deemed "time-consuming"	No significant change in first year

Интервенция	Пациент				Опит на доставчика	Разходи на пациент на година
	Междинни клинични резултати и смъртност	Използване на болнична помощ	Показатели на процеса	Опит на пациента		
<b>Германия</b>						
Gesundes-Kinzigtal (GK)	<b>Намаление:</b> смъртност (2,5 години след включването)	<b>Увеличение:</b> болничен прием <b>Намаление:</b> продължителност на престоя		<b>Подобрение:</b> по-малко промени на осигурителите	<b>Подобрение:</b> сътрудничеството	-\$203
<b>Нидерландия</b>						
Свързани системи на плащане	<b>Подобрение:</b> контрол на кръвното	<b>Намаление:</b> специализирана помощ	<b>Увеличение:</b> четири контролни прегледи, прегледи на	Сътрудничество и координация: >	<b>Подобрение:</b> възприятието за качество, пациентът в	+\$388

	налягане и холестерола  <b>Увеличение:</b> HbA1c  <b>Намаление:</b> ИТМ		ходилата / бъбреците  <b>Намаление:</b> очни прегледи	90% добро или отлично	центъра на грижите	
<b>Англия</b>						
16 интегрирани пилотни проекти на медицинска помощ		<b>Увеличение:</b> спешен прием		<b>Подобрение:</b> планове за грижи / последващи грижи  <b>Намаление:</b> изслушване на пациентите и ангажирането им, отчитане на предпочитания	<b>Подобрение:</b> екипна работа, общуване, дълбочина и ширина на работата	-\$358
		<b>Намаление:</b> прием по избор и амбулаторен прием				-\$93
Северозападен Лондон	<b>Подобрение:</b> контрол на кръвното налягане и холестерола  <b>Непроменено:</b> HbA1c	Без значими промени през първата година	<b>Подобрение:</b> : планове за грижи и изследвания за диабет	„Добра идея“, но действителният ефект е минимален	<b>Подобрение:</b> обмяна на опит и знание между професиите, но преценявано като „вреемемко“	Без значими промени през първата година

Източник: Busse и Stahl 2014.

**Забележка:** Оцветените в зелено полета показват положителни резултати, в жълто – смесени, а червените посочват отрицателни резултати.

56. Програмите в тези страни бяха последователни поне в едно отношение: всяка използва по-усъвършенствани информационни системи — често електронни — за по-добро управление на помощта и за съпоставяне между доставчици и пациенти. Клиничната информация и информацията за разходите са важни, както и проучванията сред пациентите, както на годишна основа, така и след интервенция.

### 7.1.3. Варианти за България

57. Представените по-горе подробности разкриват възможности за България да използва добре изпробвани финансови процеси за подобряване на общото функциониране на системата и за изключване на някои неблагоприятни стимули в системата. Тези придобивки са необходими за удовлетворяването желанието до се постигнат целите на



Концепция „Цели за здраве 2020“ в здравната реформа по отношение на ефикасността, ефективността и качеството. Те биха могли също да допринесат за възможността да се развие и осигури твърде необходимата по-тясна интеграция на моделите на доставка. Други проблеми, които могат да бъдат силно повлияни от тези реформи във финансовата политика, са очевидната необходимост да се обмислят подобрения в закупуването на медицинска помощ, тъй като сегашната политика изглежда фокусирани върху предоставянето, като се пренебрегват потенциалните ползи в резултат на по-доброто закупуване.

58. В сферата на първичната и извънболничната помощ може да се проучат мерки за:

Повторна оценка, с помощта на научни дружества, на задължителните изисквания на направление за хронични пациенти и ограниченията, наложени на способността на ОПЛ да оказват някои видове помощ на пациентите си.

Реорганизиране и усъвършенстване на отчетността на доставчиците в първичната и извънболничната помощ чрез бюджети за направленията и особено:

- a. Преоценка на настоящите тавани за направления в определен период, така че да се позволи известна гъвкавост за конкретен период в рамките на таван за годишна дейност (вероятно разширен за отделни ОПЛ), който оценява по-ефикасно натоварване на ОПЛ;
- б. Прилагане на някои елементи на таваните за направления върху извънболничните доставчици към направленията за болница, за да се намали сегашният стимул да се дават направления и може би недостатъчно лечение в извънболничната помощ;
- в. Обмисляне на въвеждане на индикативни бюджети за рецепти или проследяване на рецептите.

Обмисляне как диагностичните изследвания биха могли да се правят в извънболнични заведения.

Обмисляне на някои елементи на бонуси или заплащане на основата на дейност (или и двете). Те може да се отнасят също за спестявания при сегашните тавани на дейностите и финансовите бюджети, ако няма вредно въздействие върху достъпа на пациента до медицинска помощ или качество.

59. За заплащането и сключването на договори с болниците може да са полезни следните стъпки:

Преразглеждане на изискването НЗОК да сключва договори с всички квалифицирани доставчици (според определението на МЗ).

Налагане на финансов контрол чрез по-ефективно прилагане на договорните дейности и таваните на финансиране.

Обмисляне на намаляването на маргиналните заплащания за обемите, които надвишават целите.

Значимо реформиране на заплащания на болниците за подобряване на съотношението между интензивността на помощта и заплащането; увеличение на прозрачността в определянето на цените и преговорите; и повторно независимо оценяване на безопасността и клиничните изисквания, вградени в системата. Една алтернатива на задълбоченото и пълно ревизиране на КП би било преминаването към система на плащане на основата на ДСГ. Макар че ДСГ са също заплащания за конкретен случай и е необходимо да бъдат проследявани и управлявани за зловредни стимули — както впрочем всеки метод на заплащане на доставчик — едно преминаване

към ДСГ ще има ясното предимство на „рестартирането“ и постигането на равнопоставеност – резултат, който до този момент не е постигнат чрез последователни преразглеждания на КП.

На по-късен етап би било препоръчително да се въведат някои елементи на интегрирано заплащане, за да се даде възможност за подходящи диагностични и извънболнични развития в болниците, така че да няма стимул за дадена болница да повтори изследване, което вече е било направено от друг доставчик.

60. Ако се предприемат действия за решаването на тези проблеми, доказателствата от здравните реформи на други страни подсказват, че те ще допринесат значимо за постигането на целите и политиките за здраве на страната. По-специално ще се постигне ефикасност, ефективност и (потенциално) подобряване на качеството. Освен това такава реформа дава възможности да се съгласуват финансовите стимули с прехвърлянето на грижите към най-подходящата обстановка.
61. Най-неотложната сфера за реформа е явно в най-ресурсноинтензивните болници. Вече съществува подход на основата на дейност и следователно се разбират основните методологии и процеси. Подходът на основата на КП обаче не е достатъчно солиден, за да насърчи пълните ползи, които една такава система може да донесе. Сериозно проучване средва да се направи на прилагането на Плана за действие за ДСГ (представен в отделен документ).
62. В други сектори на системата могат да се постигнат промени с нарастване като част от годишния процес на Националния рамков договор. Все пак съществува риск, че пряката връзка с клиничните възнаграждения, присъщи на този процес, ще разводнят акцента върху реформата.
63. В Концепцията се предвиждат важни и много необходими реформи в предоставянето на услуги, като всички те имат за цел да насърчават първичната помощ и да обърнат тенденцията на непрекъснато увеличаване на хоспитализациите, в т.ч. изборително договориране и реструктуриране на болниците. Глобалната препоръка на този раздел е, че реформите в заплащането на доставчиците следва да бъдат включени в тази програма, тъй като те ще премахнат някои от стимулите, които допринасят за проблема и насърчават целта да се осигури устойчиво по-високо качество.
64. На практика активното включване на програмата за заплащане на доставчиците в програмата на реформата ще изисква първо обсъдените варианти да бъдат приоритизирани и постепенно въведени. Това начинание следва да бъде управлявано от групата, която води процеса на реформата и разбира предназначенията ѝ фази и междинните цели. По-нататъшното разработване на конкретни реформи в заплащането ще изисква задълбочено проучване на изпълнимостта и приемливостта на основния избран вариант, който ще даде право на консултации с ключови заинтересовани лица, насочен към събирането и прилагането на опита от други страни, оценка на техническата изпълнимост (особено на информационните системи), определяне на разходите за реформите, и математическо моделиране на въздействието им върху доходите и разходите на доставчиците (може би надграждане върху изградения за настоящото проучване актюерски модел). В известен смисъл, когато стане дума за заплащания на болници, планът за действие с ДСГ, разработен в контекста на настоящето Споразумение за консултантски услуги, може да се разглежда като първия жалон. Както е изтъкнато в пътната карта за ДСГ обаче, когато се вземе политическото решение за прилагането ѝ, ще бъде необходимо да се предприемат допълнителни

консултации и математически моделирания. Въпреки това други реформи в заплащането за всеки сегмент биха могли да вървят по този път.

65. В заключение нека повторим, че на реформите в заплащането не трябва да се гледа като на отделни компоненти, които не са свързани с програмата за „предоставяне на услуги“. „групата по реформите“ следва да проследи прилагането на всички компоненти и техните резултати във всички сегменти на предоставянето на услуги и да гарантира, че те съвместно ще допринесат за постигането на целите на политиката.

## 7.2. Засилване на финансовата защита

66. Финансовата защита е една от трите главни цели на системите на здравеопазването. В този раздел се обсъждат потенциалните сфери на реформата, които са в съзвучие със сегашната система в България и с програмата на реформата за подобряване на работата по финансирането на системата на здравеопазването за насърчаване на ефективна финансова защита за цялото население. Първо, основният подход и произтичащото от него функциониране на сегашната система и предложената програма за реформи се обобщават на основата на обширния анализ, представен по-горе. Второ, на основата на тази изходна ситуация и международния опит се открояват конкретни сфери на реформите.

### 7.2.1. Настоящият подход на България и предложените реформи

67. Правителството експлицитно признава важноста на финансовата защита, като прилага универсалното задължително здравноосигурително покритие чрез НЗОК през 1999 г. Освен това чрез НЗОК правителството включва и финансира грижите за групи в неравностойно положение, като напр. деца, бедните, лицата с увреждания, пенсионери и пр. чрез общи вноски от приходите. В допълнение всички български граждани имат безплатен достъп до спешна помощ.

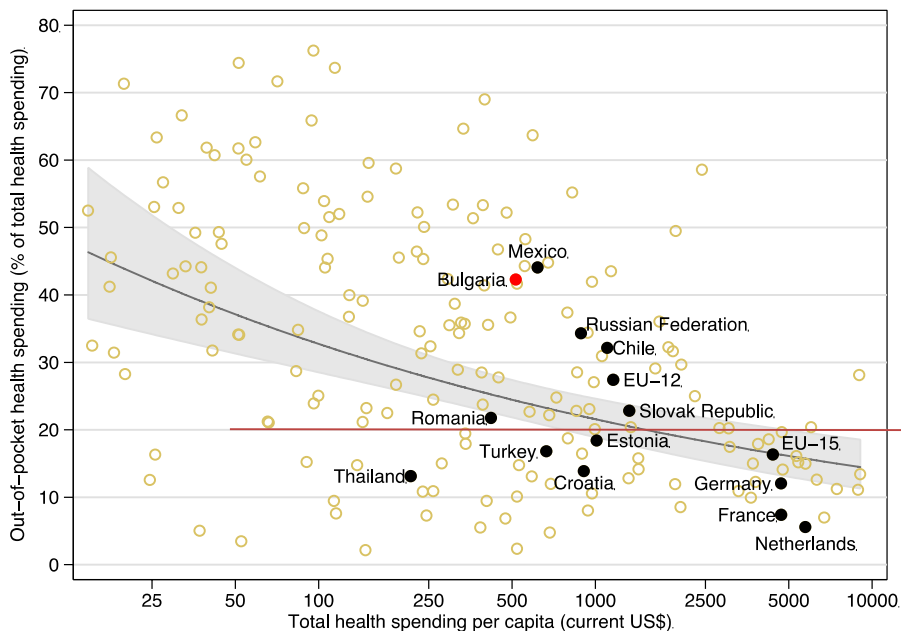
68. Макар предложената от правителството програма за здравна реформа да изглежда силно фокусирана върху резултати в здравеопазването, тя също подчертава облекчаването на бедността, неравенствата, достъпа за групи в неравностойно социално положение и социални детерминанти на здравеопазването. В Концепцията (МЗ 2015а) се заявява:

„... социологическите приучвания върху бюджета на домакинствата в България показват, че високото равнище на плащания със собствени средства значително ограничава финансовата защита за всички“ (с. 24); и

„Тези видове натиск се усложняват допълнително от значителната и растяща част от населението, което е или бедно, или силно уязвимо и изложено на риск да падне под прага на бедността, които следователно не могат лесно да си позволят да платят от джоба си за жизненоважни услуги“ (р. 25).

69. Международни сравнения и анализи на домакинствата на база микроданни, представени в Част I, открояват недостатъчната финансова защита в България. Като пример Фигура 7 показва как необикновено високият дял на плащания със собствени средства се съотнася с други страни със сравними доходи, средните стойности за ЕС и 20-процентовия праг на СЗО.

**Фигура 7: Дял на плащанията със собствени средства от общите разходи за здравеопазване по отношение на общи разходи за здравеопазване на глава от населението**



**Абсциса:**

Общи разходи за здравеопазване на глава от населението (текущи щ.дол.)

**Ордината:**

Разходи за здравеопазване, заплащани със собствени средства (% от общите разходи за здравеопазване)

70. Макар ангажираността на политиката с финансовата защита да е включена в основните постулати на НЗОК и на предложената от правителството програма за реформи, в предложените насоки в политиката как да се подобри тя липсва конкретност и тя изглежда фрагментирана.

### 7.2.2. Поуки от международния опит

71. Осигуряването на ефективна финансова защита и равнопоставеност изисква намаляване на зависимостта от плащания със собствени средства (в т.ч. неформални плащания, които може да не са напълно отразени от данните) и увеличаване на зависимостта от обединяването на риска и механизмите на предварително заплащане. Други важни механизми включват кръстосано субсидиране, изключения, субсидии и ефективно целеполагане (Maeda et al. 2014, с. 38-39).

72. Освен това, както се заявява в Световния здравен доклад на СЗО за 2010 г., източниците на предварителните заплащания са по-малко важни от конкретните политики, разработени за администрирането на такава система на предварителни заплащания. Международният откроява три широки поуки за разработването на такива политики:

онези, които се считат твърде бедни, за да правят вноски, следва да бъдат подкрепени; вноските трябва да са задължителни; и обединените рискове трябва да разпростират рисковете върху голям брой лица (или те не са финансово жизнеспособни). В допълнение всички страни са изправени пред финансови компромиси сред редица осигурени лица (*ширина* на покритието); *обхвата* на покритите услуги; и общата част от разходите, поета от програми за предварително заплащане (*дълбочина* на покритието) (WHO 2010, с. xiv–xv). И други фактори освен финансовата достъпност могат да попречат на лицата да получат достъп до услуги и ефективна финансова защита (транспортни разходи, поведение на доставчиците по отношение на някои сегменти на населението и пр.).

73. Предприетите политики следва да се заемат с онези конкретни фактори, които водят до големи плащания със собствени средства, в т.ч. липсата на осигурително покритие; ограничения на ОПД (в т.ч. поделяне на разходите) и дисбаланси, които принуждават бенефициентите да търсят медицинска помощ за невключени услуги и в невключени заведения; стимули, включени в системата за плащане на доставчиците (напр. свръхфактуриране, неформални заплащания), което води до плащания със собствени средства и използване на невключени доставчици; и проблеми с качеството на помощта в участващите лечебни заведения, както и други слабости в системата за предоставяне на услуги (Световната банка 2015b).
74. Необходимо е също да се разбере съставът и разпределението на катастрофалните плащания. Как се разпределят те в групите по доходи, сред осигурените и неосигурените, видове услуги, видове доставчици и пр.? Произтичат ли повечето катастрофални разходи от единични големи шокове (напр. скъпоструващ болничен епизод в резултат от пътно-транспортно произшествие) или много по-малки плащания, които кумулативно стават катастрофални (напр. скъпоструващи лекарства за лечение на НЗЗ като рак). Важно е също да има информация за лица, които извършват малко или никакви плащания със собствени средства, понеже са твърде бедни, за да закупват услуги или се изправят пред физически и културни бариери,<sup>97</sup> тъй като това ще позволи на управляващите да атакуват първопричините.
75. Глобалната база доказателства относно ключови фактори за подобряване на финансовата защита на основата на стриктни оценки е твърде слаба (Mareno-Serra et al. 2013 с. 20–22) и причините за неуспеха или успеха не са ясни (Cotlear et al. под печат).
76. Тези резултати не са изненадващи, тъй като въздействията на политиката са твърде специфични за всяка страна, сегашните мерки не са лесно проследими до основните фактори на финансовия риск и е много трудно да се определи причинно-следствената връзка, която се дължи на многоизмерното естество и комплексността на взаимодействията — и в резултат има малко стриктни оценки.

### 7.2.3. Варианти за България

77. Докато се подготвяше диагностиката за България (Част I), стана ясно, че има тежки ограничения в данните за измерване и разбиране на плащанията със собствени средства и тяхното въздействие. Няма база данни, която да предоставя едновременно информация за осигурителния статус, здравния статус и използваемостта на грижите.

---

<sup>97</sup> За обширно обсъждане на методологичните проблеми на финансовата защита, измерването и политиката с акцент върху ЕС, вж. Mareno-Serra et al. 2013.

Единствената информация за плащанията със собствени средства идва от проучванията на бюджетите на домакинствата (2010 и 2013 г.). това трябва да се промени, за се проектират ефективно политики за подобряване на финансовата защита.

78. Макар че информацията е непълна, за подобряването на финансовата защита България ще трябва да съсредоточи усилията си върху изрично взаимно свързани сфери на политиката относно ширината, обхвата и дълбочината на покритието от НЗОК, в т.ч. критериите за включване и право на покритие от НЗОК; обхвата и съдържанието на ОПД на НЗОК, включително изискваното поделение на разходите и процедурите на заплащането на доставчиците за тези услуги; и равнището и общата ефикасност на разходите за здравеопазване.
79. С други думи осигуряването на финансова защита означава решаването на проблемите с основните слабости както в системата на здравното осигуряване (допустимост, ползи, закупуване) и система за доставка на здравни услуги (конфигурация, качество и пр.). По-долу акцентът се поставя върху системата на здравното осигуряване и финансирането на реформите в здравеопазването, но включва контекста на системата на доставки.

#### *Допустимост и включване*

80. Както посочват Kutzin, Cashin и Jakab (2010): „Много от страните, които са въвели задължителното здравно осигуряване, са променили и естеството на правото на гражданите да правят вноски. По този начин те се изправят пред проблема да де създават изрично невключени групи от население за първи път (като се има предвид, че преди 1990 г. те са имали универсално покритие)“. България не е изключение в това отношение. Проблемът обикновено съществува в страни, където здравното осигуряване е предимно свързано с професията. Едно неотдавна проведено проучване на страните от ОИСР (Paris, под печат) показва, че с изключение на Австрия всички страни от ОИСР, в които правото не е универсално предоставено, провериха средствата на подкрепата за осигуряване на достъп до групите с ниски доходи или в икономически неравностойно положение (Таблица 15).

Таблица 15: Пример на публични интервенции за осигуряване на основно здравноосигурително покритие или услуги за бедните

Страна	Интервенции
Чешката република	Държавата плаща вноски за социално здравно осигуряване за икономически неактивни лица.
Естония	Лицата имат право на здравно осигуряване чрез целенасочени държавни програми, които субсидират публичното или частното осигуряване (50,3 % от населението).
Франция	Постоянно пребиваващите, които не са обхванати чрез здравно осигуряване, свързано с работното им място, пенсии, помощи за безработица или социални помощи, имат право на субсидии според наличните средства за закупуването на основно здравно осигуряване ( <i>Couverture Maladie Universelle</i> ), с което са били осигурени 2,2 милиона лица през 2011 г. (3,3 % от населението), 98 % от които със субсидия.
Германия	Общините плащат (еднакви) здравноосигурителни вноски за дългосрочно безработни и лица с ниски доходи.
Унгария	Държавата плаща социални ) здравноосигурителни вноски за „социално нуждаещите се“ лица.
Полша	Държавни субсидии се отпускат според наличните средства за закупуването на основно здравно осигуряване.
Словения	Държавни субсидии се отпускат според наличните средства за закупуването на основно здравно осигуряване, на което имат право 6,2% от населението

Източник: Paris (под печат).

81. Независимо от задължителния характер на НЗОК около 7–12 процента от населението не са регистрирани. Това лишава правителството от необходимите приходи; ограничава финансовата защита за нерегистрираните лица; и може да увеличи общите разходи, тъй като неосигурените лица отлагат търсенето на медицинска помощ, която става дори по-скъпоструваща, когато се предоставя по-късно в безплатната спешна помощ.
82. Както е показано в Част I, повечето неосигурени лица са бедни или близо до бедност, което е особено тревожно. Законът предвижда някои от социално уязвимите групи да бъдат осигурени, но има и празноти. Докладът на Института „Отворено общество“ (2009) на основата на проучване на неосигурените лица изтъква някои от причините, поради които това не се случва, в т.ч. липсата на разбиране на необходимостта да са осигурени и недоверие именно в държавните институции, чиято цел е да помогнат на социално уязвимите групи да получат достъп до осигуряване. Различни анализи посочват необходимостта от съчетаване на административните реформи за подобряване на достъпността с по-активни насочени навън политики. Вероятно е също зададените критерии за допустимост да са твърде строги и в крайна сметка да изключват значителен брой бедни лица.
83. Различни проблеми са свързани с онези, които знаят, че трябва да се регистрират, но по свой избор не го правят, дори да могат да си позволят да пращат премиите (около 13 процента от неосигурените според НАП), понеже са в добро здраве и не желаят да субсидират система, от която не е вероятно да извлекат полза. Такова поведение дестабилизира осигурителните фондове и може би се насърчава от политиките на НЗОК за късно включване, при което неосигурени лица могат да се включат незабавно, ако заплатят премиите за предшестващите 36 месеца (т.е. потенциално причиняващи неблагоприятния подбор срещу НЗОК). Макар да може да се твърди, че подобни политики осигуряват финансова защита, когато някой се разболее, те подкопават

поделянето на риска и финансовата жизнеспособност на НЗОК и намаляват равнопоставеността, тъй като разходите се прехвърлят от лицата с по-високи доходи, които са платежоспособни, към правителството, работодателите и лицата, които си плащат вноските.

84. Необходими са по-подробни анализи на процеса на определянето на допустимостта и на административните процедури за включване. По-специално следва да се оценят конкретните зададени критерии, използвани за определяне на допустимостта на бедните и други групи в неравностойно положение, като напр. безработните. Този процес следва да черпи информация от действителния опит на насочените лица (напр. чрез фокус групи). В по-дългосрочен план може да се обмисли да се промени основата за даването на право: например във Франция от 2000 г. насам всички законно пребиваващи в страната лица имат право на осигурително покритие. По подобен начин следва да се преразгледат административните механизми, използвани за определянето и налагането на задължително осигуряване за групите, които не са в неравностойно положение, за да се осигури своевременно регистриране на платежоспособните — макар че проблемът на укриването на данъци и на вноски е предимно в прерогативите на Националната агенция по приходите. В същата светлина сегашните насочени навън дейности следва да бъдат разширени, за да се информират всички граждани за техните права и задължения. На основата на тези оценки е необходимо да се разработят конкретни административни промени и варианти на политики, за да се осигури своевременното включване и заплащането на премиите от цялото население.

#### **Обхват и съдържание на ОПД и процедури на закупуването**

85. Като един от трите стълба на универсалното покритие ОПД е една от най-критичните детерминанти на равнището на финансовата защита. Покритите услуги (в т.ч. всякакви критерии за „медицинска необходимост“<sup>98</sup> и разходи или числови ограничения на използваемостта) и изискванията за поделене на разходите са ключови параметри на политиката, които засягат пряко това равнище, преките плащания на потребителите и разходите на публичната система. Ключът тук е да се избере ОПД, който е финансово достъпен и довежда до максимални здравни резултати, финансова защита и потребителска отзивчивост. В допълнение трябва да се проучат онези ситуации, при които се наблюдава свръхфактуриране и неформални плащания<sup>99</sup> и условията, при които лекари с двойна практика могат да дават направления на пациентите за лечебни заведения с частно заплащане.
86. Формално дефинираното поделене на разходите е характерна черта на повечето системи на финансиране на здравеопазването. Поделянето на разходите е предназначено, за да ограничи ненужната използваемост и е често ключов лост в политиката, за да се гарантира, че правата са съизмерими с публичните ресурси. Много страни допълват режима си за поделене на разходите с политики, които да гарантират, че поделянето на разходите не ограничава неправомерно достъпа до помощ. Те най-общо попадат в две категории, като определят тавани, ограничаващи съвместните плащания или освобождаващи някои групи от тяхното заплащане (или на някаква част

<sup>98</sup> Степента, до която такива критерии са на основата на съответни насоки за оценка на здравната технология и практика, е критична.

<sup>99</sup> Може би било оправдано да се проведе ново проучване на неформалните плащания, тъй като последното подробно изследване беше това на Отворено Общество, публикувано през 2008 г., в което се установява, че 47 процента от общите плащания със собствени средства са резултат от неформални плащания. Вж. Dimova et al. 2012, p. 64.



от тях). Освобождаванията от плащане може да бъде на основата на здравен статус (хронични пациенти), конкретни демографски групи (възрастни, бременни жени и деца), или групи, за които се смята, че са по-уязвими или заслужаващи защита (на основата на доход или други социалноикономически характеристики).<sup>100</sup> Таблица 16 представя някои страни с тавани върху плащанията със собствени средства. Един трети начин да се разшири допълнително финансовата защита е частното осигуряване. Във Франция например, макар бедните да са фактически освободени от съвместни плащания (и от плащане на остатъчната сума), близките до бедност лица имат право на субсидия за закупуването на допълнително здравно осигуряване.

**Таблица 16: Избрани страни с годишен таван за поделяне на разходите**

Страна	Годишен таван за поделяне на разходите
Австрия	Максимален праг – 2 % от годишния доход.
Белгия	Годишен таван за поделянето на разходите.
Чешката република	Годишен таван за всички поделения на разходите.
Дания	Годишен таван DKK 3710 (\$ 472 за фармацевтични средства). Други услуги на медицинска диагностика и лечебни грижи са фактически безплатни.
Финландия	Годишен таван на съвместните плащания € 636 (\$ 677) през 2012 г. върху поделянето на разходите за здравни услуги, предоставено от общините.
Германия	Съвместните плащания имат таван 2% от brutния доход на домакинствата, намаляван to 1% за хронично болните.
Унгария	Правото на безплатни фармацевтични средства за лица, чиито медицински разходи надвишават 10% от минималната пенсия (за домакинствата с доход на глава от населението < минималната пенсия = €100 през 2010 г.).
Исландия	Таван върху поделянето на разходите за извънболнична първична помощ, извънболнични контакти със специалисти, клинични лабораторни изследвания и образна диагностика.
Ирландия	Годишен таван върху стационарната помощ, първичната помощ и фармацевтични средства.
Израел	Годишен таван върху стационарната и извънболничната първична помощ.
Норвегия	Годишен таван за съчетанието от разходите за фармацевтични средства, консултации с лекар в първичната помощ в сектора на здравеопазването, психолози и психиатри, извънболнични услуги в болниците, лабораторни изследвания, рентгенови изследвания на стойност 2040 норвежки крони (\$ 344) през 2013 г.
Португалия	Годишен таван върху съвместните плащания за възрастни лица с ниски доходи за зъбни протези и очила.
Швеция	Годишен таван за всички изисквания за поделяне на разходите. Годишен таван върху съвместните плащания за фармацевтични средства на стойност 1800 шведски крони (\$ 203).

Източник: Paris (под печат).

87. Както беше обсъдено, програмата на правителството за реформи се съсредоточава върху настоящите ОПД на НЗОК и спешната медицинска помощ с намерението да ги разделят на три пакета: спешен, основен и допълнителен. От ключово значение за

<sup>100</sup> Съвместните плащания също могат да бъдат покрити от частното осигуряване и достъпът до такова осигуряване може да бъде субсидиран.

подобряване на финансовата защита ще бъдат критериите, използвани за определяне на услугите, включени в ОПД, в т.ч. техните равнища на поделяне на разходите и степента, до която лицата се чувстват принудени да закупуват частно допълнително осигуряване, за да получат по-добър достъп до допълнителния (а може би дори до основния) пакет. Тъй като ресурсите са ограничени, ще бъде важно да се оценят последиците за разходите на предложените промени в ОПД върху финансовата жизнеспособност на НЗОК, както и на общия бюджет на правителството за здравеопазване. Тези последици също трябва да се разгледат в контекста на увеличените записвания. Последиците за равнопоставеността/преразпределението също следва да се преценят. Например, само богатите ли ще закупуват допълнително осигуряване за допълнителния пакет или и бедните ще го направят, тъй като иначе периодите на изчакване са твърде дълги?

88. Една свързана сфера засяга дейностите, осигурявани чрез спешната медицинска помощ и МЗ, и тяхната интеграция с услугите, покривани от НЗОК. (В Глава 9 се обсъждат някои от тези проблеми.) Аналогично, координирането на основни дейности в общественото здравеопазване и други лечебни услуги, заплащани от МЗ, с предоставените чрез еквивалента на НЗОК, е проблем в почти всички страни от гледна точка на здравните резултати, както и финансовата защита. съществува непрекъсната миграция на лечебни услуги (напр. онкологични лекарства) от МЗ към НЗОК. От критично значение е не коя държавна институция покрива такива услуги, а използваните критерии за избор на тези услуги и лекарства, медицински изделия и пр., които се заплащат, въздействията им върху здравните резултати и финансовата защита, разходите им и кой ги плаща, и осигуряване на безпроблемна интеграция на основата както на политиката, така и на прилагането чрез различните агенции.
89. Аналогично, ограниченията върху покритието на индивидуални услуги и равнищата на поделяне на разходите също ще се отрази на използването на държавни и частни услуги, и на плащанията със собствени средства. около 75 процента от плащанията със собствени средства са за фармацевтични средства. За съжаление данните не дават достатъчно конкретност, за да се разбере за какво плащат хората. И все пак за лекарства, заплащани от НЗОК, както е обсъдено в доклада „Анализ и препоръки за реформи в българския фармацевтичния сектор” и е изтъкнато в Част I, един ключов проблем е разбирането колко ще трябва да заплати пациентът за конкретно лекарство и да направи информиран избор в аптеката. Трудно е за един пациент да знае къде е референтната цена. Аптеки биха могли обаче да бъдат задължени да изложат на видно място списък на референтните цени за лекарствата във високообемни клъстери, за да насочат пациентите или да ги информират за най-евтината алтернатива на тяхната рецепта (за това би следвало да е разрешено заместването). Може да се въведе политика, която изисква от аптеките да отпускат референтен продукт по желание, но ще бъде необходимо да се гарантира, че такива продукти ще са в наличност. По-нататъшни подобрения във финансовата достъпност биха могли да се постигнат, като се обучат предписващите на икономически ефективно предписване, като се осигури наличност на продуктите на референтна цена в аптеката и като се повиши информираността сред потребителите за безопасността, качеството и наличността на генерични лекарства.
90. Рационализирането и опростяването на съвместните плащания от пациент чрез въвеждането на структура за съвместни плащания на една ставка също може да се обмисли с оглед подобряване на равнопоставеността и индивидуалната финансова

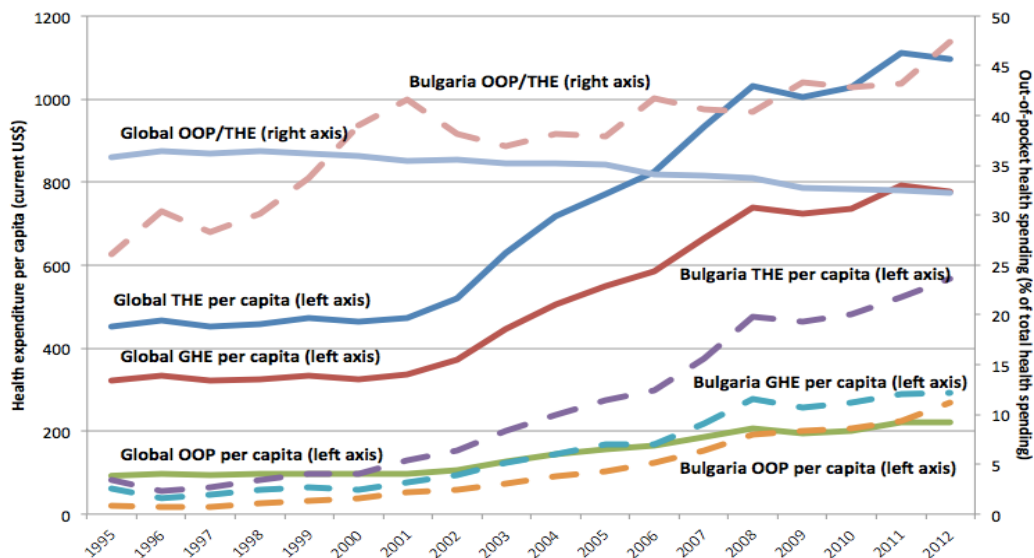
достъпност. Съвместното осигуряване е регресивно и създава несигурност за пациентите — показано е, че несигурността в разходите снижава спазването на лечението. Тази необходимост не предполага увеличени разходи, тъй като би следвало да е възможно да се моделира многопластова системата на съвместно плащане, която е неутрална по отношение на приходите. В обобщение, фармацевтичните средства са вероятно една от най-критичните сфери за реформи за подобряване на финансовата защита за всички българи.

91. Предвид силното обедняващо въздействие на плащанията със собствени средства следва да се обмисли въвеждането на тавани върху плащанията със собствени средства и да се избягва генерирането на твърде голямо финансово бреме за домакинствата с ниски доходи. Администрирането на такава система ще зависи от наличието на по-добри информационни системи в НЗОК, особено за събиране на социалноикономическите характеристики на осигурените лица, които днес са несъществуващи.
92. Покупателните политики са друга критична сфера, която засяга плащанията със собствени средства, тъй като те повлияват върху достъпа до публично заплащани услуги. Ефективният достъп до услуги има аспекти и на търсенето, и на предлагането. Политиките на НЗОК и МЗ относно свръхфактурирането, неформалните плащания и направленията към частни лечебни заведения за услуги, които не се плащат от НЗОК, имат важни въздействия върху плащанията със собствени средства, подобно на конфигурацията и качеството на системата за предоставяне на услуги. За съжаление, поради липса на данни за равнищата на плащания със собствени средства, породени от конкретни политики на НЗОК и МЗ, е трудно да се оцени степента на въздействие на тези плащания със собствени средства. Би било полезно да се изследват настоящите политики на основата на емпирични данни, за да се види колко допринасят сегашните политики за проблема на финансовата защита. (И както ще бъде показано по-долу, влиянията на системата на доставките са друг интерактивен фактор.)

#### ***Равнище и състав на разходите за здравеопазване и финансова защита***

93. Макар в световен мащаб да има положително взаимоотношение между по-високите равнища на разходите за здравеопазване и по-добрите равнища на финансова защита, съществуват и големи различия сред страните. България, въпреки над средното общо и средното равнище на разходите за обществено здравеопазване, има много по-ниски показатели, свързани с финансовата защита, в сравнение със страни с подобен доход и разходи за здравеопазване. Освен това, макар и БВП, и разходите за здравеопазване да са се увеличили през времето в България и в световен мащаб, финансовата защита и равнопоставеността са значимо влошени в България — спрямо световните тенденции (Фигура 8).

Фигура 8: България не се вписва в световната тенденция за по-добра финансова защита



Източник: На основата на Fan и Glassman, декември 2014, р. 12.

Лява ордината:	
Разходи за здравеопазване на глава от населението (щ.дол.)	
Дясна ордината:	
Разходи за здравеопазване, плащани със собствени средства – ПСС (% от общите разходи за здравеопазване - ОРЗ)	
Разходи на България, покривани със собствени средства / ОРЗ (дясна ос)	
Глобални ПСС / ОРЗ на глава от населението (лява ос)	ОРЗ в България на глава от населението (лява ос)
Глобални ОРЗ на глава от населението (лява ос)	ГРЗ в България на глава от населението (лява ос)
Глобални ГРЗ на глава от населението (лява ос)	ПСС в България на глава от населението (лява ос)
Глобални ПСС на глава от населението (лява ос)	

94. Следователно подобряването на финансовата защита не е единствено въпрос на изразходване на повече средства, а тяхното по-интелигентно изразходване чрез увеличено и равнопоставено предварително заплащане през НЗОК. За да се подобри финансовата защита, България ще трябва да прехвърли значителни суми от плащанията ѝ със собствени средства в предварително платено, обединено и относително равнопоставено изразходване на средства от НЗОК. По-специално на правителството е

необходимо да разработи варианти на политиката и да проектира административни промени, за да:

подобри обединяването на риска като регистрира всички неосигурени чрез фундаментални реформи на процесите на допустимост и записване на НЗОК, и внимателно да оцени обединяването на риска, равнопоставеността и последиците за разходите от насърчаването на частното допълнително осигуряване за услуги в допълнителния пакет;

промени състава на изразходването на средства чрез реструктуриране на ОПД, в т.ч. неговите структури за разделяне на разходите на основата на експлицитни критерии за финансова защита;

проучи сегашното заплащане на политиките на доставчиците, в т.ч. свръхфактурирането, неформалните плащания, добавянето на КП и направления към невключени частни услуги от двойно практикуващи;

реформира фармацевтичните политики на разделяне на разходите, покритие, обществени поръчки и ценообразуването;

се интегрират по-добре услугите на НЗОК, спешната медицинска помощ и МЗ.

95. Освен тези промени във финансирането на здравеопазването трябва да се обърне внимание и на реформите в системата на доставките в ключови сфери, като напр. качеството, състава на инфраструктурата и интеграцията. В световен мащаб лошото качество в държавните лечебни заведения е често един от основните фактори за плащанията със собствени средства. Следователно засилването на системата на здравеопазването е важен компонент за подобряване на финансовата защита.

96. Предвид глобалното положително взаимоотношение между финансовата защита и доходите и разходите за здравеопазване, един вариант е правителството да увеличи разходите за здравеопазване, но за да се направи това, първо ще трябва да се реши проблемът с основните неефикасности в системата. Минали увеличения в публичните и общите разходи за здравеопазване в България са довели до по-ниски публични и по-високи дялове плащания със собствени средства и намалена финансова защита и равнопоставеност. Увеличеното изразходване на средства на неефикасна основа не е рационален избор на политика.

## Глава 8. Електронно здравеопазване

1. Тази оценка на информационната система за управление на здравеопазването (ИСУЗ) в България е на основата на обсъждания с български колеги в свързани със здравеопазване институции, които използват ИСУЗ и електронно здравеопазване, за да се автоматизират някои или всички негови бизнес процеси, документи, предоставени на основата на електронно здравеопазване, планове за реформи на МЗ и НЗОК, и посещения в НЗОК и някои лечебни заведения.
2. България има дълга традиция на подкрепа и насърчаване на разработването и усъвършенстването на своите здравни информационни системи. Секторът на здравната технология е сам по себе си в добро здраве и дава на страната добра способност<sup>101</sup> да продължи дългата традиция на напредъка на ИСУЗ в бъдеще.
3. Независимо от богатите ѝ технологични ресурси обаче изглежда, че страната сега изостава от други страни в подобно икономическо положение и че особено след глобалната икономическа криза се намалява вниманието към критични системи, които обслужват сектора на здравеопазването. Това е разбираемо в светлината на други влизаци в конфликт национални приоритети, но сега е времето да се постави отново влакът върху релсите и да се премине към по-пълноценно използване на технологии от XXI век в сектора на здравеопазването на страната. В сравнение с други страни в ЕС и другаде<sup>102</sup> се открояват някои общи дефицити и предизвикателства.

### 8.1. Електронно здравно досие

4. Голяма част от света бърза да завърши комплексното електронно здравно досие (ЕЗД), тъй като надеждата е с този ход да се постигне по-добър достъп, равнопоставеност, ефикасност и качество. Честно казано, все още е твърде рано да се предвиди какви дългосрочни ефекти ще породи преминаването към ЕЗД. Някои по-големи страни съсредоточават вниманието си върху регионални ЕЗД (например Китай), а други (предимно страни с малко население) се опитват да създадат истински национални ЕЗД (Бахрейн, Коста Рика), което в крайна сметка е предназначено да натрупа важни здравни данни за всеки гражданин и постоянно пребиваващо в страната лице.
5. По-агресивните усилия в последно време имат непоследователен успех засега поради факта, че не изискват огромно координиране между понякога конкуриращи се заинтересовани лица. Не е лесно да се постигне приемливо равнище на участие в проектирането и прилагането на ЕЗД и е предизвикателство, с което се сблъсква целият свят. България явно все още не е постигнала консенсус относно най-добрия път, който да поеме страната в тази сфера, или как да се осъществи спойка в ръководството на такъв голям проект. Макар че за ИСУЗ се говори в Петгодишния план за здравеопазването в България, както и предложените от министъра здравни реформи,

---

<sup>101</sup> В България обаче има „изтичане на мозъци“ в технологичния ѝ сектор. Много отлични технически специалисти са избрали да живеят в други страни на ЕС и другаде. Въпреки този ефект в страната са останали значително количество способни специалисти с добро качество. Осигуряването тези способни хора да останат в страната е важен приоритет за всяка страна, тъй като местният талант е ключова съставка за дългосрочната устойчивост на усилия на една страна в сферата на ИСУЗ.

<sup>102</sup> В тази глава се обсъжда международният опит в различни страни, в т.ч. Австралия, Бахрейн, Канада, Монголия, Нова Зеландия, Саудитска Арабия, Турция, Обединеното кралство и Съединените щати.

все още не се вижда съгласуваната дейност, която е необходима за актуализирането на тези планове. В действителност една критично важна система в НЗОК е опитала сериозна оперативна дезинтеграция, която е достигнала точка, след която резултатът може да е истинска криза (вж. по-долу). Това не е обнадеждаващ знак, че на интегритета на системата ИСУЗ де отдава необходимото внимание.

6. За ЕЗД, особено предвид доближаването им до „национален“ статус, е необходимо най-голямо внимание в проектирането на методи на достъп до ценните здравни данни, без потенциално нарушаване на правото на гражданите на защита на личните данни и поверителност. Деликатният проблем къде точно преминава тънката линия между предоставянето на достъп на доставчиците до здравна информация на пациенти и защитата на личните данни на пациентите продължава да занимава света. Няма лесни отговори. Никой метод за защита на личните данни не е напълно надежден. Дали България, независимо от членството си в ЕС и следователно подчинеността ѝ на регламентите на ЕС за поверителността на данните на пациентите, е приела адекватна защита, не беше независимо потвърдено по време на настоящето проучване, но следва да бъде в центъра на продължаващи усилия.

## 8.2. Системи в МЗ

7. В МЗ видимо има по-малко компютризация, отколкото може да се очаква в една напредваща държава-членка на ЕС. Обикновено в здравните министерства има множество системи, чието предназначение е да им помогнат в планирането на политиката на здравеопазването, в т.ч.:

Системи „Какво-ако“, които моделират различни параметри на политика и се опитват да сравняват резултатите;

Системи за математическо моделиране, които по подобен начин предоставят насоки за политически решения на основата на математическо моделиране на произволни епидемиологични или екологични или макроикономически събития;

Географски информационни системи, които могат да създадат пълна „здравна карта“ на страната (включително със слоеве, които показват лечебни заведения, гъстота на доставчиците и епидемиологични данни);

Системи, предназначени за следене и налагане на стандартите за качество в целия сектор на здравеопазването (често тези системи изпращат „докладни карти“ до доставчиците, в които се сравняват техните мерки за качество с други;

Бюджетни системи, национални аналитични системи за здравните сметки и счетоводни системи (които да подпомогнат МЗ с финансовите му отговорности);

8. Повечето от тези приложения са вече налични на пазара. Такива системи имат достъп както до пряко събрани данни от МЗ, така и до данни, събрани от платеща. Получените в резултат аналитични данни предоставят насоки по финансови въпроси (и за оценяване на потенциалните въздействия на евентуална здравна програма за реформите), за качеството на медицинската помощ и оценки на модели медицинска практика.

### 8.3. Водеща роля в прилагането на електронно здравеопазване и пътната карта

9. МЗ е в добра позиция и с добри правомощия, за да играе много важна ръководна роля за въвеждането на електронно здравеопазване в целия сектор. Неговото ръководство е от ключово значение в ролята, свързана с улесняването, надзора, актуализирането, разпространението и – което е най-важно – *налагането* на национални стандарти за здравна информация.
10. Важна роля е свързана с дейности, които водят до създаване и поддържане на български национален Речник на здравните данни (РЗД). Неговото разработване и приемане са абсолютно необходими за развитието и насърчаването на оперативна съвместимост сред всички заинтересовани лица в здравеопазването — сред доставчиците, между доставчиците и платеща (НЗОК), между доставчици/платци и МЗ, и между доставчици/платци и Института за обществено здраве. Тази взаимосвързаност създава нова синергия между заинтересованите лица — всички членове събират данни и същевременно ги обменят активно по целесъобразност, с други в сектора. Пречките в това споделяне на данни са винаги основно предизвикателство, но все пак ръководството на МЗ има най-драматичния ефект в за улесняването на този обмен.
11. МЗ неотдавна постигна напредък тук с представянето на Пътната карта на електронното здравеопазване. Това е гигантска стъпка в потенциалното обединяване на подкрепата за дейностите, необходими за развитието на електронното здравеопазване в страната — в МЗ, в други свързани със здравеопазване институции и в Парламента. Някои от основните проблеми в довършването и осъществяването на този се обсъждат тук.

### 8.4. Системи за управление на „фабриката“ НЗОК

12. Управляването на съвременен платец в здравеопазването е аналогично на управляването на (промишлена) фабрика. Кратък списък на системните функции, които са необходими за управляването на “здравноосигурителна фабрика” включват следните функции:

Следва да се издават договорите с доставчиците.

Следва да се проследяват бенефициентите.

Исковете следва да постъпват и да бъдат обработвани своевременно.

Плащанията следва да са точни и прозрачни.

Счетоводството на здравноосигурителния фонд следва да осигурява устойчивост и ликвидност.

Следва да се проследява използваемостта на услугите.

Следва да се изведе качеството на услугите в здравеопазването и да се сравни с приемливи мерки.

Следва да има защита срещу измами и злоупотреби.

Следва да се осигури защита срещу кражба и кибератака.

13. В някои страни тези системи работят като часовник (Австралия и Канада се считат страни с международна добра практика за работа с малко триене и малко проблеми — Каре



19), докато други страни изглеждат затънали в технически и в политически кавги, които изсмукват полезността на системата.

#### Каре 19: Поддържане на добрата работа на фабриката за здравно осигуряване

Страни като Австралия и Канада са постигнали висока степен на ефикасност в управлението на своите здравноосигурителни „фабрика“ чрез:

- Следене отблизо на оперативните параметри, като напр. дължими суми за дни в болница, процент отхвърлени искове процент обжалвани искове, ретроспективни ставки за връщане.
- Даване правомощия на здравноосигурителната каса да поставя под въпрос искове, подадени от доставчиците, за да се идентифицират евентуални измами и злоупотреби.
- Прилагане на добри актюерски и прогнозиращи системи, така че статусът на Касата да е известен по всяко време и по този начин да се избегнат повечето „изненади“.

14. В България настоящата система на НЗОК е силно проблемна. Системите на НЗОК са в криза, причинена от влошаването и бързото разпадане на сегашните й информационни системи, предимно една система, наречена IIS (Интегрирана информационна система) както и редица регионални информационни системи, очевидно създавани като мерки за „запушване на дупки“, колкото да може да върви потокът от искове, но недобре замислени и затова причиняващи сериозно фрагментиране на бизнес процеса и сериозни възможности за аберантно поведение, както от страна на доставчиците, така и на самата НЗОК. Проблемът не може повече да бъде пренебрегван.

### 8.5. Информационни системи на НЗОК

15. При оценяването на сериозната ситуация в НЗОК, свързана с информационните системи, установяването на истинската ситуация беше трудно. Документацията е в лошо състояние и остаряла, или не беше предоставяна, и макар персоналът на НЗОК да бяха щедри с ограниченото си време, някои от ключовите технически лица в НЗОК очевидно нямаха много време, което да посветят за обсъждане на проблемите. Изглежда, че те прекрасно осъзнават потенциално бедствената ситуация, пред която е изправена НЗОК, но са явно безсилни или да привлекат вниманието на ръководството, или на Управителния съвет, или технически да се справят със ситуацията. За ситуацията в регионалните офиси екипът на Банката нямаше възможност да посети регионален обект на НЗОК, за да се запознае от „първа ръка“ със случващото се там, тъй като опитът да се организира посещение на типични регион се оказа неуспешен. И въпреки този ограничен поглед, следните впечатления са ясни.

16. Информационните процеси в НЗОК са силно фрагментирани (като всяка бизнес линия се обработва напълно независимо от другите). И така исковете от аптеките следват свой собствен път, както и болничните искове, както и исковете от лабораториите/образната диагностика ... и пр. (Тези независим пътища могат потенциално да доведат до някои много странни резултати — да се откаже болничен престой поради грешка, докато бъде одобрен иск за съпътстваща образна диагностика).

17. Обработването на някои видове искове във всеки от 28-те регионални офиси в България също може да доведе до големи различия в решенията и присъждането. Също така не е немислимо един иск да бъде платен в два различни региона (болницата да се намира

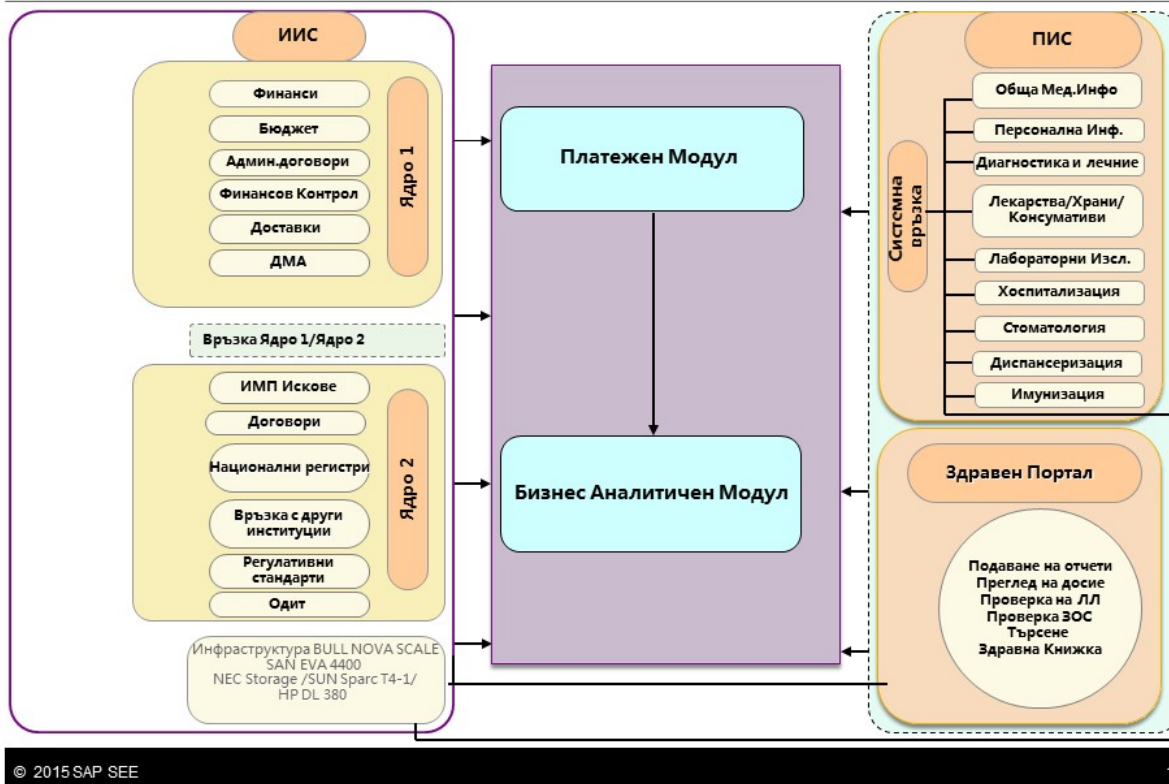
- в единия регион, а пациентът да живее в другия), тъй като финансовите резултати няма да бъдат очевидни до много по-късно, когато свързаните със заплащането резултати накрая се комбинират в София. В този момент отменянето на такива дублирани заплащания несъмнено ще бъде поне много трудно.
18. „Главната“ обработваща система в НЗОК, IIS, система на Bull-Siveko, има две „ядра“, едно ядро за планиране на ресурсите на предприятията (Ядро 1) за управление на финансовите операции, и Ядро 2, което предоставя централизираното обработване на искове в централата в София. Големи части от Ядро 2 са изоставени, понеже вече не отговарят на новата нормативна уредба, приета през последните години, защото е било невъзможно да се кодират тези промени в таблицата на ядрото. Болничните искове, исковете за най-голяма себестойност за единица, сега трябва да заобикалят изцяло системата за присъждане на искове и да преминават към модула на заплащането видимо с малко контрол. Това е необходимо явно, понеже правилата за присъждането на болнични искове са просто толкова остарели, че е по-лесно да се извършат тези задачи ръчно.<sup>103</sup>
  19. Тази главна система на обработване продължава да се разпада (Фигура 9) и би могла да се срине във всеки момент (вж. Бялата книга на тази тема). Това изисква внимание, при това неотложно.

---

<sup>103</sup> Ръчното обработване на осигурителните искове неминуемо води до непоследователност и различия в начина, по който се прилагат правилата, а следователно и в начина, по който се определят плащанията. Води също потенциално до ситуации, при които може да се получат „изтичания на данни“ за извършени „услуги“. Поради този риск ръчното обработване на искове се предприема рядко през последните години в повечето напреднали и в много страни с новопоявяващи се пазарни икономики.

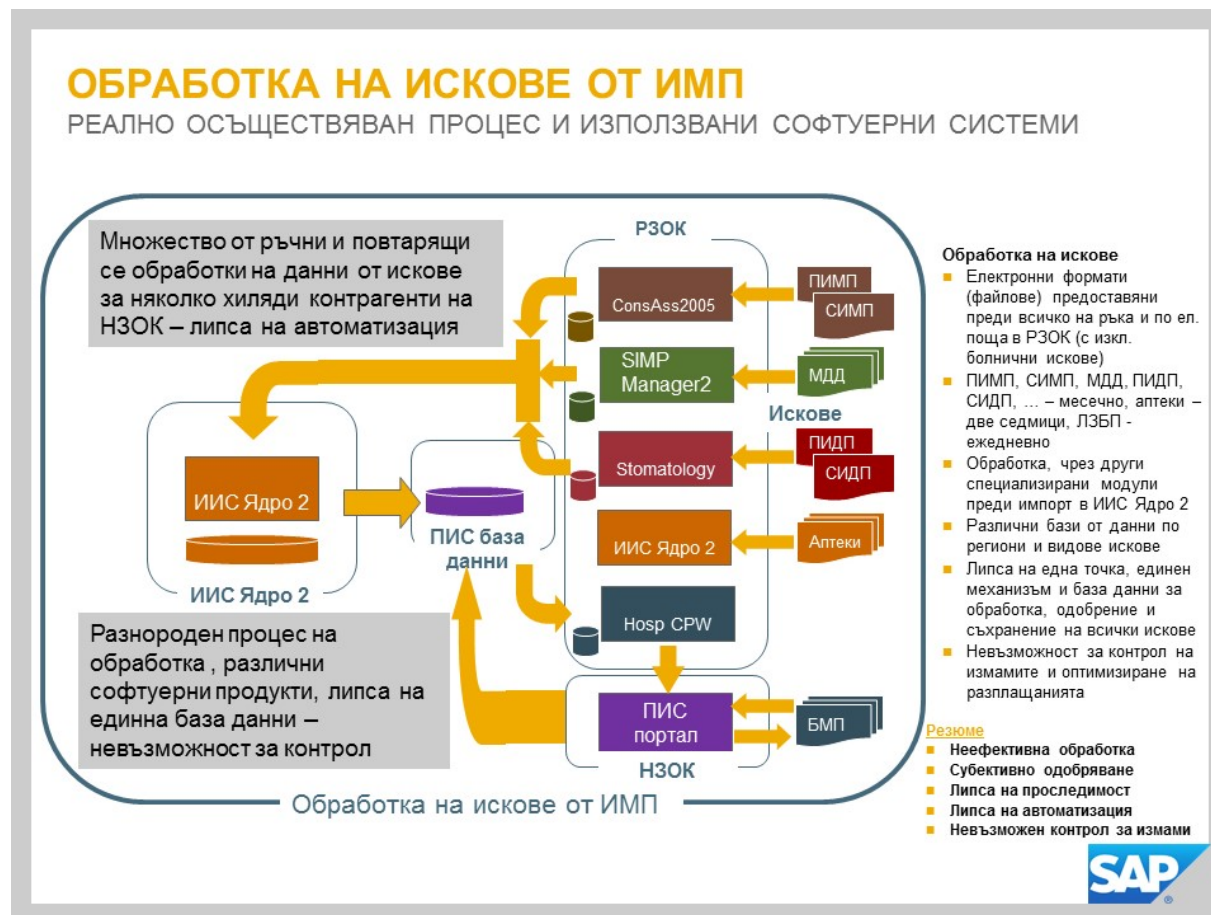
Фигура 9: Основни подсистеми на архитектурата на НЗОК

## Ключови системи на НЗОК – ИИС, ПИС, Портал Архитектура



20. За да се извърши регионалното обработване, използва се набор от системи с имена като напр. ConsAss2005, SIMP Manager 2, Hospital CPW и пр. Не беше възможно да се установи кой е разработил тези модули или как се поддържат те. Изглежда, всички региони използват едни и същи модули, макар че това не е независимо проверено.
21. Някои от регионалните модули, използвани за обработване на искиове, са дадени на Фигура 10. От тази диаграма е очевидно, че една цяла екосистема от приложения се опитва да намали, на регионално равнище, неадекватностите на системата Bull-Siveko в София.

Фигура 10: Обработка на искове на доставчици на медицинска помощ



22. Сигурността (особено киберсигурността) е проблем. Не е ясно дали центърът в София или центърът за регионални данни или модули за приложения могат да устоят на неправомерна употреба, кибератаки, злонамерен софтуер, киберкражба и други заплахи. Не е ясно кой отговаря за въвеждането и проследяването на антизлонамерен софтуер и антихакерски атаки. Такива атаки се увеличават и стават опасно често срещани по света.<sup>104</sup>

23. Има доклади за искове от някои значими доставчици, които се изпращат до регионалните офиси върху флашки и дори по електронната поща. И двата метода са изключително опасни. В най-лошия случай следва да се осигури сигурен FTP сайт<sup>105</sup> и той да получи тези „партиди“. Предаването до сайта-получател следва да бъде кодирано и да се следи съвсем отблизо. В повечето страни има нещо като „Център за

<sup>104</sup> Неотдавна в Съединените щати данните на 80 милиона бенефициенти бяха компрометирани по време на хакерска атака на един здравен осигурител. <http://www.darkreading.com/attacks-breaches/how-we-can-prevent-another-anthem-breach-/a/d-id/1319123>

<sup>105</sup> FTP = file transfer protocol, протокол за пренасяне на файлове. Това е обикновена интернет услуга, която позволява сигурно въвеждане и сваляне на файлове до централен пункт.

контрол на мрежата”, който упражнява надзор върху трафика.<sup>106</sup> Предвид броя на видовете транзакции трафикът следва да се контролира внимателно, за да се избягват неправилно насочвани и загубени искове, както и неправилно насочвани и загубени заплащания.

24. В проектирането на приложенията на системите на НЗОК изглежда има два важни пропуски — една функция за предварително разрешение и възможност за доставчиците да имат разумен шанс да коригират и внесат отново отхвърлени искове. Предварителното разрешение позволява известна обратна връзка от платеца ПРЕДИ са се извърши някоя (важна и скъпоструваща) процедура. Една функция „повторно внасяне” ще даде на доставчика шанса да поправи някои неволни грешки и електронно повторно внасяне погрешен иск. Понастоящем без дълъг и обикновено неуспешен процес на обжалване един доставчик понякога може да загуби значителна сума пари поради най-прости чиновнически грешки. За съжаление ние, хората, правим грешки. Доставчици сега изразходват извънредно много време, за да проверяват втори, трети и дори четвърти път всеки елемент на иска с надеждата да избегнат тази загуба, но – уви! –някои грешки все още остават некоригирани.
25. Не е ясно дали съществува ефективна процедура на ретроспективен одит, която за взема извадки от искове за защита срещу (медицински) ненужни процедури, пациенти „фантоми” и пр.

#### 8.5.1. Настоящата криза със системите в НЗОК

26. От 2011 г. настоящата здравноосигурителна информационна система в НЗОК е без поддръжка от продавача (продавачът е Bull-Siveko – френско-румънско-българско партньорство). По време на финансовата криза бяха временно спрени плащанията на продавача и не бяха подновени се подобриха икономически условия. Продавачът продължава да изисква забавените плащания за поддръжката, дори въпреки факта, че не са били предоставени никакви или са предоставени малко услуги за поддръжка след последното плащането и така забавените плащания продължават да растат всяка година.
27. Продавачът очевидно настоява да запази правата си върху системата и затова не е споделил „конфигурационния код” (основата, на която програмистите изменят дадена програма). Предполага се, че има ранна версия на конфигурационния код, която е дадена на доверително пазене, но тя вероятно вече е твърде стара (и сигурно остаряла), за да бъде особено полезна сега. Без достъп до актуално версия на конфигурационния код и без адекватно обучение за разбиране на конфигурационния код, персоналът в НЗОК, който се занимава с информационната технология, не е в състояние да извърши каквато и да е поддръжка на системата без външна помощ. Системите могат да се сринат и това се случва. Без системна поддръжка НЗОК рискува пълен срив на компютърната помощ за събирането на вноски, обработването на искове и системата на плащанията.
28. За да се усложнят допълнително проблемите на юридическото лице, МЗ е регистрираният собственик на лиценза за информационната система Bull-Siveko IIS, не НЗОК. Това е било пречка за разговорите относно възможни решения, поради

---

<sup>106</sup> Изпращането на искове, на списъци на болничен прием/изписване всеки ден, на фактури, списъци на отхвърлени искове, повторно внасяне на искове и накрая електронна уведомление за заплащането до доставчика, когато е направен банков депозит.

- триъгълника на заинтересованите лица — продавач, НЗОК и МЗ. Това беше цитирано като пречка за решението как трябва да започнат преговорите и кой трябва да ги започне, понеже нито МЗ (като собственик) или НЗОК (като потребител) могат да водят ефективно преговори за двете страни.
29. По време на периода без редовна поддръжка се появиха редица дефекти в системата („bugs“), които продължават да създават проблеми. Работата на системи също стана по-бавна с течение на време, поради естественото нарастване на нейната база данни и понеже не е извършвано нормално поддържане на базата данни.
30. Предвид изминалото време след спирането на поддръжката нормалната защита на HIS срещу компютърни вируси е също слаба сега и е съмнително дали системата би могла да издържи на относително сложна заплаха за сигурността. Сигурността на данните става все по-голям проблем, тъй като световната защита срещу вътрешни и външни заплахи продължава да става все по-важна. Видовете инциденти, които могат да нанесат тежки вреди на данните или приложенията на НЗОК, включват атаки срещу киберсигурността, природни бедствия, дефекти в софтуера, дефекти в набора данни и пр., които след това не могат да бъдат поправени.<sup>107</sup>
31. Допълнително предвид промени в наредбите и в нормативната уредба изобщо НЗОК не е била в състояние да актуализира софтуера си, за да отговори на новата нормативна уредба. Единственият ѝ избор е бил бавно да подменя автоматизираните функции на НЗОК с ръчни функции (на хартиен носител или прости електронни таблици). В някакъв момент по тази траектория може би ще трябва да се изостави цялата система, тъй като тя вече няма да отразява настоящата регулаторна ситуация. Последиците ще бъдат тежки и НЗОК ще бъде принудена да прибегне към стриктно към ръчни методи на обработване на исковете на доставчиците и изпълнението на другите си задължения по закон. Подобно връщане към ръчни методи със сигурност ще причини продължителни забавяния на плащанията, увеличение на човешките грешки, по-голяма възможност за „игри“ на доставчиците и объркан финансов дневник. Тази евентуалност ще има сериозни финансови и административни последици, които ще доведат до влошаване на отношенията с доставчиците и възможно въздействие върху способността на болниците да работят с висок стандарт на медицинските грижи.

### 8.5.2. Варианти за справяне с кризата

32. Съществуват три основни варианта и разумни стъпки, с които може да се подходи към този проблем. Необходимо е да се оправи бъркотията със собствеността между НЗОК и МЗ по отношение на правата върху лиценза на информационната система на НЗОК. Най-лесното решение изглежда е да се прехвърлят правата от МЗ на НЗОК, тъй като МЗ няма никаква полза от този актив в документацията си. Пряко прехвърляне на собствеността ще преодолее тази пречка. След това НЗОК ще стане „собственик“ на лиценза и ще може по-ефективно да води преговори с продавача.
33. Предпочитаният вариант би бил да се проведат тихи и не особено видими преговори с продавача, за да се постигне решение на проблема. Целта следва да е продавачът да

---

<sup>107</sup> В днешния свят най-честата форма на „атака“ се нарича „отказ на услуга“, която срива атакуваната система, като я залива с милиони (дори милиарди) едновременни заявки. Неспособни да решат какво да правят, повечето системи просто се „заклучват“ и стават недостъпни за всички потребителите, като по този начин ефективно слагат край на всички online услуги.

предостави актуалния конфигурационен код, актуално обучение на персонала на НЗОК и някои преки форми на програмна помощ.

34. Правителството има известни лостове при воденето на преговорите, включително публично изобличаване на компанията за липсата ѝ на отзивчивост, ако преговорите се провалят. Тъй като компанията не би желала да се лиши от друг бизнес в България, правителството би могло да изобличи този продавач, ако той се окаже неразумен в исканията си. Това деликатно предимство в преговорите може да убеди продавача да се постигне разумно решение.<sup>108</sup>
35. Продавачът обаче търси висока цена, понеже НЗОК настоява на *местна* поддръжка, вместо да позволи на продавача да използва предимно дистанционно служби за поддръжка в Букурещ. Ние съветваме, с необходимите предпазни мерки за сигурността, НЗОК да се откаже от това предварително условие, тъй като то не е финансово достъпна или необходимо в епохата на – да речем – Skype и FaceTime.
36. Ако преговорите с продавача се провалят напълно, може да се обмисли резервен вариант, наречен „обратно инженерно решение“ (reverse engineering), което в основни линии ще се състои в повторно изграждане на системата, след като старата система е била разградена до съставните си части. Това е също скъпоструващ вариант и отнема известно време и специални експертни познания, за да се направи добре. Вероятно това усилие ще струва от порядъка на 30–50 милиона лв. Предимството на този подход е, полученият като резултат конфигурационния код ще стане собственост на правителството. Ще бъде важно обаче да се проучат законите за интелектуалната собственост на България и ЕС, за да се разбере при какви обстоятелства е позволено и законно „обратно инженерно решение“.
37. Трети вариант е да се планира сега изоставянето на съществуващата система и да се започнат изискваните проучвания за нова система, която по-добре да отговаря на изискванията за съвременно финансиране на система на здравеопазването и да бъде вградена в една стратегия на електронното здравеопазване с разумни скорости, фази и бюджет. Тъй като тези политики понастоящем се разработват, този вариант е може би малко преждевременен, но може да стане по-жизнеспособен относително бързо, когато програмата за реформата придобие по-ясни очертания. Разработването на нови системи е винаги рисково, тъй като надвишаването на предвиденото време и разходи са прекалено често срещани явления. Разработването на цялостната система може да се очаква да струва в диапазона 50 милиона – 90 милиона евро за период от три години.<sup>109</sup>

---

<sup>108</sup> Продавачът иска сумата 50 милиона лева, за да поднови поддръжката, което е висока цена, която вероятно би могла да се договори и сведе до много по-благоприятни равнища. Справедливо решение вероятно би било в диапазона 10-20 милиона лв., след което да се възстановят нормалните плащания за поддръжката според съществуващия договор. Сумата 10 милиона лв. е определена на основата на сравняване на разходите за поддръжка в други сектори за системи с подобен размер.

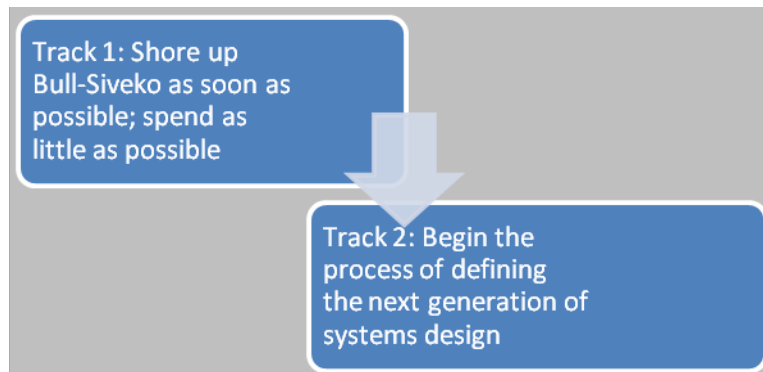
<sup>109</sup> По-точен разчет на разходите може да бъде направен само след приключване на едно проучване на изискванията за нова система. Това ще зависи до голяма степен от ролята на регионите във всяка нова система. Предложеният тук диапазон е в съответствие със заплатеното от други страни за тяхната здравноосигурителна информационна система през последните години. (Този приблизителен разчет включва разходите за разработване на софтуера и приложенията, но не включва хардуера, мрежите или изграждането на център за данните.)



### 8.5.3. Двупистов подход за решаване на проблемите в НЗОК

38. Един предлаган комплексен подход за решаване на проблемите на системата в НЗОК следва две писти, които се припокриват (Фигура 11).

Фигура 11: Две писти



Писта 1: Укрепване на Bull-Siveko колкото е възможно по-скоро; изразходване на колкото е възможно по-малко средства

Писта 2: Започване на процеса на дефиниране на следващото поколение проектиране на системите

39. Няма просто решение. Достатъчно време мина и вече има сериозно разпадане на системата. Един жизнеспособен подход е да се предприемат минималните необходими мерки, за да се укрепят приложенията на Siveko колкото е възможно по-бързо. Рисковете за НЗОК са подробно описани, ако това действие не се предприеме. Разумно е също обаче да не се инвестират никакви пари, които не са абсолютно необходими в този момент, тъй като системата скоро – може би след или три години ще бъде заменена със система от следващо поколение. Все пак основното проектиране на съществуващата система (IIS) е от 2004 г. — и може да се каже, че тя във всеки случай е вече остаряла.

#### Писта 1: Укрепване на съществуващата система

40. Постигането на необходимия минимум сключва следните стъпки:

Водене на преговори и възстановяване на предишния механизъм за поддръжка със Siveko, които са, изглежда, единственият продавач, който може да извърши тази работа. Те държат съществуващия конфигурационния код и имат необходимата експертна компетентност. Липсата на конфигурационния код и общата липса прехвърляема документация прави изключително далечни шансовете на друг продавач да може да се справи с това. Персоналът на НЗОК има опит да работи със Siveko, така че може да се вярва, че могат да бъдат възстановени разумни работни взаимоотношения.

Ако могат да бъдат проведени успешни преговори, тогава освен да предоставят текуща поддръжка за обикновените системни проблеми, ще може да се приложат в максимална възможна степен новите регулаторни изисквания. *Сегашната система не е в съответствие с действащото законодателство.* Това е неприемливо и излага НЗОК на правен контрол. Това следва да се



поправи. Освен проблемите със съответствието със закона, на системата също е крайно необходима „настройка“ за възстановяване на известна степен на ефикасност и гладко функциониране.<sup>110</sup>

Ще бъдат необходими и някои разходи за хардуер, тъй като сегашният капацитет бързо става недостатъчен. Следва да се изработи спецификация на тези изисквания за хардуера и да се предприемат обществени поръчки. Разбира се, минимални средства следва да се изразходват, за да се осигури гладка работа в продължение на две години — необходимо е да се внимава да не се купува повече, отколкото е необходимо. Може би ще е възможно да се използва този нов хардуер в конфигурацията на следващото поколение системи (писта 2), но това не може да се предполага.

41. Горните действия биха могли да нормализират достатъчно операциите за известен период от време, докато се работи по писта 2.

### **Писта 2: Следващото поколение системи**

42. Следващото поколение системи за НЗОК е належащо, а някои могат да кажат, че е отдавна належащо. Първата стъпка в този процес е да се започне работа по проучване на изискванията, което трябва да стане незабавно. След приключването му и валидирането ще трябва да се изготвят някои прототипи (на високо равнище), за да се ангажират по-нататък заинтересованите лица в обсъжданията относно проектирането. След като бъдат анализирани тези входни данни, ще могат да започнат някои предварителни дейности по проектирането.

43. България обаче вероятно ще трябва да отложи действителното изграждане<sup>111</sup> на нова система, докато има (или няма) по-ясен план за реформата на финансирането на здравеопазването в страната. Какво може да се промени? И тъй като новата система вероятно ще се използва в страната 10 или повече години (ако дълголетие на сегашната система може да е някакво указание), новото проектиране следва да включва всякакви вероятни големи промени в бъдеще. Макар, разбира се, желанието е да се изгради следващата система, която да е колкото е възможно по-„гъвкава“, по-добре е да се изчака, докато се знае следното, преди да се финализира планът за обществените поръчки:

Каква ще бъде ролята на **регионалните офиси** при новия режим на обработване?

Какви **методи на заплащането на доставчиците** вероятно ще се използват? КП? ДСГ? Капитация? Глобална капитация?

Какви **методи на стимулиране** може да се използват? Плащането за дейност? Отделно събиране на такса за услуга? Измерване на качество никога не е лесна задача, но мерките за качество от Съединените щати (мерки HEDIS), както и мерките от Обединеното кралство (NICE) могат да предоставят полезни отправни точки за обсъждане.

44. Това са най-важните стратегически въпроси, които следва да се решат. Вероятно ще отнеме известно време да се види какви реформи във финансирането на здравеопазването могат да въздействат върху проектирането на системите. Независимо

---

<sup>110</sup> Компютърните системи се нуждаят от „настройка“, за да прочистят и реорганизируют своите бази данни и да решат проблеми с повреди в базите данни, които може да съществуват. Компютърните приложения също обикновено натрупват малки проблеми („bugs“), които се разрастват, ако не бъдат редовно фиксирани. Накрая, малки козметични промени също помагат да се „модернизира“ интерфейсът човек-компютър, така че служебни лица да могат да използват системата по-продуктивно.

<sup>111</sup> Тук няма презумпция за избор на решение „да се изгражда“ или да се купува система. Разбира се, вариантите с обществените поръчки ще бъдат проучени много по-късно в процеса.

от тази несигурност известен конкретен напредък може да се постигне сега преди бъдещи дейности по проектирането, след като се постигне по-голяма яснота.

45. Освен тези стратегически въпроси за новата система и друга дейност е от критично значение за общия успех на всяка нова система. Светът е далече по-свързан, отколкото е бил когато и да е, което означава, че на правителството сега са нужни системи, които да бъдат лесно „оперативно съвместими“ и да си „сътрудничат“ помежду си. Дните на самостоятелните компютри и самостоятелни системи бързо приключват.
46. Една ключова предпоставка за разработването на всякакви нови, оперативно съвместими системи е да се постигне съгласие по общ език за новите системи. Тази дейност определено стои на критичния път на разработването на системата! На страните обикновено отнема между шест месеца и една година да завършат първото издание на техните HDD. Съществуват много полезни примери на HDD по света и може би най-добре известните са в Австралия, където през 2012 г. се използваше версия 16. Също много уважаван е РЗД в Нова Зеландия. РЗД в Турция беше завършен преди повече от пет години и допринесе съществено за напредъка на тази страна в подобряването на оперативната съвместимост на нейните здравни информационни системи.
47. Други технологични промени в инфраструктурата на електронното здравеопазване също ще бъдат необходими. През последните години по-фокусираното използване на Интернет —включително добавянето на „изчислителните облаци“ (cloud computing ) — промени естеството на много online системи. Други възможни сфери на ранен напредък включват проучване как се управляват мрежите, евентуално проектиране на Център за контрол на мрежата, здравен интранет, създаването на български „здравен облак“ и уточняване на подобрени предварителни мерки за киберсигурността.

## **8.6. Коментари за новата Пътна карта в електронното здравеопазване**

48. Неотдавна беше изготвено и разпространено ново представяне на Пътната карта на електронното здравеопазване, която е в ранните фази на проучване от заинтересовани лица, в т.ч. членове на Парламента. Това е интересно развитие и е, разбира се, необходимо за създаване на консенсус относно действията през следващите пет години. По-долу са представени някои идеи за възможно по-нататъшно разработване на Пътната карта.

### **8.6.1. Задаване на стратегически цели**

49. Тъй като развитието на електронно здравеопазване е скъпоструващо и ресурсно интензивно, трябва да има яснота в страната защо се иска да се предприемат значителни инвестиции в електронно здравеопазване. Краткият отговор следва да е “за да се подобри здравето на всички българи”. Както всички знаем обаче, измерването на здравни резултати е трудно. И вместо това светът на електронното здравеопазване се е спрял на четири цели, които се приемат като заместители за всеобхватната (но трудно измерима) първична цел.

Фигура 12: Четири заместители за всеобхватната първична цел



ДОСТЪП	- Подобряване на <b>достъпа</b> до здравните услуги за населението
РАВНОПОСТАВЕНОСТ	- Осигуряване на <b>равнопоставеност</b> при предоставянето на здравните услуги
ЕФИКАСНОСТ	- Повишаване на <b>ефикасността</b> на разходите
КАЧЕСТВО	- Подобряване на <b>качеството</b> на медицинската помощ и здравните резултати

50. Тези цели могат да бъдат противоречиви, напр. подобрене в ефикасността може да доведе до намален достъп, така че правилното им балансиране е важно.

### 8.6.2. Определяне на последователността и приоритизиране на дейностите

51. Определянето на етапите и на последователността на тези дейности ще бъде важно. Например задача 2.7 в Пътната карта (Информационни стандарти) трябва да бъде много ранна дейност в дефинирането на РЗД. Тъй като завършването на първия проект на това усилие обикновено изисква шест месеца до една година, колкото по-рано може да се започне, толкова по-добре. Би било разумно (както се споменава в Пътната карта) да се приспособят международни стандарти, където е необходимо, с повишено внимание към препоръките на ЕС за здравеопазването. Тъй като оперативната съвместимост се появява рано в обсъждането на Фаза 1 в Пътната карта, тези обсъждания за определяне на стандартите могат да бъдат основата за оперативната съвместимост. Много от другите задачи в Пътната карта ще зависят от успешното приключване на дейността по

РЗД, като напр. задача 1.3 (Анализ: регистър и речник), тъй като „речникът“ е всъщност част от РЗД. При определянето на последователността (може би под формата на диаграма на Gantt на високо равнище) могат по-лесно да се видят взаимозависимостите и времевата рамка, и чрез приоритизиране на задачите може по-пълно да се приведе стратегията на електронното здравеопазване в съответствие с общата здравна стратегия.

### 8.6.3. Анализ разходи-ползи

52. Предвид относително високите разходи за разработването на приложенията в електронното здравеопазване, когато се постигне споразумение по общата форма на платформите на електронното здравеопазване, ще трябва да се извърши анализ разходи-ползи <sup>112</sup> (АРП) за дейностите в електронното здравеопазване. Вероятно Парламентът по-лесно ще може да оправдае твърде големите разходи, ако са изброени ползите.
53. Не е лесно да се изготвя СВА в здравеопазването обаче, тъй като и много „меки“ числа са част от модела, понеже много от натрупаните ползи са свързани с промени в качеството на живот и с други нематериални фактори, на които трудно се дава количествено определение. Въпреки това извършването на АРП за системите, споменати в Пътната карта, ще предостави възможност на вземащите решенията да разберат компромисите, пред които те без съмнение ще бъдат изправени. (Не бива изцяло да се избягва темата за АРП.)
54. Определянето на разходите също може да бъде проблематично, тъй като цените на технологиите се променят бързо, обикновено надолу, а не нагоре. Често разчетите на разходи включват само онези, които са показани в синьо (Таблица 17), което често води до съществено подценяване. Важно е да се включват всички разходи в разчетите.

Таблица 17: Компоненти на оценките на разходите

„Твърди“ компоненти	„Меки“ компоненти
<ul style="list-style-type: none"> <li>Хардуер</li> <li>Софтуер</li> <li>Средни решения (интеграция)</li> <li>Телекомуникационно оборудване</li> <li>Доставки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обучение и повторно обучение на потребителите</li> <li>Поддръжка и подкрепа</li> <li>Повторно проектиране на бизнес процесите</li> <li>Изменения в Центъра за данни</li> <li>Изграждане на технически способности</li> </ul>

### 8.6.4. Изготвяне на прототипи на решения в електронното здравеопазване

55. Много от заинтересованите лица може да срещнат трудност, ако искат да си представят предложената среда на електронното здравеопазване, затова е често полезно да се създадат прототипи за различни групи по интереси. Могат да се използват някои нови езици за изготвяне на прототипи, за да се „моделират“ бързо някои части на системата

<sup>112</sup> Разходите за договориране на консултантска фирма да извърши проучването на АРП за проект за електронно здравеопазване с параметрите, посочени в Пътната карта, вероятно ще бъдат около 300 000 до 600 000 евро. Изготвянето на прототипите вероятно ще струва още 400 000 евро, ако е извършено от същия продавач.

за демонстрация сравнително лесно и бързо, и да се променя прототипът на основата на получената обратна връзка.<sup>113</sup>

#### 8.6.5. Управление и изпълнение

56. Идентифицирането на защитник на разработването на електронно здравеопазване жизнено важно. Този защитник трябва да бъде уважаван от цялата палитра на заинтересованите лица като безпристрастно лице, което е в състояние да вижда голямата картина, без да фаворизира интересите на която и да е група или да пренебрегва интересите на когото и да е. Развиването на тази лидерска роля е от жизнено важно значение за успеха на един проект.
57. Необходимо е да се формира ръководен или консултативен комитет, който да предоставя често принос към проекта. Той ще бъде канен често, за да критикува напредването на проекта — например дали проектът продължава да е верен на целите си? Възможни сътрудници на МЗ и НЗОК могат да бъдат Българския лекарски съюз, Институтът по общественото здраве и медицинските университети в България.
58. По отношение на изпълнението на проекта сега съществуват все повече начини да се изпълняват такива проекти. Сферата на изнасянето на дейности навън – outsourcing (в национален и международен мащаб) се е разраснала неимоверно през последните години, тъй като все повече дейности могат да се извършват дистанционно. Голяма част от работата по разработването на електронното здравеопазване в Бахрейн например се извършва в Испания. В Монголия някои компоненти на електронното здравеопазване се правят в Република Корея. С добре изработен предварителен вариант на проекта сега е възможно продуктът да се изгражда там, където има специалисти за това. Например в ЕС би било абсолютно уместно да се погледне към страна като Естония (за някои известна и като Е-стония поради високия ѝ интерес към приложенията на електронното здравеопазване и електронното правителство) за помощ в изграждането на нови приложения в електронното здравеопазване на България, когато бъде осъществено сътрудничество с една или повече способни български фирми за разработване на софтуер.
59. Друг интересен модел е публично–частен в сферата на технологията. В Турция например не е необичайно една фирма да „притежава“ някакво приложение за известен брой години, след което собствеността преминава в ръцете на правителството. По този начин могат да бъдат намалени някои разходи за разработването. Проектът за здравно осигуряване в Саудитска Арабия се изгражда на много ниски цени от една фирма, която ще събира такси за транзакции в системата за определен брой години, след което системата ще стане собственост на правителството.
60. Необходимо е правителството да разгледа тези начини за разпределяне на разходите и рисковете предвид високите разходи за приложенията на електронното здравеопазване. Пълен набор услуги в електронното здравеопазване може да струва на България около 500 милиона евро за период от осем години (Таблица 18).

---

<sup>113</sup> Език, наречен Ruby-on-Rails (или просто Ruby), е пример на този нов клас инструмент за изготвяне на прототипи.

Таблица 18: Приблизителни разчети за услуги в електронното здравеопазване за период от осем години

Приложение	Разходи (много предварителни разчети)	Коментари
Болнични информационни системи	100 милиона евро	Прилага се в 50-те водещи болници в страната
Национално електронно здравно досие	100 милиона евро	Свързва първичната, вторичната и третичната помощ в институциите с новите системи
Клинични информационни системи	100 милиона евро	Прилага се в 400 клиники и поликлиники в страната
Системи в МЗ	50 милиона евро	
Системата на НЗОК	100 милиона евро	(Вж. обсъждането в текста относно характеристиките на следващото поколение системи)
Системи на Института за обществено здраве, в т.ч. регистри на хронични заболявания и публични портали	50 милиона евро	

## 8.7. Заключение

61. Като се представя преглед на проблемите с информационните системи в НЗОК и се очертава бъдещ път за електронното здравеопазване в България, в т.ч. новата Пътна карта, в тази глава се прави констатацията, че по първите въпроси следва да се предприемат неотложни корективни стъпки, за да се направи опит да се накарат всички страни да си говорят заедно. Тези обсъждания следва да се привеждат успоредно с писта 1 на двупистовото решение — стабилизиране и рехабилитация на съществуващата система; по писта 2 следва да започне подготвителна работа по следващото поколение системи за НЗОК.
62. Пътната карта е добра стъпка с това, което представлява и със съдържанието си. Бихме настояли пред правителството обаче да гарантира последователността на дейностите да се определя силно още от самото начало (напр. дефинирането на РЗД) и да се създават прототипи, за да се подпомогне генерирането на купуването на търг от групите по интереси. За изпълнението правителството ще трябва също да определи защитник, който ще работи чрез консултантски комитет. Разходите за всички тези дейности са огромни, но ако се постъпва неправилно — финансово или от гледна точка на здравеопазването — те ще бъдат далече по-високи.

## Глава 9. Пакет спешни услуги и реформи: Анализ на предложената концепция за реформи

### 9.1. ОБЩИ БЕЛЕЖКИ

1. Направен беше преглед на „Концепцията за развитието на системата на спешната медицинска помощ в Република България 2014–2020 г.” (МЗ 2014; наричана „Концепция за СМП” в настоящата глава) и последващ анализ в контекста на Консултантската програма за финансиране на здравеопазването в България по молба на правителството да се преразгледа предложената концепция за спешната медицинска помощ като един от неговите приоритети за подобряване на финансирането на здравеопазването. Беше предоставена информация от различни звена в МЗ, в т.ч. от Отдела по СМП и специални медицински дейности, Националния център по обществено здраве и анализи и Дирекцията „Бюджет и счетоводство”. Информация беше получена и от Националния статистически институт (National Statistics Office 2014).

2. На основата на решението на Министерския съвет се прие подходът на три “пакета” услуги: основен пакет, допълнителен пакет и пакет „спешна помощ” (ПСП). Одобряването на този подход има последици за прилагането на Концепцията, както е посочено.

3. Настоящият доклад разглежда три ключови аспекта на спешната медицинска помощ (СМП) в България: дейности, финансиране и производителност, с използване на международни сравнения. Когато е възможно, анализът се съсредоточава върху всички части на системата на СМП, в т.ч. доболничната спешна част (мобилни екипи, споменавани и като системата „Линейка” в настоящия доклад), звената за лечение и наблюдение, включени във филиалите на центровете за спешна медицинска помощ (ФЦСМП) и намиращите се в болниците спешни отделения или спешни звена (СО).

4. Наблюденията и заключенията са организирани в пет сфери: организация и управление; човешки ресурси и обучение; финансиране на спешния пакет; комуникации и информационни системи; и публично-частни партньорства (ПЧП), в които се открояват конкретни проблеми. Главата завършва с предложения за изводи и препоръки.

### 9.2. Система на СМП

5. Пакетът СМП в България се управлява от МЗ. Основните доставчици на СМП са: 28 регионални центрове за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и техните 198 филиали (ФЦСМП), които се управляват от МЗ; и СО в 37 многопрофилни болници. Предполага се, че ОПЛ предоставят 24-часова „неотложна” помощ<sup>114</sup> и болниците, в които няма СО, също се предполага, че приемат спешни пациенти 24 часа на ден.<sup>115</sup> Фигура 1 показва системата на спешната медицинска помощ в нейната цялост и като съставна част на системата на здравеопазването. Настоящият доклад разглежда всички аспекти с изключение на ОПЛ, тъй като за този елемент няма налични данни.

<sup>114</sup> Според системата на плащания на НЗОК около 2.5%-4.5% общото капитационно плащане за ОПЛ е за „24-часово проследяване” на пациентите.

<sup>115</sup> Съгласно чл. 19, ал. 3 на Закона за лечебните заведения.







услуги; (iv) преследване на целта създаване на капацитет за аеромедицинска евакуация заедно с необходимата инфраструктура (напр. площадки за хеликоптери); (v) подобряване на капацитета на равнище болница за сортирането на спешните пациенти, както и своевременна диагноза и лечение в добре оборудвани структури, които в комбинация се очаква да подобрят качеството на стационарната спешна медицинска помощ, което ще доведе до по-добри здравни резултати, по-кратки престои в болницата и едновременно намаляване на необходимостта от болнични легла; (vi) разработване на модерна комуникационна и информационна система с GPRS и IP телефонна връзка, в т.ч. предоставяне на връзка между информационните системи на СМП и NECSSSEN 112 чрез предаване на глас и данни, като по този начин се скъсява времето за обработване на повикванията и прехвърляне на повикванията към най-близо намиращия се спешен екип чрез изпращане на информационно съобщение; (vii) въвеждане на системата TETRA, която да свързва ЦСМП, болниците и другите спешни служби, използване на компютризирани диспечерски системи с връзки между контролните центрове и болници, за да се улеснят направленията; и (viii) интегриране на информационната система за СМП в рамките на общата информационна система на здравеопазването, която позволява обмен на пациентски данни.

**8. Осигуряване на устойчиво развитие на човешките ресурси** в системата на спешната медицинска помощ, в т.ч.: (i) формирането и устойчивото прилагане на политика за запазването и развитие на човешките ресурси в системата на спешната медицинска помощ, в т.ч. процедури за подбор, приемане и обучение на персонал в рамките на системата на спешната медицинска помощ; разработване на задължителни програми за непрекъснато медицинско образование; установяване на ясни финансови стимули за служителите в системата на спешната медицинска помощ; и улесняване на общественото разбиране и признаване на важността на системата на спешна медицинска помощ; (ii) изготвяне и актуализиране на образователните изисквания за парамедици, като се започне с обучението на парамедици и осъществяване на непрекъснато наблюдение върху центровете за професионално обучение, които ги квалифицират; (iii) разработване на национален център за непрекъснато обучение със симулаторни зали за практическо обучение и оценка на знанията, разработване на подходи за дистанционно обучение и поддържане на електронна система за проследяване на това обучение; и (iv) въвеждане на система за периодична оценка на квалификациите и професионалните умения.

**9. Осигуряване на ефикасна организацията, координация и управление** на интегрираната система за спешна медицинска помощ, в т.ч.: (i) разработване на съответната нормативна уредба за интегрирана система за спешна медицинска помощ, в т.ч. ясно дефиниране на обхвата, вида и метода на предоставяне на спешна медицинска помощ и отговорностите на отделните звена на интегрираната система за спешна медицинска помощ и разширяване на организационните връзки и координация между центровете за спешна медицинска помощ на национално равнище; (ii) създаване на национален координационен център в МЗ, който да осъществява общ контрол върху системата; (iii) въвеждане на система и стандарти за сортиране на пациенти на всички равнища и въвеждане на стандарти на поведение за всички медицински и други дейности, извършвани в извънболничната и стационарната спешна медицинска помощ; (iv) подобряване на нормативната уредба за работата на диспечерските центрове (регионални координационни центрове), които извършват получаването, обработването и предаването на спешни повиквания до медицинските екипи и тяхната координация. Подходите включват: (i) установяване на единни стандарти за „телефонно сортиране“ на пациента в диспечерския център, предоставяне на бърза реакция, съвет и оценка на необходимостта да се мобилизират ресурси и техния вид за всяка спешна ситуация; (ii) изграждане на автоматизирана система за обработване на повикванията за медицински спешности, в т.ч. систематично разпитване на извършващия повикването, подбор на екип и

изпращане на инструкции до екипа преди пристигането му на място; (iii) разработване на непрекъснати връзки в реално време между лекаря в диспечерския център и мобилния екип, както и между болничните информационни системи и диспечерския център.

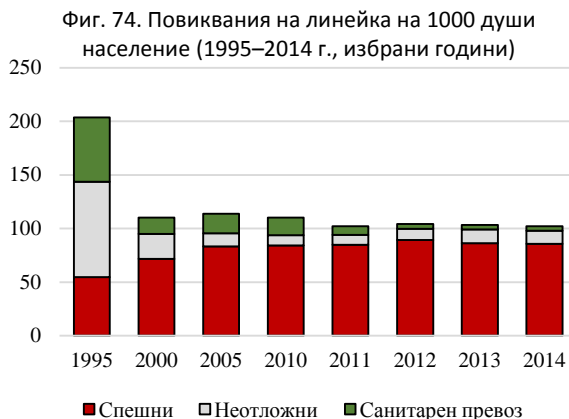
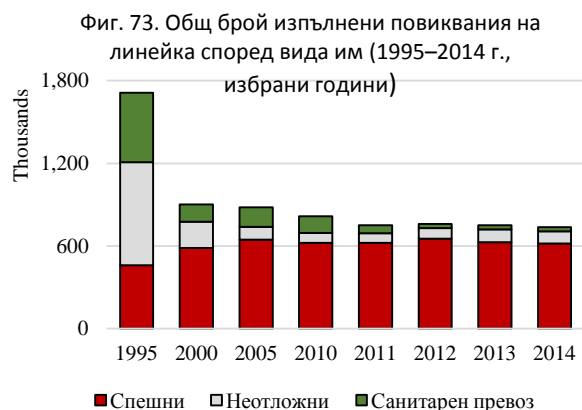
10. **Осигуряване на финансова устойчивост** на системата за спешна медицинска помощ, в т.ч.: (i) подходящо равнище на финансиране за оперативни разходи за дейностите на системата за спешна медицинска помощ; (ii) справедливо възнаграждение на служителите, което да отговаря на обема и качеството на дейностите и специфичните рискове; (iii) текущи фондове за поддръжка, обновяване и модернизиране на лечебните заведения и оборудване; конкретни фондове за поддържане на готовността за действия в случай на бедствия и здравни заплахи; и (iv) подходящи суми за обучение и поддържане на квалификацията на служителите.
11. **Осигуряване на готовност на интегрираната система за спешна медицинска помощ да реагира при бедствия** и развиване на европейска координация и трансгранично сътрудничество.
12. **Осигуряване на прозрачност и обществен консенсус**, и участие на гражданите и на медицинските професионалисти в процеса на разработването на системата за спешна медицинска помощ.

#### 9.4. Анализ на данните

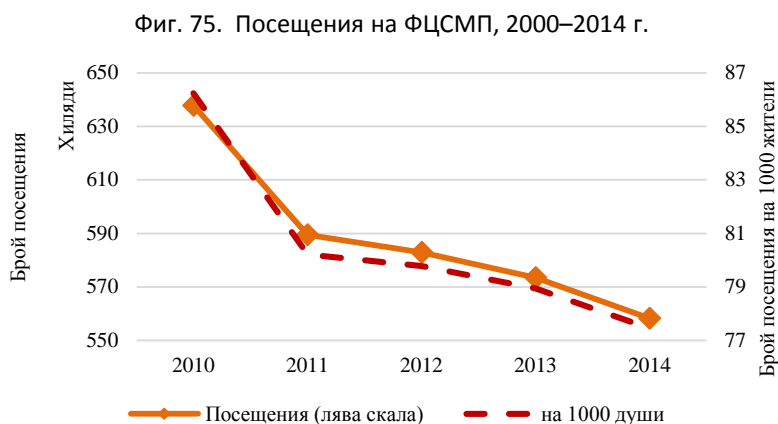
##### 9.4.1. Дейност на СМП

13. Настоящият преглед на дейността на СМП разглежда разпределението на изискващите СМП намеси във времето и в страната, в т.ч. потенциалните взаимодействия между трите вида СМП дейност. Годишният доклад за здравеопазването, публикуван от Националния статистически институт в България, включва доста исторически данни относно обслужването с линейки, но в него няма нищо за ФЦСМП. Данните за ФЦСМП са взети от информация, предоставена от звеното в МЗ, отговарящо за спешната медицинска помощ и специалните медицински дейности. Данните за 2014 г. за обслужването с линейки също са взети от този източник. (Това са източниците за всички таблици и фигури, ако те се цитират други източници.)

14. Разглеждайки първо обслужването с линейки, Фигура 73 и Фигура 74 показват тенденцията в абсолютния брой повиквания според техния вид и броя повиквания на 1000 души население. Включена е и 1995 г., тъй като последната голяма реформа в системата на СМП е била извършена малко след това. Въздействието на тази реформа е ясно, с рязко намаляване на броя неотложни и транспортни повиквания и увеличение на спешните повиквания. Транспортните повиквания продължават да намаляват след 2000 г., докато неотложните повиквания намаляват първоначално, след което се увеличават. Спешните повиквания остават относително стабилни през последните приблизително 10 години. Общият обем на повикванията е близък до равнището от 100 на 1000 души население, което се наблюдава в много страни със средни и дори по-високи доходи. Например в скандинавските страни стойностите са между 77 и 101 повиквания на 1000 души население (Langhelle et al. 2004), докато в Австралия има средно 90 спешни повиквания, (категоризирани като „неотложни“ според тяхната терминология) и 47 „не-неотложни“ повиквания на 1000 души население (Toloo et al. 2011). Макар броят на спешните повиквания в България да е много близо до средните стойности за Австралия (86 срв. 90), броят повиквания на по-ниско равнище е значително по-малък (12 срв. 47).

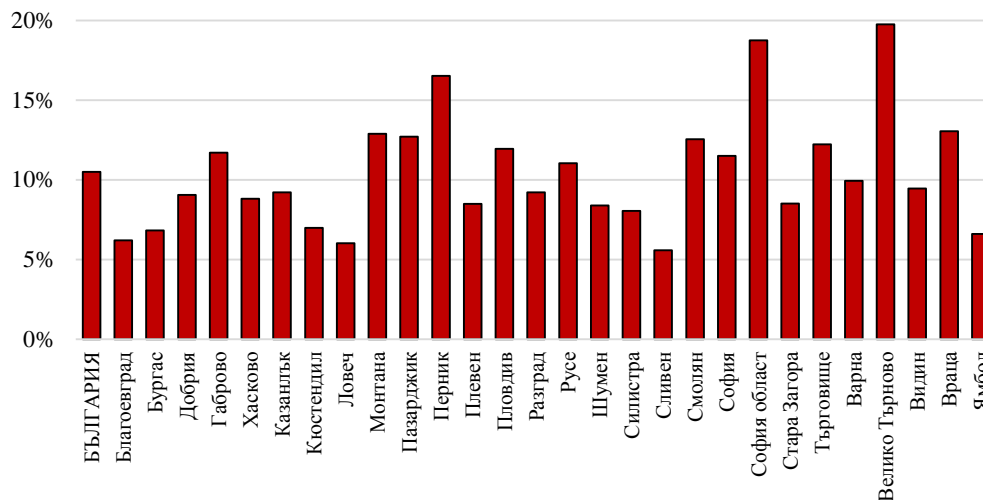


15. Данните за ФЦСМП показват общо намаляване на броя посещения през последните пет години – както като абсолютна стойност, така и на глава от населението (Фигура 75). Поради намаляващото население намаляването на глава от населението е малко по-малко от намаляването в абсолютни стойности (съответно 10,2 спрямо 12,5 процента).



16. От гледна точка на причините, поради които се реагира с линейка, 86,4 процента от всички повиквания са медицински, 10,4 процента са свързани с травми, 1,4 процента – с отравяния, 0,8 процента – с раждане и за 1,1 процента липсва видът на повикването. Съществуват значителни различия между районите, свързани с травми (Фигура 76). Тази фигура показва, че повикванията за травми представляват между 15 и 20 процента от общите разходи в Перник, София област и Велико Търново, и малко над 5 процента в Благоевград, Бургас, Ловеч, Сливен и Ямбол.

Фиг. 76. Повиквания за травми като дял от общите повиквания (%), 2013 г.



Забележка: Отнася се само за мястото, където е извършено повикване от определен вид.

17. От концептуална гледна точка дейностите на ФЦСМП и СО могат да се разглеждат или като допълващи се или в конкуренция помежду си в зависимост от начина, по който се използват в конкретен район. В по-селските райони, където няма болнични СО, ФЦСМП явно попълват липса, която не е покрита по друг начин. В много градски райони обаче има и СО, и ФЦСМП, което подсказва, че трябва да има някакво взаимно допълване между тях. По-висок брой посещения на ФЦСМП би следвало да намалят натовареността на СО в болниците, и обратно. Данните обаче показват, че това е само отчасти така.

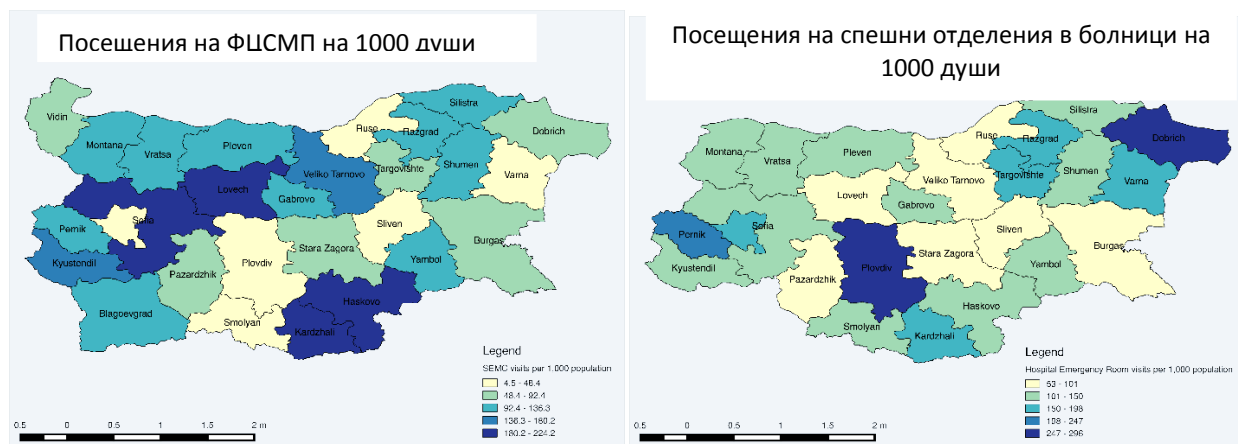
18. Таблица 36 показва, че общият комбиниран брой посещения на ФЦСМП и СО варира между ниската стойност 116 на 1000 души население в Русе до висока стойност 387 в Кърджали – съотношение 3,3:1. Както е показано в таблицата обаче, както и в картите на Фигура 77, диапазоните за отделните компоненти на общата стойност са значимо по-големи: 5,6:1 за посещения в болнични СО и 50:1 за ФЦСМП, което подсказва, че има известно взаимно допълване. Това се засилва от корелационния коефициент, който показва лека отрицателна корелация (-0.205). Добавянето на повикванията на линейка към комбинацията намалява общото равнище на измененията (диапазонът спада до 2,5:1), но явно има малко заместване между видовете спешна медицинска помощ. Съществува дори лека положителна корелация между повикванията на линейка и използваемостта на ФЦСМП или на СО.

Таблица 36: Използваемост на ФЦСМП и СО на 1000 души население, 2013 г.

	ФЦСМП	Болница	Общо
БЪЛГАРИЯ	79,9	146,8	226,7
Благоевград	132,3	52,5	184,8
Бургас	71,2	97,9	169,1
Добрич	87,9	249,3	337,2
Габрово	111,2	122,3	233,5
Хасково	224,2	115,0	339,1

Кърджали	204,5	183,0	387,4
Кюстендил	142,5	105,1	247,6
Ловеч	193,4	73,5	266,9
Монтана	119,3	126,2	245,5
Пазарджик	85,3	88,1	173,5
Перник	95,6	240,1	335,7
Плевен	100,0	125,2	225,1
Пловдив	26,5	252,0	278,5
Разград	102,1	158,1	260,3
Русе	41,2	74,9	116,1
Шумен	109,9	140,1	250,0
Силистра	133,9	134,7	268,6
Сливен	37,0	90,2	127,1
Смолян	14,3	102,1	116,4
София	4,5	181,7	186,2
София област	212,2	121,0	333,2
Стара Загора	88,0	77,0	165,0
Търговище	78,0	152,6	230,7
Варна	35,5	171,9	207,4
Велико Търново	148,6	90,7	239,3
Видин	89,0	295,6	384,6
Враца	95,9	133,9	229,8
Ямбол	95,2	143,8	238,9

Фигура 77. Използваемост на ФЦСМП и СО, 2013 г.



Източник: Национален център за обществено здраве и анализи 2013 г., данни за прием в ЦСМП от базата данни на ЦСМП 2014 г.

19. Фигурата показва сходни данни за спешен прием в болница на пациенти, идващи от ЦСМП и чрез СО във всеки район. С оглед на наличността на данните за ЦСМП данните за 2014 г., а

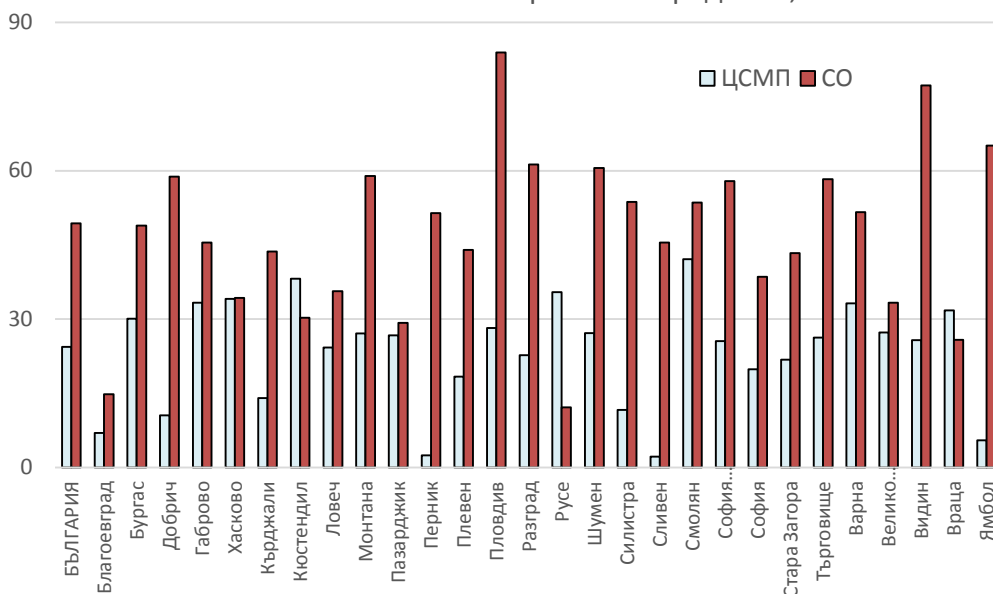
данните за СО са за 2013 г., но не се очаква това да промени общите заключения. Тъй като решението на лекар да приеме пациент следва да се взема на основата на по-стриктни и стандартизирани клинични критерии, отколкото решението на пациента да се яви във ФЦСМП или СО, би следвало да се очаква по-малко вариране в процента пациенти, приети по спешност. Това обаче не се наблюдава.

20. Както е показано в Таблица 37, съществува повече от петкратна разлика в броя спешни приеми на 1000 души население между района с най-високи данни за приемане (112 в Пловдив) и най-ниски (22 в Благоевград). От друга страна, и Таблица 2, и Фигура 6 показват, че варирането между двата пътя спешен прием много по-високо за ЦСМП/ФЦСМП (19:1, когато се сравнява Смолян със Сливен), отколкото за СО (7:1, когато се сравнява Пловдив и Русе), а корелацията е дори по-слаба при заместването (-0.112). Това означава, че има малко данни, че на регионално равнище по-високата степен на болнични приеми чрез СО води до по-ниски равнища болничен прием чрез ЦСМП и обратно.

Таблица 37. Болничен прием чрез ЦСМП и СО на 1000 души население, 2013 г.

	ЦСМП	СО	Общо
БЪЛГАРИЯ	24,4	49,3	73,7
Благоевград	7,0	14,8	21,8
Бургас	30,1	48,9	79,0
Добрич	10,5	58,8	69,4
Габрово	33,3	45,5	78,8
Хасково	34,1	34,3	68,4
Кърджали	14,0	43,7	57,7
Кюстендил	38,2	30,3	68,5
Ловеч	24,3	35,6	59,9
Монтана	27,1	58,9	86,1
Пазарджик	26,7	29,2	56,0
Перник	2,5	51,4	53,9
Плевен	18,4	44,0	62,4
Пловдив	28,2	83,9	112,1
Разград	22,7	61,2	84,0
Русе	35,4	12,1	47,6
Шумен	27,2	60,5	87,7
Силистра	11,7	53,7	65,4
Сливен	2,2	45,5	47,7
Смолян	42,1	53,5	95,6
София	25,6	57,9	83,5
София област	19,8	38,6	58,4
Стара Загора	21,8	43,4	65,2
Търговище	26,3	58,3	84,6
Варна	33,2	51,6	84,8
Велико			
Търново	27,3	33,3	60,6
Видин	25,7	77,3	103,0
Враца	31,8	25,8	57,6
Ямбол	5,5	65,1	70,6

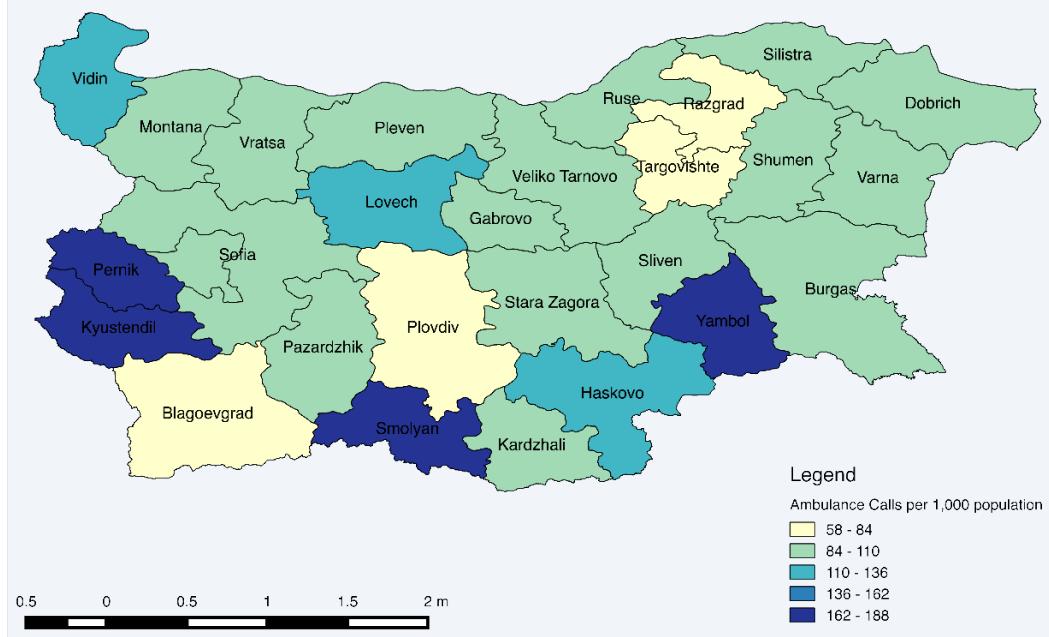
Фиг. 78. Спешни болнични приеми според пътя, 2013 г.



21. По-конкретното разглеждане на използването на линейки (Фигура 79) показва, че диапазонът на използването на глава от населението е сходен със спешните услуги в лечебно заведение (около 3,3:1), като стойностите са най-високи за Перник и Кюстендил на западната граница (съответно 181 и 170 на 1000 души население), както и Ямбол и Смолян на юг, на границата с Турция и Гърция (съответно 188 и 180).

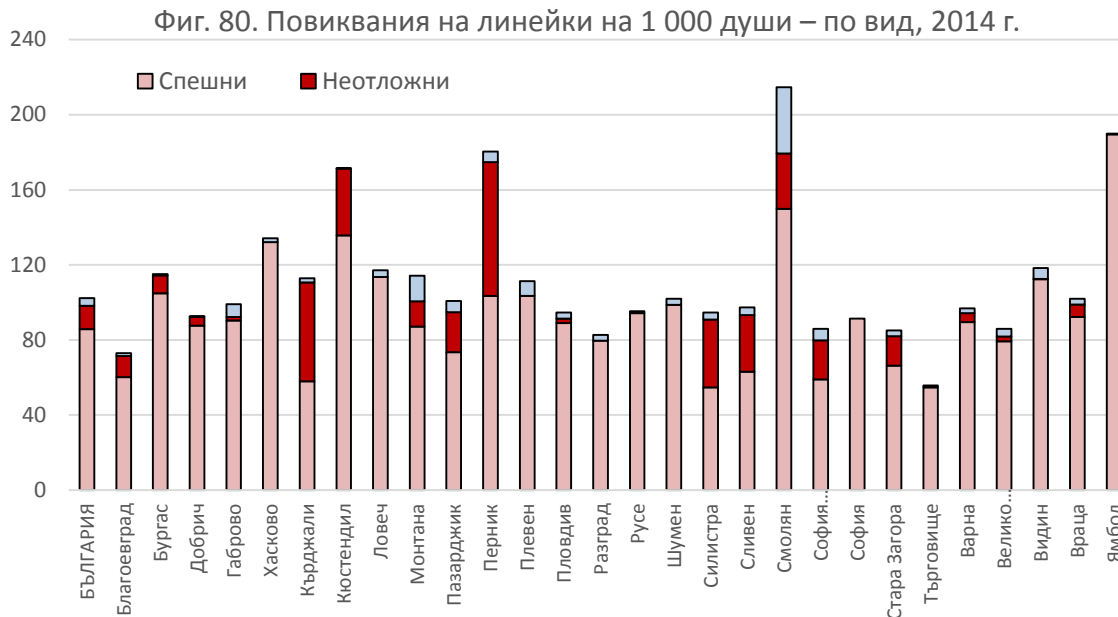
1.

Фигура 79: Повиквания на линейка на 1000, 2013 г.



22. На по-ниския край на скалата са Търговище, Благоевград и Пловдив (съответно с 58, 73 и 73). Фигура 80 показва повикванията на 1000 души население според вида повикване и района: спешни, неотложни и транспортни. Макар част от вариациите в общия брой повиквания в райони като Кюстендил, Перник и Смолян да се обяснява с по-високите обеми неотложни и транспортни повиквания, някои други райони с общи обеми на повикванията на или под средните стойности в национален мащаб, като напр. Кърджали, Силистра, Сливен и София град да се характеризират също с пропорционално високи равнища на неотложните повиквания. Така различията в общия обем повиквания на глава от населението могат да бъдат частично обяснени с големите разлики в някои видове повиквания. Това обаче не е напълно вярно и съществуват различия между районите при всички видове повиквания. Всъщност коефициентът на вариация (С.В.) за спешните повиквания (стандартното отклонение, разделено на средните стойности) е малко по-високо за спешните повиквания, отколкото за общите повиквания (33,2 процента спрямо 31,1 процента). Друго обяснение на големите разлики в броя повиквания на глава от населението би могло да включва различията в наличността на екипи и в начина, по който се използват екипите, както е разгледано.

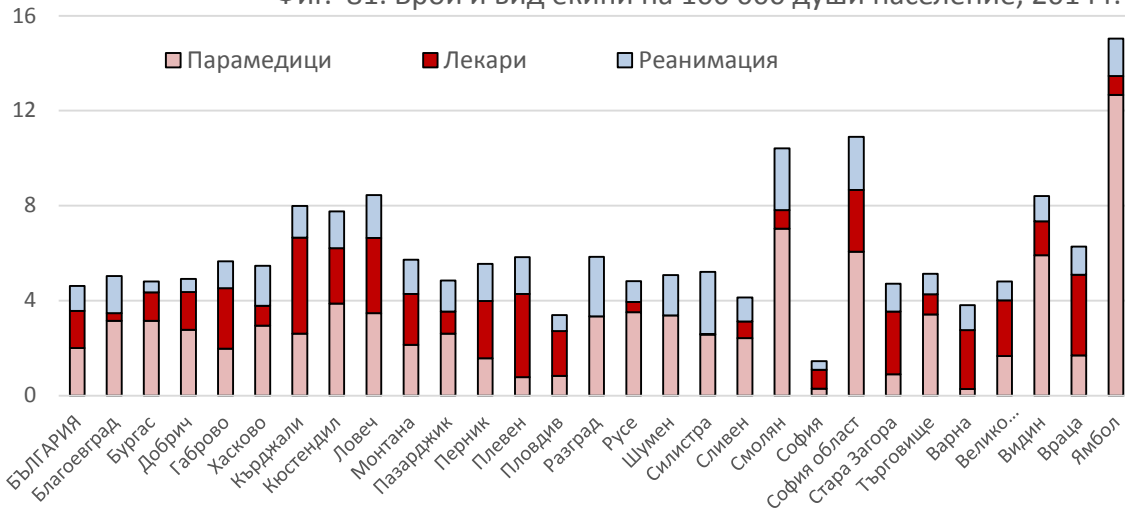




2.

23. Фигура 81 показва броя екипи по район и вид, изразени на 100 000 души от населението. Има три вида екипи в рамките на българската система: (i) реанимационни екипи, които се състоят от лекар, втори медицински професионалист и шофьор; (ii) медицински мобилни екипи, които включват лекар и шофьор; и (iii) парамедицински мобилни екипи, които се състоят от медицинска сестра или друг медицински професионалист (парамедик) и шофьор. Съществуват много различия както в броя, така и в състава на екипите в различните райони, като променливостта в броя на екипите в действителност и *по-голяма*, отколкото при услугите с С.V. 41,9 процента в сравнение с 31,1% за повикванията. Дори ако се изключи София град, която е явно извън тази класация, С.V. все още е 38,4 процента. Освен това, макар да изглежда, че има известно заместване на медицински с парамедицински екипи (макар корелацията да е само -0.288), това явно не се отнася за реанимационните спрямо медицинските/парамедицинските екипи, като по-високият брой на един вид екип е в положителна корелация с по-високия брой други екипи (коефициент на корелация = 0,304).

Фиг. 81. Брой и вид екипи на 100 000 души население, 2014 г.



24. Част от вариацията може да се дължи на различните критерии за изисквания брой екипи според Наредба № 45 от 26 август 2010 г. (изм. 23 ноември 2010 г. и 8 април 2014 г.) за въвеждане на медицински стандарти в спешната медицина. В тази Наредба се уточнява, че там, където гъстотата на населението в района е над 76,6 души на кв. км, следва да има един медицински екип на 35 000 души население и един реанимационен екип на 150 000 души население; в там, където гъстотата на населението е под 76,6 души на кв. км, стандартът изисква един медицински екип на 700 кв. км; и един реанимационен екип на 2000 кв. км. Като се прилагат тези критерии, се изчислява очакваният брой за всеки вид екип и се сравнява с действителния брой екипи, отчетен в статистическите данни за ЦСМП.

25. Резултатите са показани в Таблица 38. Там се вижда, че в общи линии има значително повече екипи, отколкото се изисква по стандарт, с 18 процента повече реанимационни екипи, 27 процента повече медицински/парамедицински екипи и 25 процента повече екипи общо. Има няколко изключения на тази обща тенденция. София град най-значимото, с 27 по-малко екипи, отколкото се изисква по стандартите, в т.ч. с 4 по-малко реанимационни екипи и 23 по-малко медицински/парамедицински екипи. Данните подсказват, че по-ниският брой екипи в София може да бъде източник на оперативни предизвикателства. Например в София град се отчетат 58 процента от забавените повиквания в страната, макар тя да представлява само 18 процента от населението. Освен това около 8,1 процента от повикванията на линейка не са били изпълнени (ненамерен адрес, ненамерено лице или лице, което отказва медицинска помощ), в сравнение с националните средни стойности от едва 2,9 процента. Ясно е, че ситуацията в София изисква допълнително проучване и внимание.

26. В Пловдив също има по-малко екипи от указаните в стандартите, но разликата е по-малко от един екип. Има и няколко района, като напр. Бургас, Добрич, Търговище, Видин и Велико Търново, които имат по-малко реанимационни екипи от изискваните по стандарт, но това е свръхкомпенсирано от допълнителни медицински/парамедицински екипи. Може би недостигът на квалифициран персонал за реанимационните екипи води до това заместване. На основата на определяне на разходите за екипите (вж. следващия раздел) се изчислява, че ако се изключи София град, надвишеният брой екипи по отношение на стандарта има като резултат допълнителни разходи за персонал от 3,1 милиона лв., или 3,7 процента от настоящите разходи по ведомост. Предоставянето на 27 екипа допълнително за София град се изчислява на 862 000 лв. на година, за

чисти потенциални икономии на 2,25 милиона лв. Това са само разходи за персонал и не включват други оперативни разходи, които се изчисляват приблизително на 58 процента от средните разходи за персонал. Вероятно е обаче, че дори с по-малко екипи (или с повече в София град, Пловдив и Добрич), поне част от оперативните разходи биха били направени независимо от това, тъй като някои от повикванията биха били осъществени.

27. Във всеки случай данните показват умерена положителна корелация (0.324) между надвишаващия брой екипи в сравнение със стандарта и по-високия брой повиквания на глава от населението и по-силна корелация (0.406) между надвишаващия брой екипи и спешните повиквания. С други думи в места, където повече екипи в сравнение с нормата, съществува тенденция за малко повече повиквания на глава от населението, особено спешни повиквания. Не е възможно на основата на тези данни да се правят твърди заключения относно причинно-следствената връзка, ако съществува такава, между тези две променливи. Може би по-големият брой екипи в сравнение със стандарта са закономерно отражение на по-високото търсене в някои райони, или може би увеличената наличност на екипи кара населението да се колебае по-малко, преди да повика линейка. По-силната корелация при спешните повиквания (която на теория би следвало да се използва по-равномерно в различните райони, ако те отговарят на добре дефинирани остри и тежки проблеми), подсказва, че това е може би определена възможност, макар че това ще трябва да се проучи допълнително.

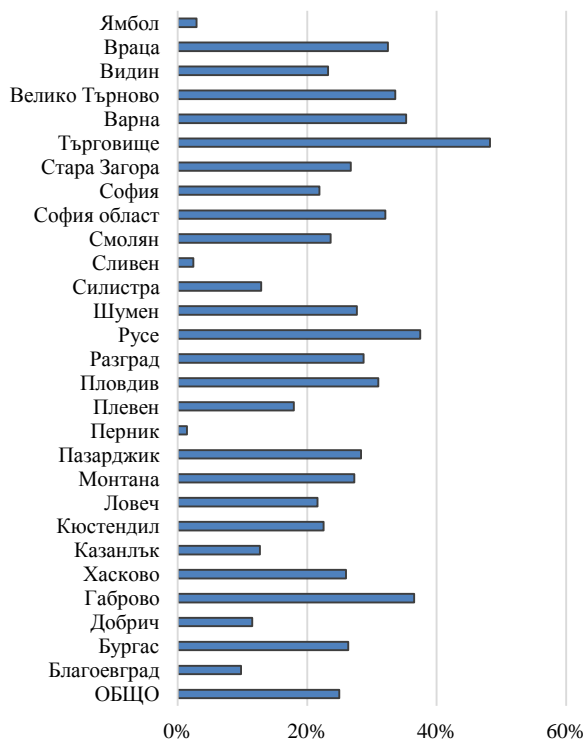
**Таблица 38. Сравнение of стандартния с действителния брой мобилни екипи, 2014 г.**

	Реанимация			Медицински/Парамедицински			Общо		
	Стандарт	Реален брой	Разлика	Стандарт	Реален брой	Разлика	Стандарт	Реален брой	Разлика
БЪЛГАРИЯ	66,42	78,63	12,21	215,34	272,64	57,30	281,76	351,27	69,51
Благоевград	3,22	5,00	1,78	9,21	11,00	1,79	12,44	16,00	3,56
Бургас	3,87	1,85	-2,02	11,07	18,00	6,93	14,94	19,85	4,91
Добрич	2,36	1,01	-1,35	6,74	8,01	1,27	9,10	9,02	-0,09
Габрово	1,01	1,32	0,31	2,89	5,30	2,41	3,90	6,62	2,72
Хасково	2,77	4,00	1,23	7,90	9,00	1,10	10,67	13,00	2,33
Кърджали	1,60	2,00	0,40	4,58	10,00	5,42	6,19	12,00	5,81
Кюстендил	1,53	2,00	0,47	4,36	8,00	3,64	5,89	10,00	4,11
Ловеч	2,06	2,41	0,34	5,90	8,92	3,02	7,96	11,33	3,36
Монтана	1,82	2,00	0,18	5,19	6,00	0,81	7,01	8,00	0,99
Пазарджик	2,23	3,52	1,29	6,37	9,48	3,11	8,60	13,00	4,40
Перник	1,20	2,00	0,80	3,42	5,07	1,65	4,62	7,07	2,45
Плевен	2,33	4,00	1,67	6,65	11,00	4,35	8,97	15,00	6,03
Пловдив	4,50	4,58	0,08	19,30	18,33	-0,96	23,80	22,92	-0,88
Разград	1,32	3,00	1,68	3,77	4,00	0,23	5,09	7,00	1,91
Русе	1,52	2,00	0,48	6,51	9,00	2,49	8,03	11,00	2,97
Шумен	1,69	3,00	1,31	4,84	6,00	1,16	6,54	9,00	2,46
Силистра	1,42	3,00	1,58	4,07	3,00	-1,07	5,49	6,00	0,51
Сливен	1,77	1,96	0,19	5,06	6,04	0,98	6,83	8,00	1,17
Смолян	1,60	3,00	1,40	4,56	9,03	4,46	6,16	12,03	5,87
София	8,72	4,72	-4,00	37,36	14,28	-23,08	46,08	19,00	-27,08
София област	3,53	5,35	1,81	10,09	20,70	10,61	13,62	26,04	12,42
Стара Загора	2,58	3,83	1,26	7,36	11,55	4,19	9,93	15,38	5,45

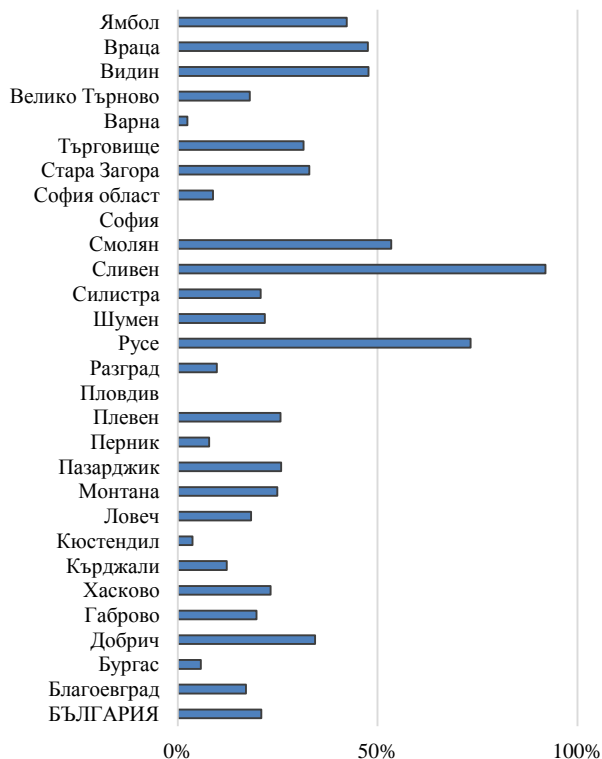
Търговище	1,28	1,00	-0,28	3,66	5,00	1,34	4,93	6,00	1,07
Варна	3,15	5,00	1,85	13,51	13,03	-0,49	16,66	18,03	1,36
Велико									
Търново	2,33	2,00	-0,33	6,66	10,00	3,34	8,99	12,00	3,01
Видин	1,52	1,00	-0,52	4,33	6,91	2,58	5,85	7,91	2,06
Враца	1,81	2,08	0,27	5,17	9,00	3,83	6,98	11,08	4,10
Ямбол	1,68	2,00	0,32	4,79	17,00	12,21	6,47	19,00	12,53

28. Една последна сфера, която следва да се проучи във връзка с дейностите на различните райони, са видовете услуги, които се предоставят в самата линейка и/или във ФЦСМП. Целта на този анализ е да се открият потенциалните разлики в практиките на различните райони. Би следвало да се очаква, че при сходно обучение и практически насоки към сходните случаи ще се подхожда по сходен начин. Големите различия в начина, по който се подхожда към различните случаи (например дали пациентите се приемат в болница или се оставят само за наблюдение), може би подсказват необходимостта да се усъвършенства или обучението, или да се засилят насоките. Без подробна информация за вида случаи този анализ може само да посочва големи различия в общата практика. Фигура 82 и Фигура 83 показват процентите пациенти на линейки, приети в болница и на пациенти от ФЦСМП, приети за наблюдение. Тези фигури показват, че в някои райони, като напр. Ямбол и Сливен, има по-ниски проценти хоспитализирани пациенти, докарани с линейка и по-висок процент приети за наблюдение, но това не е постоянен модел: райони, като напр. Перник, с ниски стойности и в двете сфери, както и райони, като напр. Русе с по-високи стойности и в двете сфери.

Фиг 82. Хоспитализирани пациенти, транспортирани с линейка, 2014 г. (%)



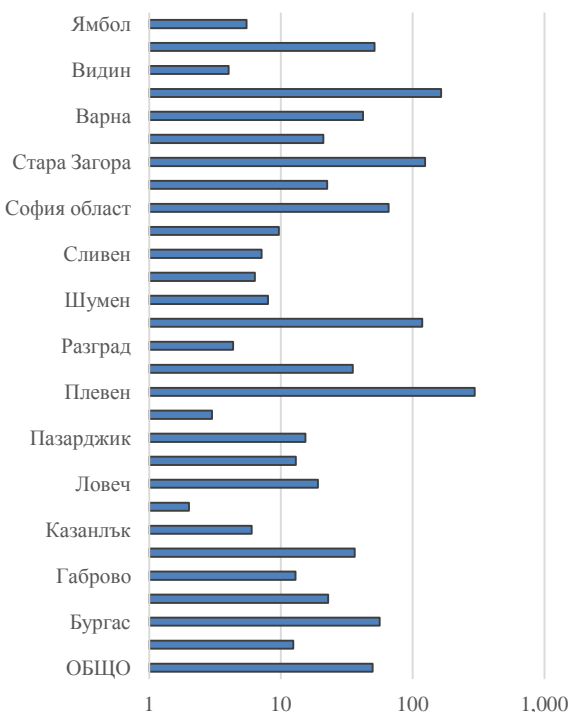
Фиг. 12. Пациенти на ФЦСМП, приети за наблюдение, 2014 г. (%)



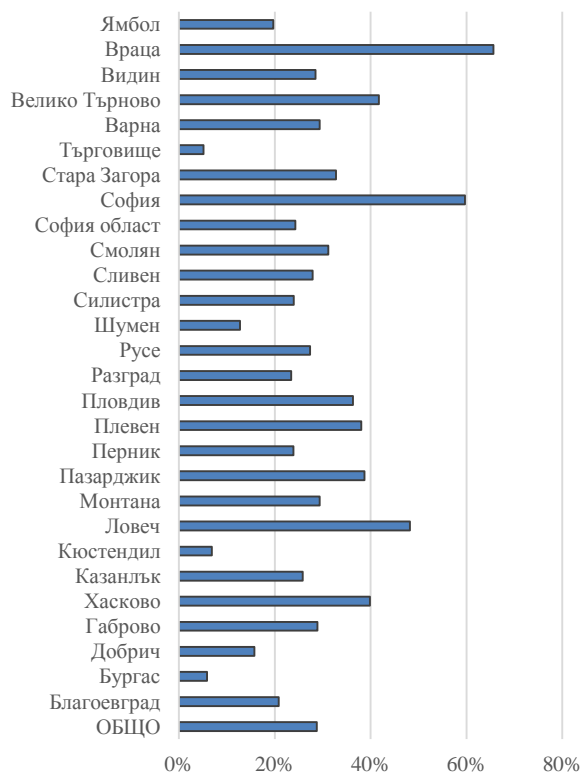
29. Фигура 84 и Фигура 85 отразяват средния брой реанимации на реанимационно звено и процента пациенти, на които е направена ЕКГ. По отношение на Фигура 84 различията бяха толкова големи, че се наложи използването на логаритмичен мащаб, за да се покажат данните. Броят реанимации, извършени от един екип, варира от ниската стойност под 5 през цялата година в Кюстендил, Перник, Видин и Разград, до над 100 в Русе, Стара Загора и Велико Търново, и високия брой 295 реанимации на екип в Плевен. Ниският брой реанимации в много райони повдига въпроси относно степента, до която реанимационните звена са в състояние да поддържат уменията си. Този проблем следва да се реши като част от общата програма за непрекъснато медицинско образование, предвиждана в Концепцията, макар че следва да се прецени и жизнеспособността на поддържането на ефективни реанимационни екипи предвид толкова малки обеми на повикванията.

30. Макар диапазонът в използването на ЕКГ да не е толкова голям (Фигура 85), все още съществува повече от 12-кратна разлика между районите с най-ниско (Търговище) и най-високо (Враца) използване. Макар може би някои от разликите да се дължат на видовете получени повиквания, не е вероятно това да обяснява всички различия. Или са се развили конкретни регионални практики, има значими разлики във видовете пациенти, които биват прегледани в различните райони (напр. голям брой не толкова неотложни пациенти, които не се нуждаят от тези услуги, и/или има големи проблеми с контрола върху качеството, които са се развили в процеса на месечните отчети. Всеки от тези проблеми следва да бъде изследван по-нататък.

Фиг. 84. Брой реанимации на екип, 2014 г.

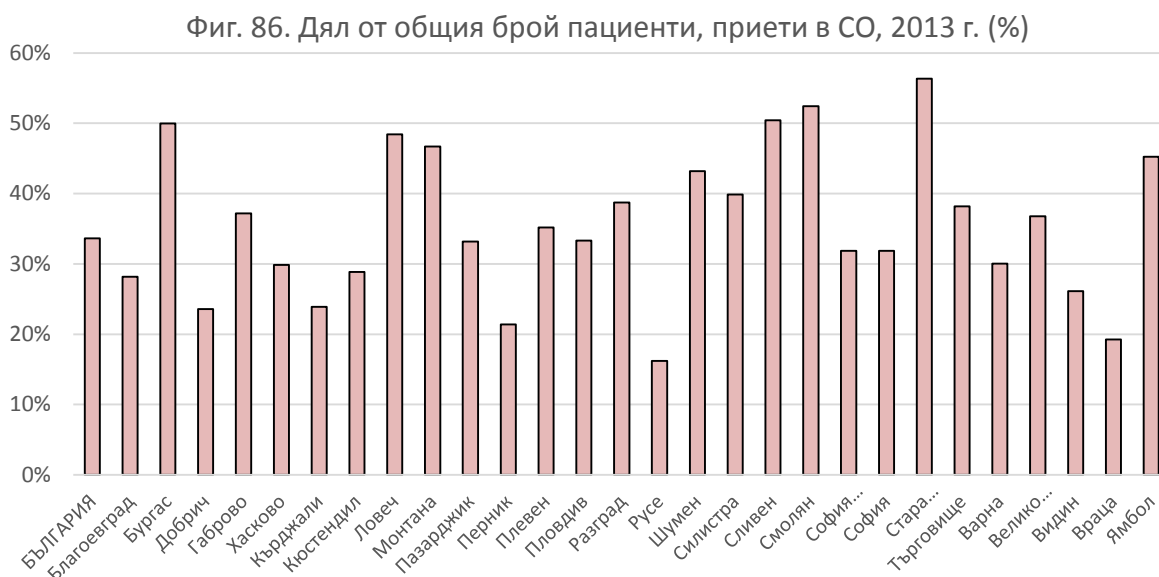


Фиг. 85. Пациенти с ЕКГ, 2014 г. (%)



31. Една последна сфера, която следва да се разгледа от гледна точка на различните модели в практиката, е процентът пациенти, посетили СО в болница, които са приети за болнично лечение. В

България около една трета от пациентите в СО се приемат в болници (Фигура 86), което е много повече в сравнение с други страни – 27 процента в Англия, 17.5 процента – в САЩ и 10 процента – в Канада, например.

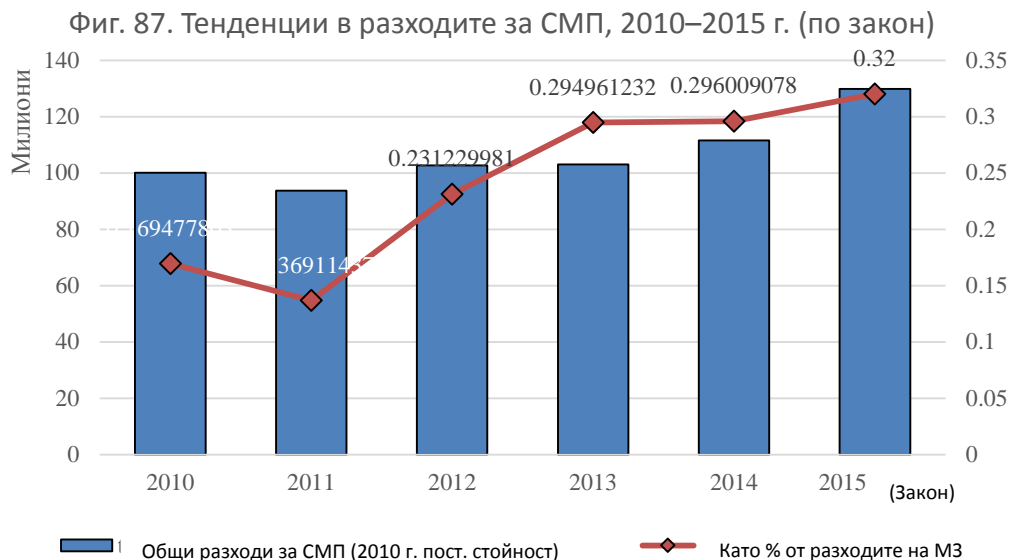


32. В рамките на общите стойности съществуват значителни регионални различия. Бургас, Смолян и Стара Загора имат 50 или повече процента болничен прием, докато Ловеч, Монтана, Шумен, Силистра и Ямбол – 40 процента или повече. Само два района имат прием под 20 процента. Това е сфера, в която ще са необходими допълнителни проучвания, за да се установят причините за високия процент прием и възможностите за намаляването му (вж. например Purdy 2011). Тъй като общият процент прием в болница в България е доста висок, следователно приемът чрез системата на СМП може да е просто проявление на тази по-обща тенденция. Може би и самата организация на системата на СМП, с множеството си входни пунктове, е фактор, който допринася за високия болничен прием. И, разбира се, не бива да се изключва ролята на финансовите стимули (или отрицателни стимули). От гледна точка на потенциалните възможности използването на системите за отчитане на тежестта на случаите (по-долу), както и ясно дефинираните, обективни и подлежащи на одит критерии за приемане на пациенти в болница (като напр. InterQual и Milliman), са явно доста обещаващи.

#### 9.4.2. Анализ на финансирането на СМП и структура на разходите

33. Цялото финансиране както за ЦСМП, така и за неприетите в болничните СО, идва от МЗ. Преди 2012 г. финансирането на болниците е било включено в отделна програма, но след 2012 г. е комбинирано. Фигура 87 показва комбинираните общи разходи, за да се осигури сравнимост във времето. Тя показва, че от гледна точка на постоянните стойности (по отношение на 2010 г. като базова година) общите разходи за СМП са се увеличили от около 100 милиона лв. през 2010 на 130 милиона лв. в Закона за бюджета от 2015 г. Настоящата стойност през 2015 г. е около 138 милиона лв.. С изключение на 2011 г. бюджетът за СМП е увеличен като дял от разходите на МЗ: от 17 процента през 2010 г. на 32 процента през 2015 г. До известна степен това отразява стесняващия се

фокус на финансираните от МЗ дейности, но показва и растящ приоритет на СМП по отношение на други дейности.



34. Фигура 88 показва сумата на глава от населението – постоянна и текуща стойност. Показва се, че разходите на глава от населението се увеличават от малко под 14 лв. през 2010 г. до почти 20 лв. номинално и 18 лв. реално, съответно за увеличения с 43 процента и 34 процента.



#### Анализ на общата структура на разходите на ЦСМП

35. Функционирането на ЦСМП (известно също като „ведомствени разходи“) консумира 82-88 процента от общия Бюджет за СМП между 2010 и 2014 г., със значителни различия от година на година. Заплатите и придобивките за служителите системно консумират около 80 процента от общите ведомствени разходи, като този диапазон показва постоянно увеличение през последните четири години – от 77 процента през 2011 г. на то 81,4 процента през 2014 г. През повечето години балансът се състои от оперативни разходи (гориво, лекарства и медицински стоки, храна и пр.), но през 2014 г. значителна сума (3.6 процента) е била предназначена за капиталови разходи – в сравнение с никакви или пренебрежими суми през предишни години.

36. Съществуват подробни данни за действителните разходи през 2014 г. Тези данни показват, че в рамките на категорията заплатите и придобивки за служителите 79,9 процента са били изразходвани за самите заплати, 5,4 процента за други плащания и 14,7 процента за задължителни социални вноски. Сравнения с други доставчици на СМП са до известна степен трудни, тъй като повечето от тях не използват центрове за наблюдение и лечение, подобни на ФЦСМП. Годишните доклади от Службата с линейки в New South Wales (NSW) в Австралия показват, че заплатите и допълнителните придобивки са около 60 процента от общите им разходи, докато Службата с линейки на West Midlands (WMAS) в Обединеното кралство изразходва около 70 процента за заплати и допълнителни придобивки. Освен поради наличността на информация, тези две служби с линейка бяха избрани поради известната им прилика с България. WMAS обслужва население от около 5,6 милиона на площ около 13 000 кв. км, а службата с линейки на NSW обслужва 7,25 милиона души върху 800 000 кв. км. За разлика от тях България има население 7,2 милиона души и площ 111 000 кв. км. Предвид факта, че средните стойности на заплатите в България са по-ниски и от Обединеното кралство, и от Австралия – независимо от факта, че в никоя от тези две страни не се използват лекари в линейките, а в България се използват, но на лекарите в България все още се заплаща много по-малко, отколкото на парамедиците в тези две страни – и че и трите страни вероятно заплащат световни цени за основни входни параметри, като напр. горива, лекарства и медицински стоки, значително по-високият дял на разходите за заплати в България предполага, че е необходимо по-нататъшно проучване. Тази разлика вероятно може да се обясни с по-високия брой екипи в сравнение със стандартите и с тези други страни. Например, службата с линейки на NSW има малко над 4000 служители, които обслужват сходно население, а WMAS има малко под 4000 за по-малко хора, докато в ЦСМП работят 7111 служители, в т.ч. 6380 медицински професионалисти.

37. Фигура 89 показва, че в рамките на категорията оперативни разходи най-големите компоненти са вода, гориво и енергия, следвани от материали, лекарства, външни услуги и текущ ремонт.

Фиг. 89. Състав на оперативните разходи, 2014 г.



38. И отново, макар да не са напълно сравними, годишните доклади на службата с линейки на New South Wales в Австралия показват, че те изразходват подобен процент от общите си оперативни



разходи за текущ ремонт (8 процента) и материали (14 процента), но значително повече за лекарства и медицински стоки и външни услуги (по 33 процента) и значително по-малко за вода, гориво и енергия (6 процента) и храна (2 процента). От всички тях категорията на водата, горивото и енергията вероятно заслужава най-голямо внимание, тъй като изглежда необичайно висока: службата с линейки на NSW е предоставил над 1,2 милиона отговори през 2013/14 г., в т.ч. над 900 000 спешни отговори и покрива площ около седем пъти по-голяма от България.

#### *Единични разходи*

39. За да се разработи известна индикация за разходите за повикване на линейка и за посещение на линейка, беше използван двуетапен процес, за да се отделят общите разходи в тези два компонента. Първо, частта от разходите за служителите за линейката се изчислява с помощта на средния брой екипи, включени в данните за ЦСМП, предоставени от отделите, отговарящи за спешната медицинска помощ и за специализираните медицински дейности, определянето на персонала според вида екип по Наредба № 45 и средните разходи за вида служители от Дирекцията по бюджета. Разходите на диспечерския център бяха също определени на основата на изискваните равнища за определяне на персонала в Наредбата и тези разходи също се включват като част от операцията „линейка“. останалите разходи за персонала се приемат като част от ФЦСМП, като общият дял в национален мащаб възлиза на 66,9 процента за линейка и 33,1 процента за ФЦСМП. Поради броя ФЦСМП' обаче, както и различните видове екипи на линейки, имало е значителни различия в тези проценти. Други разходи са били разпределени, както е посочено в Таблица 4.

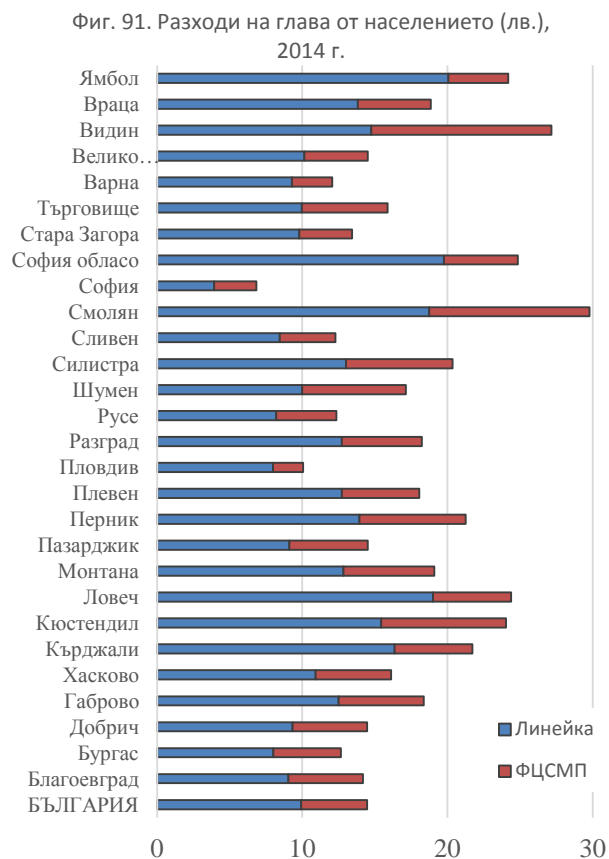
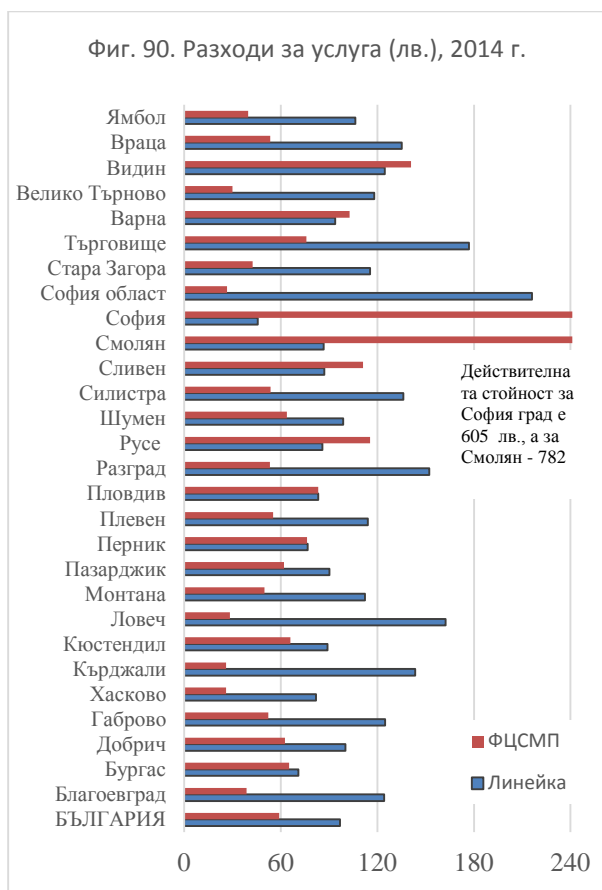
### 3. Таблица 39. Основания за разпределение по категории разходи, 2014 г.

Раздел	Категория разходи	Линейка (%)	ФЦСМП (%)
10-11	Храна	0	100
10-12	Лекарства	Съотношение повиквания + посещения	
10-13	Постелно бельо и облекло	80	20
10-14	Разходи за образование, обучения и научни изследвания	0	100
10-15	Материали	80	20
10-16	Вода, гориво и енергия	80	20
10-20	Разходи за външни услуги	Съотношение повиквания + посещения	
10-30	Текущ ремонт	80	20
10-51	Командировки в страната	0	100
10-62	Разходи за осигуровки	80	20
10-69	<b>Други финансови услуги</b>	0	100
10-91	Други	0	100
10-92	Разходи за санкции по договорите	0	100
19-00	<b>Изплатени данъци, такси и административни санкции</b>	0	100
51-00	<b>Капиталов ремонт на дълготрайни материални активи</b>	80	20
52-00	<b>Придобиване на основни активи</b>		

52-01	Придобиване на дълготрайни материални активи	0	100
52-03	Придобиване на друго оборудване, машини и уреди	Съотношение повиквания + посещения	
52-04	Придобиване на транспортни средства	100	0
52-05	Придобиване на селскостопанска техника	0	100
52-19	Придобиване на други дълготрайни материални активи	0	100
	<b>Придобиване на дълготрайни</b>		
<b>53-00</b>	<b>нематериални активи</b>	0	100

40. Този подход води до 68,7 процента от общите разходи, или 71,6 милиона лв., които се разпределят на операция „линейка”, а останалите 31,3 процента (32,6 милиона лв.) – на ФЦСМП. Това на свой ред води до средни разходи за повикване на линейка от 97.05 лв. и общи разходи за посещение на ФЦСМП от 58.55 лв. или съотношение 1,66:1. Разбира се, съществуват значителни различия между районите.

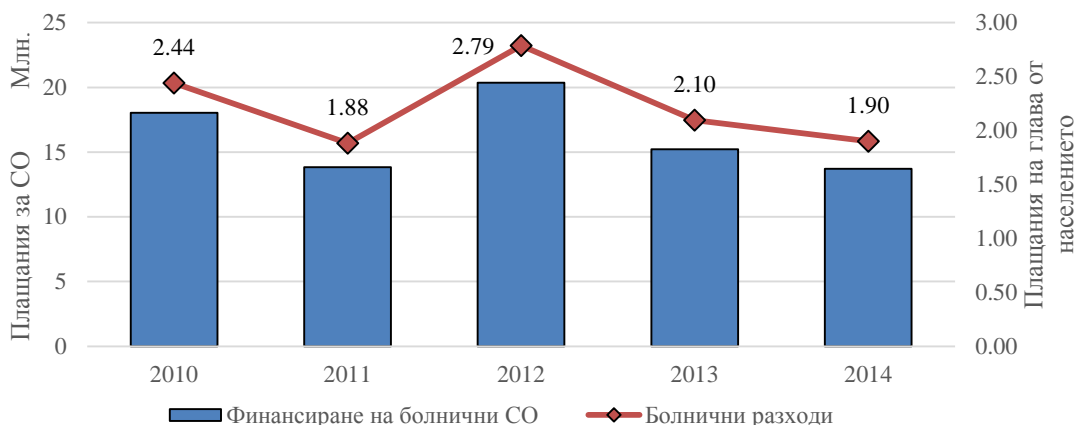
41. Фигура 90 показва средните стойности за услуга по район за повикванията на линейка и за посещения на ФЦСМП. Максималната стойност в хоризонталната скала е определена като 240 лв. за услуга, следователно големината на различията е очевидна. Действителните стойности за Смолян и София град са показани на диаграмата. Данните тук показват, че независимо от по-ниските числа на глава от населението, показани на Фигура 20, Пловдив е доста близо до националните средни стойности по отношение на разходите за услуга. От друга страна, Смолян и София град показват много високи разходи за услуга за ФЦСМП – независимо от много различните разходи на глава от населението. С.V. за разходите за повикване на линейка е 32, а за ФЦСМП – 159.



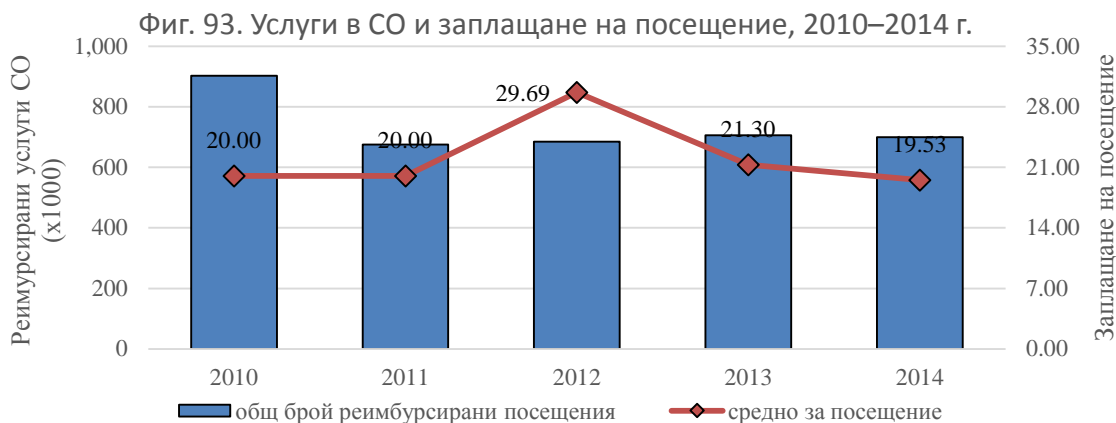
42. Фигура 91 показва средните разходи на глава от населението, разбити по разходи, към ФЦСМП и обслужването с линейка във всеки район. Макар средните стойности на глава от населението да са около 14,50 лв. с 10,00 лв. за обслужване с линейка и 4,50 лв. на глава от населението за ФЦСМП, общите числа варират от ниската стойност 6,80 лв. в София град и високата стойност 30 лв. в Смолян. София град също показва най-ниско равнище за обслужване с линейка и вторите най-ниски за ФЦСМП, следвани от Пловдив с най-ниски стойности за ФЦСМП и втори най-ниски за обслужване с линейка. С.В. за обслужване с линейка е 33, за ФЦСМП – 40. Общият С.В. е 31. Макар известна част от тази разлика да се дължи може би на икономии от мащаба, данните за услугите и екипите (Фигура 80 и Фигура 81) показват, че услугите на глава от населението са също под средните стойности в тези два района. Някои от различията може да се дължат и на използваната методология на разпределението, но е ясно, че има значителни проблеми в разпределението на ресурси между районите и в ефикасността на използване на тези ресурси.

43. Една последна сфера, която следва да се проучи, е свързана с реимбурсирането за посещения на болнични СО, където програма за СМП предвижда и финансиране за посещения, когато пациентът не е приет в болница. Когато пациентът е приет, разходите на спешното отделение следва да бъдат покрити чрез реимбурсирането от НЗОК. Отпуснатата сума за неприети пациенти през 2014 г. е била 13.7 милиона лв., което е около 12 процента от разходите за програмата за СМП за същата година и представлява намаление от 2.5 милиона лв. в сравнение с 2013 г. (Фигура 92).

Фиг. 92. Тенденции в разходите на болнични СО, 2010–2014 г.



44. Според процедурите на МЗ общото финансиране за всяко лечебно заведение се определя на основата на сумираната оценка на три параметъра за относителния дял: за обслуженото население, обема извършени дейности и заплатената сума за предишната година. За райони, в които има повече от едно лечебно заведение, финансирането се разпределя пропорционално на обема извършени дейности в съответното лечебно заведение. Освен това се прилага и коефициент за равнището на компетентност към сумата, определена на основата на трите параметъра в зависимост от равнището на медицинските грижи в лечебното заведение: Равнище III – 1,3; Равнище II – 1,0; Равнище I – 0,7. Равнището на финансиране не може да бъде по-малко от 90 процента и повече от 115 процента от сумата, заплатена в предишната година. През 2014 г. общата заплатена сума се е равнявала на 19,53 лв. на пациент, което е около 8 процента намаление в сравнение със средните стойности за плащане на услуги през 2013 г. (Фигура 93).



45. Разликата през 2014 г. между средните стойности на разходите за посещение на ФЦСМП, 58,55 лв., и средните стойности на реимбурсирането за неприет пациент за посещение на СО, 19,53 лв., е точно трикратно. Дори равнището на острота на състоянието на средния пациент във ФЦСМП да е същото както при средния неприет в СО пациент (което е невероятно), тази разлика, изглежда, повдига няколко проблема. Ако е едно и също, МЗ плаща три пъти повече за една и съща услуга във ФЦСМП, отколкото в болничните СО, което повдига сериозни проблеми, свързани с ефикасността на публичните разходи.

46. Освен това, доколкото разходът за посещение на ФЦСМП представлява истинската себестойност на услугата, това предполага огромна непряка субсидия от болниците към МЗ, тъй като остатъкът от себестойността на услугата (около 25 милиона лв.) ще трябва да бъде поет от болницата. Може да се твърди, че болниците разполагат със значителни възможности за икономии от мащаба и за амортизиране на фиксираните им разходи (в т.ч. определянето на персонала) в сравнение със СО и с други услуги. Това е вярно, но от друга страна би се очаквало, че средното равнище на остротата на състоянията в болниците би било по-голямо, отколкото във ФЦСМП и че капиталовите изисквания за диагностично оборудване, както и оперативните разходи за това оборудване, също ще бъдат по-високи.

47. Фактът, че около две трети от общите посещения на СО **не** водят до приемане в болница, означава, че реимбурсирането от МЗ би следвало да покрива голямата част от разходите на СО, освен ако няма преднамерена политика приетите пациенти да субсидират кръстосано неприетите. Проблемът в този случай е, че болницата получава едно и също реимбурсиране за пациент с конкретна КП – независимо дали пациентът е получил лечение в СО преди приемането си, така че да се ограничи в действителност потенциалът за кръстосано субсидиране. Всичко това поставя болницата в положение или да губи пари за неприет пациенти, или може би да приеме някои от тези пациенти с надеждата да си възстанови част от тези разходи чрез НЗОК. Този проблем трябва да се реши като част от общата реформа на системата на СМП и по-нататъшното развитие на самоподдържащ се пакет на спешната медицинска помощ.

#### 9.4.3. Производителност на СМП

48. Последната сфера е производителността на системата на СМП. Тъй като няма налични данни за определянето на персонала на спешните отделения, настоящият анализ се съсредоточава само върху ФЦСМП и дейностите на линейките. Стандартната мерна единица за производителността на системите на спешната медицинска помощ е „единица почасова използваемост“ (ЕПИ) (J.R. Henry Consulting Inc. 2011), която разделя общия обем дейност през даден период на броя часове, през който са били налице екипи през този период. Например, ако въпросният период е един ден, броят повиквания през деня ще бъде числителят, а всеки 24-часов екип ще се брои като 24 в знаменателя, всеки 12-часов екип като 12 и т.н. Този анализ може да бъде направен за услугата като цяло, както и за конкретни видове екипи. Съобщените данни за 2014 са за наличието на средно 360 24-часови екипи, които работят през цялата година, 76 реанимационни екипи, 113 екипи с лекар, 144 екипи с парамедик и 27 транспортни екипи. Има данни за реанимационни, медицински/парамедицински и транспортни повиквания. Настоящият анализ ще разгледа общия брой повиквания и екипи, с по-нататъшно разделение по реанимационни и медицински/парамедицински услуги. Отделен анализ е направен на ФЦСМП.

49. С общо 713 550 не-транспортни повикванията и 333 екипи общата ЕПИ в работата на линейките е 0,24 [713 550 / (333 x 24 x 365)]. Това означава, че екипите имат средно по около едно повикване на всеки четири часа от дежурството си. Според международните стандарти целта е да се постигнат стойности на ЕПИ в диапазона 0,50 до 0,55, следователно ЕПИ в България е около половината на тази оптимална използваемост. Таблица 40 показва стойностите за ЕПИ по райони, в т.ч. за реанимационни и медицински/парамедицински екипи, и общо за двата вида. Легендата под таблицата дава цветния код за всеки диапазон на ЕПИ. В допълнение към действителните числа се преизчислява ЕПИ на основата на броя екипи, посочен в стандарта в Таблица 38.

4.

Таблица 5. Действителни ЕПИ и ЕПИ според стандарта, 2014 г.

	Реално			Стандартно		
	Реанимационн и	Парамедици	Общо	Реанимационн и	Парамедици и	Общо
БЪЛГАРИЯ	0,28	0,23	0,24	0,32	0,28	0,29
Благоевград	0,16	0,17	0,17	0,25	0,20	0,22
Бургас	0,35	0,26	0,27	0,17	0,43	0,36
Добрич	0,35	0,20	0,21	0,15	0,23	0,21
Габрово	0,29	0,16	0,19	0,37	0,29	0,32
Хасково	0,26	0,28	0,28	0,38	0,32	0,34
Кърджали	0,21	0,15	0,16	0,26	0,32	0,31
Кюстендил	0,29	0,25	0,26	0,39	0,45	0,44
Ловеч	0,22	0,14	0,15	0,26	0,20	0,22
Монтана	0,18	0,21	0,20	0,20	0,24	0,23
Пазарджик	0,24	0,22	0,22	0,38	0,32	0,34
Перник	0,51	0,32	0,37	0,85	0,47	0,57
Плевен	0,29	0,19	0,22	0,50	0,31	0,36
Пловдив	0,35	0,30	0,31	0,36	0,28	0,30
Разград	0,17	0,15	0,16	0,38	0,15	0,21
Русе	0,25	0,22	0,23	0,33	0,31	0,31
Шумен	0,23	0,22	0,23	0,41	0,28	0,31
Силистра	0,20	0,20	0,20	0,42	0,15	0,22
Сливен	0,31	0,25	0,26	0,34	0,30	0,31
Смолян	0,20	0,20	0,20	0,37	0,39	0,38
София град	0,76	0,59	0,63	0,41	0,22	0,26
София област	0,08	0,10	0,10	0,13	0,20	0,18
Стара Загора	0,22	0,19	0,20	0,32	0,30	0,31
Търговище	0,15	0,12	0,12	0,11	0,16	0,15
Варна	0,24	0,31	0,29	0,38	0,30	0,31
Велико Търново	0,20	0,19	0,19	0,17	0,29	0,26
Видин	0,25	0,14	0,15	0,17	0,22	0,21
Враца	0,20	0,18	0,18	0,22	0,31	0,29
Ямбол	0,30	0,13	0,14	0,36	0,44	0,42

,55 - ,45 – Оптимално използван
,45 - ,35 – Над средно използване
,35 - ,25 – Средно използване
,25 - ,15 – Под средно използване
,15 - ,01 – Слабо използване

50. Таблицата показва, че повечето райони в България са със слаба или под средна използваемост. Картината е малко по-добра за реанимационните екипи, като няколко райони (Добрич и Пловдив) са с над средни стойности и два (София град и Перник) – с оптимални. Всъщност

изчислението показва стойности за София град над максимума за оптималния диапазон, което може да означава, че се проявяват неефективности в системата поради свръхвисок брой повиквания предвид броя екипи. Един потенциален измерител за това са данните за „забавените повиквания“ (Таблица 41).

51. Не във всички райони се показват забавени повиквания и само пет района са отговорни за 96 процента от общия брой забавени повиквания. Проблемът изглежда най-тежък в София град и Варна, където 18,0 процента и 19,6 процента съответно от всички повиквания са забавени. И в двата цитирани райони има сравнително малък брой екипи на 100 000 души население, като броят е особено нисък за София град, както беше обсъдено. И двата района са също под средните стойности за повиквания на глава от населението. От друга страна, ЕПИ в София град е много над националните средни стойности, докато Варна е съвсем малко над тях. В София област и Ловеч проблемът очевидно се състои повече в разстоянията за всяко повикване, тъй като броят екипи във всеки район повече от два пъти над националните средни стойности и ЕПИ е много ниска. В Плевен разстоянието също изглежда да е фактор, макар броят повиквания на глава от населението да е също над средните стойности.

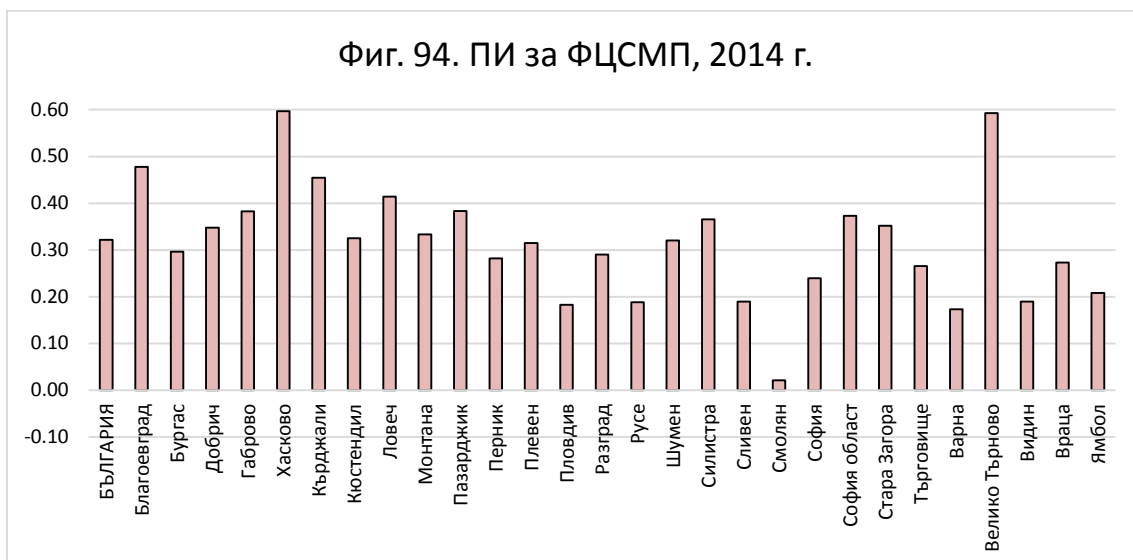
**Таблица 41. Райони със забавени повиквания, 2014 г.**

	Забавени повиквания	Дял на забавените повиквания (%)	Екип на 100 000	Повиквания на 1000	км/пов.	ПИ
ОБЩО	35 155	4,8%	4,99	102,31	21,45	0,24
София град	20 258	18,0%	1,54	85,89	13,23	0,63
Варна	8950	19,6%	4,23	96,80	22,64	0,29
София област	1745	8,0%	10,90	91,46	43,34	0,10
Плевен	1412	4,9%	6,23	111,40	25,10	0,22
Ловеч	1299	8,3%	10,79	117,16	27,69	0,15
Всички други	1491	0,3%				

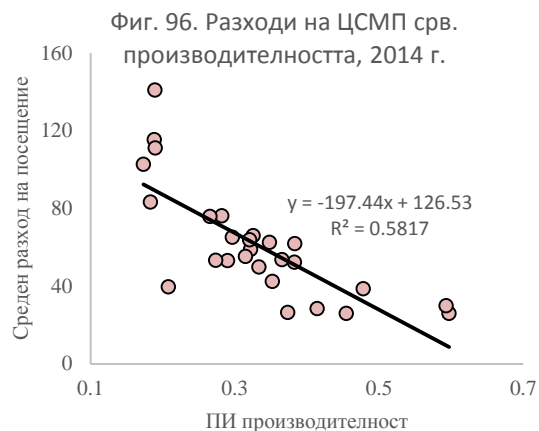
52. Втората група колони в Таблица 40 показва каква би следвало да бъде ЕПИ, ако броят повиквания е един и същи, но броят е в съответствие със стандарта в Наредба № 45 (с други думи ако броят екипи бъде намален в райони, където те са повече от стандарта и бъде увеличен в райони, където те са под него). Това показва, че общото равнище на използваемостта ще се подобри с повече от 20 процента, ако се прилагат тези стандарти, при което само девет района ще останат в диапазона на ниските и под средните стойности, в сравнение с 22 при сегашния брой и разпределение на екипите. Потенциалните подобрения са особено забележими за реанимационните екипи. Потенциалните допълнителни ресурси за София град в действителност ще намалят тяхната ЕПИ под националните средни стойности. Това подсказва, че може би няма да е необходимо да се добавят всички предложени в стандарта екипи, за да се постигнат значими подобрения.

53. Подобно изчисление на ЕПИ беше направено за ФЦСМП на основата на предположението, че всеки ФЦСМП представлява 24-часов „екип“ (Фигура 94). Макар да съществуват все още твърде много различия между районите, резултатите са в общи линии по-добри, отколкото за мобилните

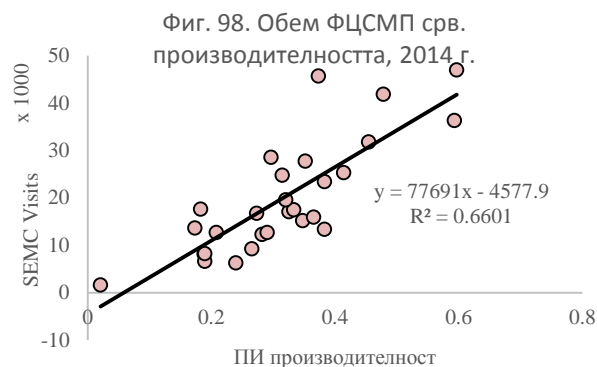
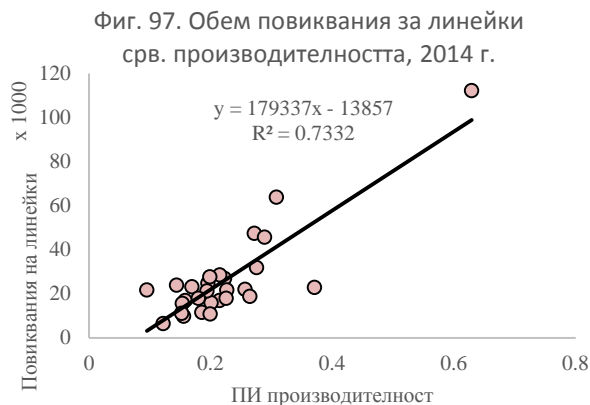
екипи, като само осем района показват ниски или под средните стойности, а три са в оптималния диапазон. Съществува и лека отрицателна корелация между стойностите на ЕПИ за ФЦСМП и за мобилните екипи във всеки район, което подсказва, че може би се извършва някакво заместване между услугите с линейка и ФЦСМП, което води до по-голяма в едното или другото. Тези проблеми следва да бъдат преразгледани и решени както в рамките на районите, така и на национално равнище, за да се постигне максимално общо равнище на ефикасност.



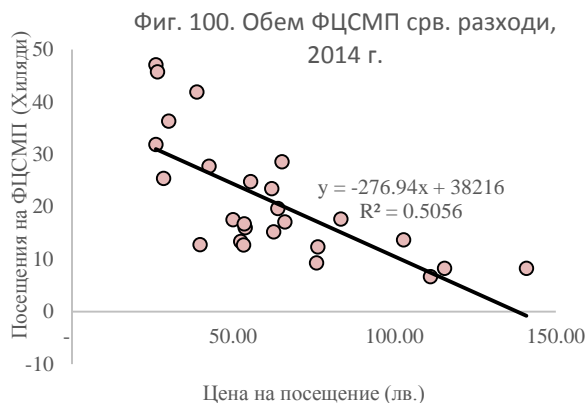
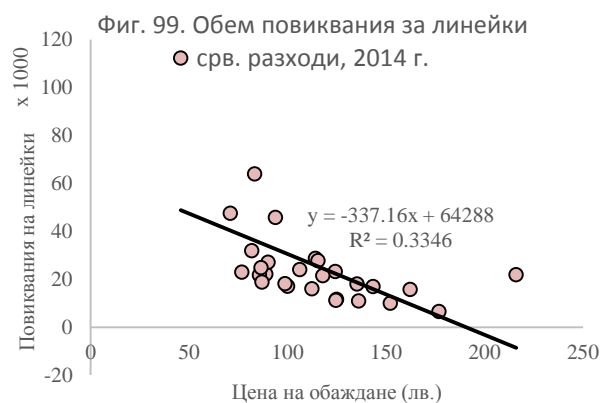
54. Разглеждайки взаимоотношенията производителността и други фактори, Фигура 95 и Фигура 96 показват графики на разходите в сравнение с производителността, показват ясно изразена отрицателна връзка между двете, докато Фигура 97 и Фигура 98 показват силно положителна връзка между производителността и обема. За разходите за ФЦСМП са изключени София град и Смолян, тъй като те рязко се различават от останалите стойности.





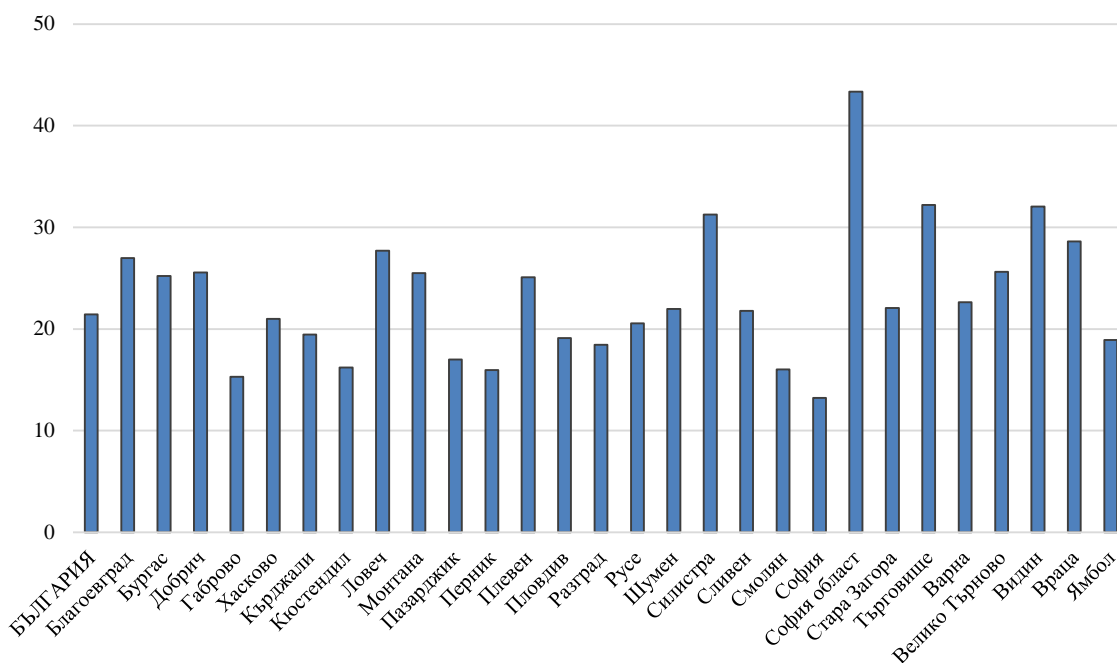


55. И накрая, Фигура 99 и Фигура 100 показват умерена отрицателна корелация между обема услуги и разходите за услуга, макар зависимостта да изглежда по-силна за ФЦСМП, отколкото за линейките. Всички тези взаимоотношения са очаквани, макар графиките да показват значителни различия между районите.

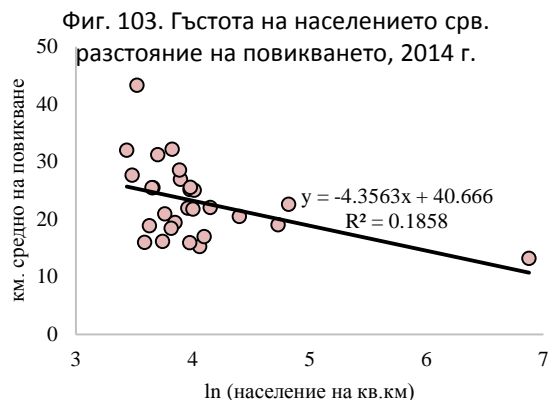
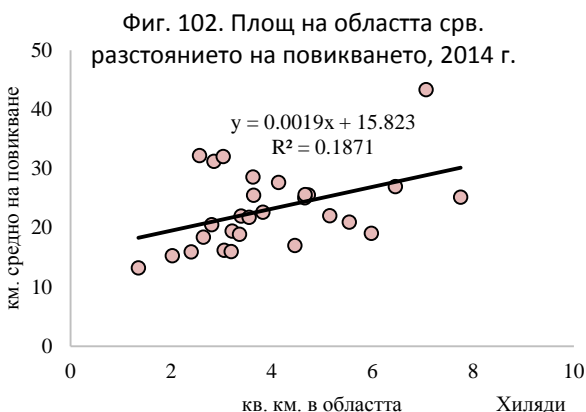


56. Последната сфера на производителността, която следва да се проучи, е средният брой километри, които изминава една линейка за едно повикване. Както се вижда от Фигура 101, има значителни различия между районите в тази статистика, като София област е с далече най-голямо разстояние от 43 километра на повикване, или като средни стойности, а Силистра, Търговище и Видин са с над 30 километра на повикване. Както може да се очаква, София град е с най-нисък среден брой километри на повикване, макар другите райони с големи градове, като напр. Пловдив, Варна, Бургас, Русе, Стара Загора и Плевен, да са всички с над 20 километра на повикване средно.

Фиг. 101. Среден брой километри за изпълнено повикване, 2014 г.



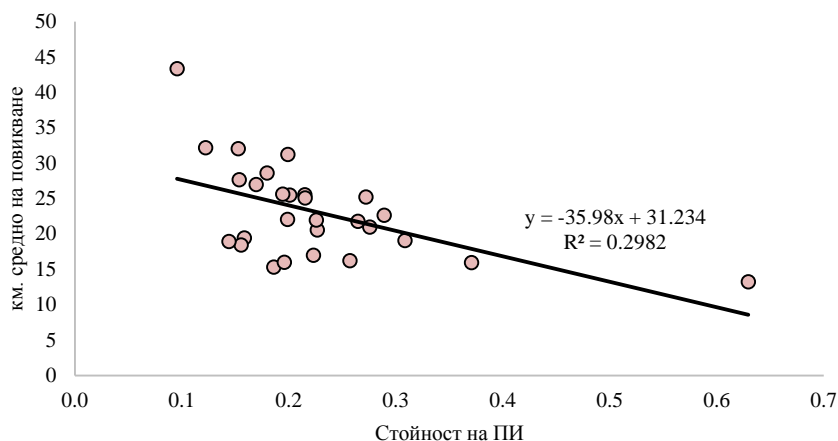
57. Разглеждайки потенциалните детерминанти на изминатото разстояние, както размерът на района (по-голяма площ, която трябва да се покрие), така и гъстотата на населението (по-голямото разстояние между жителите), имат очевидно известно влияние, като площта е с положителна корелация, а гъстотата – с отрицателна, макар никой от тези фактори да не обясняват много от общите различия, както е показано на Фигура 102 и Фигура 103, като гъстотата на населението е показана като натурален логаритъм поради високата гъстота в София град.



58. Един последен фактор, който изглежда е свързан с по-голямото разстояние на повикването, е изчислената ЕПИ (Фигура 104), макар посоката на взаимодействието да не е ясна. Повикванията на по-дълги разстояние също повлияват продължителността на периода, през който даден екип е далече от базата си, но фактът, че има средно по едно повикване на всеки четири часа подсказва,

че следва да се проучи по-задълбочено въздействието на разстоянието на повикването. За да се проучи напълно това, ще бъдат необходими данни за времето за реагиране. Не е ясно дали е запазена и актуализирана системата Глобална система на позициониране/Автоматизирано локализиране на автомобил (GPS/AVL), инсталирана в автомобилите, които са били закупени в рамките на проекта на Световната банка за реструктуриране на сектора на здравеопазването. Ако не, може би ще е полезно да се проучи придобиването и използването на такава система, тъй като оценката на този проект показва, че увеличеният мониторинг намали общия брой изминати километри с приблизително 25 процента, в т.ч. намаляване с 10 000 километра на месец в София област.

Фиг. 104. Стойност на почасовата използваемост (ПИ) срв. разстоянието на повикването, 2014 г.



59. На основата на този анализ, както и на обсъжданията по време на мисията и проучването на наличната документация, следващият раздел е посветен на общи наблюдения и заключения относно бъдещото развитие на системата на СМП в България.

## 9.5. Наблюдения

### 9.5.1. Организация и управление

60. Анализът по-горе пояснява, че има много различия в използваемостта на СМП в цяла България – на допълнително равнище и в самата болница, както и значими различия в използването на екипите, в наличните финансови ресурси и общите равнища на производителността. Макар може би някои причини за тези различия да са известни на МЗ, равнището и големината на различията обаче подсказват, че разпределението и използваемостта на ресурсите е под оптималните стойности в някои части на системата. Намаляването на неефикасностите би могло да освободи ресурси, за да се подобри услугата, предоставяна на населението. Важна констатация е, че процентът спешни пациенти (както от СО, така и от ЦСМП), приети в болница, е значително по-висок в сравнение с други страни.

61. Необходимо е повече внимание относно степента, до която Дирекцията „Спешна медицинска помощ“ в МЗ упражнява ефективен контрол върху регионалните ЦСМП. Макар данните за дейността на ЦСМП и ФЦСМП да са налични в електронна таблица, очевидно са необходими по-формални управленски информационни системи (вж. също раздела за информационните системи по-долу). Концепцията включва предложението да се създаде национален координационен център, което се радва на пълна подкрепа. В това отношение МЗ може евентуално да се запознае с подхода, използван в Хърватия, където са създадени националният Хърватски институт за спешна медицинска помощ (СИЕМС), както и областни институти, всички с ясно дефинирани отговорности и механизми на подчинение.

62. Важен аспект на функционирането на СИЕМС в Хърватия е разработването и мониторингът на съответните политики и стандарти. На основата на разгледаната в този доклад документация изглежда, че е необходимо да се работи още по тези политики и стандарти в България. Наредба № 45 е зле организирана и трудна за тълкуване. Може би по-важно е, ако стандартите за персонала са индикация, че това не се спазва при осъществяването на СМП. Действащите стандарти следва да се преразгледат и актуализират, където е уместно. Например обсъждането на последиците за производителността на използването на стандарта за София град (стр. 27, параграф 45) подсказва, че може да е необходимо да се приложат допълнителни критерии за определяне на стандартния брой екипи. Тези стандарти, особено от гледна точка на броя екипи и други служители (напр. диспечери), ще бъде от критично значение за по-нататъшното развитие на СМП.

63. От Концепцията за СМП става ясно, че капацитетът за лечение и наблюдение на равнище ФЦСМП само ще бъде (повторно) развит в онези центрове, където няма болница със СО (наричани по-късно жизнено важни ФЦСМП). Ако това бъде потвърдено, ще бъде подходящ подход за предоставяне на услуги за райони, в които няма непосредствен достъп до услуги в болнични СО. Такъв подход обаче има въздействие върху повторното развитие на ФЦСМП в онези градски центрове, в които има болници със СО, тъй като повторно развитите ФЦСМП няма вече да се нуждаят от възможности за лечение и наблюдение, при което размерът и планът на ФЦСМП също биха могли да бъдат преработени, за да станат просто помещения за екипите на линейки, за оборудването и автомобилите.

64. Стана ясно от посещения на различни обекти и от проучване на Концепцията за СМП, че са необходими големи инвестиции в автомобили и оборудване, тъй като дори най-новите линейки са на възраст 6–8 години и са изминали повече от 100 000 км. Макар да няма твърдо установени стандарти за подмяна на линейките, практическото правило е автомобилите да се подменят след около 150 000 – 200 000 км. С пробег от 15 милиона километра на година това обуславя необходимостта да се подменят средно по 75–100 линейки на година, което се равнява на 11–15 процента от наличните линейки.

65. Подобни инвестиции са необходими в жизнено важни ФЦСМП и болнични спешни отделения, за да се гарантира, че всички те отговарят на минимален стандарт. Освен това по време на посещенията на място беше забелязано, че никой от ФЦСМП нямаше гаражи за линейките си. Това може да се разгледа по време на процес на повторно развитие, тъй като той предлага редица потенциални подобрения в оперативната готовност на линейките, особено в места с чест и изобилен снеговалеж.

66. Концепцията за СМП предвижда значително повторно развитие на физическите структури на ЦСМП и също предлага варианта „функционален съюз ‘под един покрив’ [за] ... здравни и

социални услуги ...”, в т.ч. ОПЛ (на мястото на някои жизнено важни ФЦСМП). В допълнение към подкрепата за по-доброто интегриране на услугите тази предложена мярка може да улесни и някои от описаните по-долу промени във финансирането и в по-широк план да подобри предоставянето на услуги на пациентите. Например, ако няколко ОПЛ могат да използват (обновените) структури на ФЦСМП като „кабинети за след работно време”, това би могло да реши редица проблеми, като напр. необходимостта да се осигуряват служители за тези структури денонощно и всеки ден (24/7) с персонал на МЗ. За това обаче може би ще е необходимо да се промени местоположението на много ФЦСМП, тъй като сегашната им конфигурация и местоположение може да не се окажат подходящи за подобна многофункционална схема. Това на свой ред може да има едновременно въздействие върху обновяването/строителството и последващите оперативни разходи, тъй като много съществуващи помещения, изглежда, са взети под наем от болниците или общините на символичен наем. От друга страна, наличието на други наематели на помещенията би могло да помогне за покриване на подобни допълнителни разходи. Разходите и потенциалните приходи от този явво следва да бъдат проучени напълно и да бъдат включени в произтичащия от това план за действие и бюджет. Все пак необходими са допълнителни проучвания.

67. Към предложението да се включи използването на авиомедицинска евакуация и транспорт следва да се подходи предпазливо и с пълно оценяване на разходите, тъй като това бързо може да се превърне в значимо елемент от разходите. Може да се предприемат различни подходи на договориране, за да се запази контролът върху разходите и да се сведат до минимум цените, като се елиминира част от риска, свързан с договорените доставчици на летателни средства. Това би могло да включва реимбурсиране на основата както на фиксирани, така и на променливи компоненти на разходите (което ще гарантира на операторите, че фиксираните им разходи ще бъдат покрити, като по този начин им се дава възможност да намалят своята „рискова премия”) и им се предоставят гаранции под формата на брой полети, които ще им бъдат реимбурсирани. Ако гарантираният брой полети е под очаквания брой, ще има минимален отрицателен риск за МЗ, което отново ще допринесе за намаляване на рисковата премия.

68. Трябва да се разработят и подходящи оперативни параметри за летателни средства с фиксирани крила и хеликоптери на основата на съображения за относителни разходи и timing/ефективност. Препоръчва се да се запази експертният съвет в по-нататъшния анализ на това и да се разработи подробен план за действие и бюджет. Анализ, разработен от Банката преди известно време за Саудитска Арабия показва, че за населението ѝ от 25,9 милиона по това време ще бъдат необходими между 14 и 22 въздушни линейки – в зависимост от използваните критерии за диспечерските задачи на тези линейки. Пропорционално това би означавало четири до шест звена за България.

#### **9.5.2. Човешки ресурси и обучение**

69. Анализът на разпределението на човешките ресурси показва, че има значителни регионални различия в разпределението на екипите в страната и това не се обяснява добре с обема предоставени услуги. Освен това има значими регионални разлики в производителността на наличните екипи, като общото равнище на производителността е сравнително ниско, особено за работата на линейките. По-доброто съответствие на разпределението на екипите със заявените стандарти би допринесло за увеличение на общото равнище на производителността, макар – както беше отбелязано – това следва да се направи предпазливо. Например увеличаването на броя екипи за София град до равнището, посочено според стандарта, може да доведе до намаляване на

равнището на производителността до равнища под средните. Това подсказва, че може би е необходимо актуализиране и на самите стандарти.

70. Понастоящем има 6380 медицински професионалисти, в т.ч. 1457 лекари, 2652 парамедицински служители (в т.ч. медицински сестри) и 2271 шофьори. В Концепцията за СМП се посочва, че една четвърт от тези хора са на възраст над 55 години, а само 8 процента са на възраст под 35 години. Ясно е, че това представлява голямо предизвикателство за бъдещото определяне на персонала в системата на СМП. Макар в Концепцията за СМП да няма пълна яснота по този въпрос, екипът беше информиран за очакванията в средносрочен до дългосрочен план по-голямата част от доболничната помощ да се предоставя от специално обучени парамедици, като лекари се използват за общи медицински указания, както и за определянето на персонала на стационарните и „реанимационните“ звена.

71. Един ключов проблем, който следва да се обмисли с оглед бъдещата работа, е продължителността на обучението, което ще се осигури за тези кадри „парамедици“, като се обсъждаше продължителност в диапазон от една до три години, което отразява международните норми за парамедици с различни квалификации. Предвид непосредствената необходимост и икономическата ефективност на използването на такъв персонал (заплатите на лекарите са с до две трети по-високи от заплатите на парамедиците), изглежда уместно за парамедик на „работно равнище“ да се предвиди около една година обучение, което се равнява на средното равнище спешен медицински техник (EMT-I) в Съединените щати.

72. С течение на времето част от тези парамедици биха могли да се квалифицират до по-високо равнище парамедик (квалифицирана животоподдържаща помощ), което ще им позволи да поемат голяма част от реанимационните дейности, които сега се извършват от лекари. Това обучение ще отнеме още една или две години и ще се осъществява с наличните кадри парамедици на средно равнище. По този начин по-високото равнище парамедици вече ще са придобили ценен практически опит и ще са в състояние да имат дори повече полза от допълнителното обучение. Този подход отчита бързото застаряване на съществуващите лекарски кадри, ограничената привлекателност на полевата работа за лекарите и растящите различия в разходите между лекари и парамедици. С нарастването на броя на парамедиците останалите лекари ще продължат своя ценен принос в диспечерските центрове на ФЦСМП, звената за лечение и наблюдение на ФЦСМП и реанимационните автомобилите.

73. Акцентът върху обучението като инвестиция, необходимостта от непрекъснато медицинско образование – в т.ч. разработването на необходимата учебна програма и системи за мониторинг – и текущата оценка за квалификацията и уменията са важни елементи на една съвременна СМП и се радват на пълна подкрепа.

### **9.5.3. Финансиране на спешния пакет**

74. Представеният по-горе анализ подсказва съществуването на критична необходимост да се реши въпросът със системата на финансиране както за ЦСМП, така и за комплексно предоставяне на болнична спешна медицинска помощ, при която са ясно дефинирани обхватът и финансирането за „спешния пакет услуги“. По-специално следва да се обърне внимание да се намалят съществуващите стимули за отделни категории доставчици да прехвърлят грижите за някои пациенти на други (напр. ОПЛ на спешната медицинска помощ, спешната медицинска помощ на болниците).

75. Например сегашната система за финансиране доболничната и извънболничната помощ в рамките на структурите на ЦСМП не разпределя достатъчни ресурси за поддръжката и подобряването на капиталовите активи. Това се вижда от факта, че много от линейките, доставени по проект на Световната банка, който приключи през декември 2001 г., все още се използват. Част от медицинското оборудване, закупено по цитирания проект, също все още се използват. Изключение в историческите данни за последните години е 2014 г., когато около 3,6 милиона лв. (3,4 процента от бюджета) са били отпуснати за закупуване на основни активи.

76. В анализа също се посочва, че частта от общия бюджет за ЦСМП, предназначена за разходи за персонала, е доста висока по отношение на международни сравнения, особено като се има предвид, че средните заплати в България са твърде ниски в сравнение с други страни, а много несвързани със заплатите разходи (като напр. лекарства, медицински стоки и гориво) се закупуват на международни цени. Би било разумно да се направи анализ на разходите и бюджетите на „нулева основа“, за да се осигури подходящо равнище на финансиране за реформираната система на СМП.

77. На равнище болница сегашната финансова практика води до неефикасности и неподходящи стимули. Например финансовият анализ по-горе подсказва, че има непряка субсидия от болниците към МЗ от 25 милиона лв. или повече по отношение на неприети пациенти от СО. По този начин на свой ред се упражнява натиск върху болниците да приемат пациенти и да търсят реимбурсиране от НЗОК като начин да се покрият някои от тези разходи. съответно необходимо е да се включват всички посещения в СО в ПСП, независимо от това дали пациентът е бил хоспитализиран след посещението в СО. Всички СО следва да възприемат някаква система за отчитане на тежестта на състоянието на пациента (съществуват няколко такива системи), а реимбурсирането от МЗ следва да се степенува на основата на сериозността на съответния случай, а не просто с единна ставка за всички случаи. Необходимо е отчитането да подлежи на независим одит, за да се предотвратят „игри“.

78. Понастоящем макар разходите за пациент, приет чрез СО за определена КП да са може би много по-високи, отколкото за приет по избор пациент за същото състояние, финансирането от НЗОК е същото, като не се отчитат допълнителните разходи, направени в СО и няма възможност да се изискват тези разходи от МЗ (тъй като пациентът е приет). Отделянето на СО от разходите и финансирането на стационарната помощ би следвало да осигури „равнопоставеност“ в смисъл да не трябва да се възстановяват разходите за пациенти, приети чрез СО за определена клинични пътека, от реимбурсирането чрез НЗОК. Това означава необходимост да се разработи по-реалистично определяне на разходите и равнището на реимбурсиране за СО услуги като част от общия ПСП.

79. Важен аспект ще бъде разработването (или приспособяването) и използването на ясна, подлежаща на одит система за отчитане тежестта на състоянието, за да се гарантира, че онези, които просто използват СО, за да бъдат приети по-бързо (вместо да изискват спешна помощ), да не се възползват в резултат от това и да се увеличат стимулите за СО да проучват алтернативи за приемането на пациенти. Този подход може да доведе до коригиране на тежестите на разходите за някои КП, за да се отрази фактът, че разходите за спешната медицинска помощ вече не се покриват чрез реимбурсиране от НЗОК. Това изглежда напълно в съответствие с новата политика за пакетите. Ако правителството премине към метод за финансиране на болниците, който включва ДСГ, ще трябва да се проучи по задълбочено как да се реши проблемът.

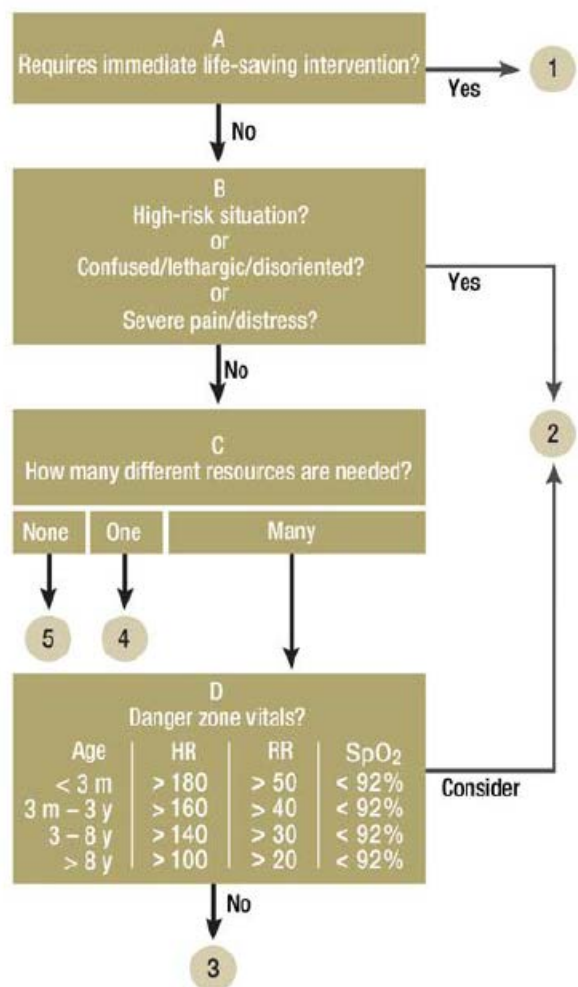
80. Предвид изискването на НЗОК ОПЛ да оказват неотложна помощ и в извънработно време, такава система за отчитане тежестта на състоянието всъщност следва да се обмисли да се използва както в болничните СО, така и в звената за лечение и наблюдение на ФЦСМП, за да се определи дали разходите за услуги, предоставени на неспешни пациенти следва правомерно да бъдат поети от капитационните бюджети на съответните ОПЛ за осигурени пациенти. За съжаление вариантите за неосигурени пациенти биха били или да се събере от тях такса за използване на системата на СМП не по спешност, или просто да се поеме разходът. По-вероятно е последното да се окаже политически приемливо.

Фигура 105: Индекс на спешната тежест

81. Повечето общи скали за сортиране се състоят от пет равнища, при които 1 е най-острото състояние, а 5 – най-лекото. Фигура 34 показва индекса на спешна тежест (ESI) (Christ et al. 2010), който е бил разработен в Съединените щати, но е използван в Германия е приспособен за приложение и във Франция. Има и други 5-степенни скали, в т.ч. Манчестърската скала за сортиране и подобни скали от Австралия и Канада. При използването на такава скала може да се заключи, че най-ниското равнище на изискване на ресурси („Никакви” в ESI) и може би дори следващото най-ниско в действителност би следвало да се лекуват в системата на първичната помощ и би следвало да се финансират от източника, който е отговорен за такава помощ (т.е. капитационните бюджети на ОПЛ от НЗОК). Разбира се, за това ще са необходими по-нататъшни обсъждания както с НЗОК, така и с БЛС, то това ще бъде необходимо, за да се очертаят границите (клинични и финансови) на ПСП.

#### 9.5.4. Комуникационни и информационни системи

82. След преминаването от спешния номер **150** към европейския стандарт **112** комуникационната и информационна система на ЦСМП загуби много от функционалността си поради липса на информационна свързаност между двете системи. Съществува и аналогова система за радиовръзка (от „Sagem” – Франция), която е технологично остаряла и в лошо физическо състояние, което може да застраши екипите и пациентите при спиране на работата на техниката. Голям проблем при прилагането на новия модел интегрирана система за спешна медицинска помощ е и липсата на комуникационна и информационна свързаност между извънболничната и стационарната част на системата. Съществува необходимост от интегриране на комуникационните системи за системата на спешната медицинска помощ. Стремешът трябва да е към добра използваемост на TETRA, тъй като тя е





настоящият европейски стандарт. Жизнено важно е да има ефективна и надеждна радио комуникация, тъй като зависимостта от мобилни телефони не е приемлива от гледна точка на сигурност и покритие. Жизнено важно е също да се осигури свързаност между системите на СМП, TETRA и системите 112, в т.ч. връзката с приемащите болници.

83. В посетените ЦСМП/ФЦСМП преди изготвянето на настоящия доклад беше забелязано, че критично важна информация, като напр. името и адресът на пациента се въвежда многократно на всяко повикване. Сегашната система 112 няма добър интерфейс с диспечерската система (която е с изключително ограничени възможности) и диспечерската система няма взаимодействие със статистическата система. Сегашната електронна национална статистическа система очевидно не се поддава на вземане на управленски решения, макар че се използва за изготвяне на графиците на екипите и за други оперативни функции. Освен това действащото законодателство и нормативна уредба изискват ръчно вписване на конкретните данни за всички повиквания, независимо дали работи статистическа система. Това означава, че значително време се губи в диспечерската и регионалната администрация и че няма критично важна информация за ефективно управление на системата в реално време (понастоящем отчетите и изготвянето на графиците се извършва един път в месеца).

84. В Концепцията за СМП правилно се изтъква необходимостта от по-добро интегриране на информацията между ЦСМП и другите части на спешната медицинска помощ и на системата на здравеопазването в общ план. Необходимо е също да се автоматизира събирането на информацията за пациента в рамките на системата на ЦСМП (напр. доклади на екипите с помощта на таблети), тъй като това е много важно за по-нататъшното клинично лечение и улеснява управлението и надзора над предоставените услуги – както в системата на линейките, така и в самите ФЦСМП.

85. Макар в Концепцията за СМП да се засягат редица от тези проблеми (и по-конкретно интерфейса между системата 112 и диспечерската система, и между болничните системи и системите на ЦСМП), други критично важни проблеми не са споменати и е необходимо да бъдат решени, за да стане по-икономически целесъобразна общата система на спешните медицински служби. Това включва необходимостта от добре функционираща диспечерска система в цяла България – в т.ч. приоритетни диспечерски подходи, където се задават систематично подбрани въпроси на обаждащите се, за да се определи по-добре видът отговор, който е необходим – и той се подава в информационна система за ефективно управление, до която има достъп в реално време с цел вземането на критично важни решения за задействането на системата и други управленски решения. Макар този проблем да е частично решен чрез неотдавна приетата здравна концепция „Цели за здраве 2020“ (МЗ 2015а), в която се включва и акцент върху електронното здравеопазване, ефективното интегриране на тези системи трябва да се отчете при общото проектиране на системата.

86. Важен елемент при предприемането на стъпки за по-добра автоматизация, както в рамките на СМП или в по-широките рамки на сектора на здравеопазването, е необходимостта да се приемат политики за допустимост на електронни записи, както и нормативна уредба за защита поверителността и личните данни на пациента. Не е ясно дали това е необходимо да се решава на равнището на нормативната уредба относно СМП, на по-широката политика на министерството и/или правителството, но трябва да се реши, тъй като има последици далече извън системата на СМП.

87. Макар да има очевидно много данни за повикванията само на линейки, количеството данни за „извънболничните“ услуги, предоставяни в ФЦСМП, е твърде минимално.

#### 9.5.5. Публично-частни партньорства

88. ПЧП се използват широко за предоставяне на спешна медицинска помощ, в т.ч. както в доболнични, така и в болнични условия. Например в Пакистан се използва ПЧП, за да се следи качеството в тази програма за спешните медицински служби. В Дания, макар районите да отговарят за услугите с линейка, те договарят извършването на тези услуги и ги възлагат на частни доставчици (най-често частната компания Falck)<sup>117</sup>. Подобни договорености съществуват и в други скандинавски страни, както и в Полша, Словакия и Испания (Lethbridge 2007), докато в Австралия Северната територия и Западна Австралия сключват договор с линейките St John, за да предоставят услуги с линейки. ПЧП се използват за предоставяне на услуги с линейки и в Индия (Gupta и Basu 2014). В Съединените щати се използват широко частни услуги с линейка, както възмездно, така и като част от ПЧП подход, където частният сектор (обикновено общините) сключва договори за тези услуги с частни доставчици, като използват ясно дефинирани стандарти.<sup>118</sup> ПЧП също се използват широко за строеж на лечебни заведения, особено в болнична обстановка. Във Филипините се използват ПЧП за модернизиране на болници и други лечебни заведения, за което са необходими значителни инвестиции (общите необходими инвестиции се изчисляват на 866 милиона щ.дол. Проектите с ПЧП са включвали модернизирането на Ортопедичния център във Филипините, както и подобряването и модернизирането на 24 болници собственост на правителството и използвани от него (ADB, UNECE и WHO 2012). Разбира се, необходимо е да се претеглят ползите от такива подходи от гледна точка на достъп до изискваната експертиза и финансиране и да се сравнят с потенциалните разходи. Стриктният анализ на тези разходи и ползи, както и добре дефинирани договори и ефективно управление на договорите са критично важните елементи.

89. Повечето ПЧП се разделят на шест вида:

- **Болници и здравни мрежи** – Подробни проекти, строителство или частично модернизиране и ремонт, медицинско оборудване.
- **Неклинични услуги** – IT оборудване и услуги, поддръжка, храна, пране, чистене, сгради и оборудване, управление.
- **Оперативно управление** – Управление на цяло лечебно заведение или мрежа от болници и/или клиници.
- **Първична помощ** - Първична помощ, обществено здраве, ваксинации, майчино и детско здраве.
- **Клинични помощни услуги** – Лабораторен анализ, диагностични изследвания, поддръжка на медицинското оборудване и други помощни услуги.
- **Специализирани клинични услуги** – Диализа, лъчетерапия, едnodневна хирургия, други специализирани услуги.

90. Концепцията за СМП изисква физическо подобряване на значителен брой помещения на ФЦСМП и ЦСМП, в т.ч. разработване на алтернативни структурни модели, като напр. съвместяване на едно място на различни здравни и социални услуги. Това е значимо логистично и финансово начинание, което би могло потенциално да отклони вниманието на ръководството на спешните медицински служби от общото управление на системата. МЗ може да опита на проучи потенциала

<sup>117</sup> <https://www.falck.com/en/services/emergency-medical-services/>

<sup>118</sup> Вж. например: Kern County EMS Department, *Ambulance Service Performance Standards*, 2007.

на използването на ПЧП в управлението на този процес на подобряване на материалната база и следващите потребности, свързани с нейното управление. Предвид констатациите относно възрастта и състоянието на автопарка МЗ може да проучи и използването на подхода на ПЧП за управлението и на автопарка си. Видът ПЧП, който би могъл да се проучи, би попаднал в първата и/или втората категория, с акцент върху строителството и управлението на сградата база/автопарка и без ангажираност в клиничните дейности на ЦСМП, тъй като МЗ посочва, че иска да запази пряката си ангажираност в тези клинични услуги.

## **9.6. Заключение и препоръки**

91. Много от следващите заключения и препоръки са свързани с необходимостта да се осигури работата на системата с максимална ефикасност и ефективност, преди правителството да предприеме реформите, предвидени в Концепцията за СМП.

92. Обявяването неотдавна на ПСП ще изисква по-внимателен анализ и интегриране на различните видове спешна услуги, за да се гарантира наличието на правилната услуга и нейното правилно клинично използване. Това предполага премахването на всякакви структурни, организационни и финансови пречки за правилното използване на системата от пациентите или от доставчиците на услугите.

93. Използването на услугите с линейки е сравнително стабилно през последните пет години, макар че те обслужват повече спешни повиквания и по-малко неотложни и транспортни повиквания. Тези тенденции са правилни. От друга страна, услугите във ФЦСМП намаляват – както в абсолютни стойности, така и на глава от населението.

94. Данните показват значителни регионални различия за всички изследвани променливи. Например, съотношението на използваемостта на глава от населението на комбинирани посещения на СО и ФЦСМП е 3,3:1 между района с най-висок обем и района с най-нисък обем, макар че има известни данни за заместване между тях, както може да се очаква. Дълбоките причини за много от разликите не са ясни от данните и макар да е необходим допълнителен анализ, доста ясно е, че има възможности за подобряване на ефикасностите и че е важно да се решат тези проблеми, преди осъществяването на концепцията за реформи.

95. Броят и честотата на спешните приеми в болници са особено тревожни, както като абсолютни стойности, така и на 1000 души население, поради което е следва да се направи по-задълбочен анализ на факторите зад това явление.

96. От гледна точка на разпределението на ресурсите по райони отново се наблюдават значими различия в броя екипи на глава от населението, както и разлики в действителния брой екипи в сравнение с числата, посочени според стандартите в Наредба № 45. Причините за това не са ясни, но има последици и за разходите, и за производителността. Това следва да се проучи допълнително и ако е необходимо, следва да се променят стандартите. Отново това следва да се извърши преди прилагането на Концепцията.

97. Данните показват значими различия в практиките, които не биха могли да бъдат разумно приписани на разликите във видовете обслужени пациенти. Това предполага необходимост от по-ясно дефиниране на насоките за клиничното практика и за по-агресивно проследяване на действителните модели на практика.

98. Прегледът на финансовите данни подсказва, че разходите за заплатите и други придобивки е много висок в сравнение с други оперативни разходи, особено като се има предвид относително ниското равнище на средните заплати в България и фактът, че много други показатели, като напр. гориво, лекарства и медицински стоки трябва да се купуват на световни цени. На основата на това се препоръчва да се предприеме анализ на разходите и бюджетите „от нула“, за да се гарантира, че реформираната система на СМП притежава необходимото равнище и структура на финансиране. Разбира се, ще бъде необходимо да се направи това след корекции в разпределението на екипи и/или на ФЦСМП.

99. Равнищата на производителността са ниски в България – в на страната като цяло и в повечето райони. Прилагането на стандартите в Наредба № 45 (на основата на един и същи обем повиквания) ще увеличи общото равнище на производителността to „средни стойности“, което все още е далече под „оптималната“. Необходимо е да се преценят тези резултати при въвеждането на каквито и да е промени в стандартите и/или в разпределението на екипите.

100. Предизвикателствата при определянето на персонала, които са присъщи на опитите да се поддържа подход, основаващ се на лекарите при определянето на персонала на линейките, заедно с предстоящите демографски проблеми във връзка с пенсионирането в близкото бъдеще на служителите, подсказва, че подходът на преминаване към модел на основата на парамедик, следва да получи приоритет. Освен това вероятно е икономически целесъобразно на де постави акцентът първоначално върху обучение на парамедици на средно равнище, което да трае около една година, като с течение на времето се премине към ограничен брой парамедици, квалифицирани за по-квалифицирани животоподдържащи дейности.

101. Необходима стратегия на финансиране за целия ПСП, която да решава конкретно посочените по-горе проблеми от гледна точка на състава на разходите и да се занимава с финансирането на спешните услуги в болниците. Анализът по-горе подсказва, че понастоящем болниците „субсидират“ ПСП с най-малко 25 милиона лв. за пациенти, които не са приети в болница, докато НЗОК субсидира допълнително ПСП за приети пациенти. Необходима е равнопоставеност с ясни параметри на финансиране, за да се гарантира, че финансовите стимули подкрепят правилното използване както на системата на спешната медицинска помощ, така и на другите части на системата на здравеопазването. Важен елемент ще бъде разработването и ефективното прилагане на система за отчитане на тежестта на състоянието. Освен това ролята на ОПЛ в процеса следва да бъде дефинирана, така че неспешните услуги в извънработно време да се „препращат обратно за заплащане“ към ОПЛ, които получават капитационно заплащане.

102. Важен елемент на всяка ефективна система на спешна медицинска помощ е изцяло функционална информационна система, която поддържа както клинични и управленски решения, така и жизнено важни комуникации между частите на системата. Макар някои от тези елементи да са засегнати в Концепцията за СМП, необходима е допълнителна работа, за да се осигури подкрепа там, където е необходимо и за да се управлява добре системата.

103. Предвид големите необходими инвестиции широката мрежа на материалната база, която следва да се рехабилитира и поддържа, както и големия парк автомобили, които следва да се подменят и управляват, може би ще е полезно да се прецени някакво ПЧП, което ще проучи необходимите експертни познания за тези специализирани неклинични функции.

104. Тези препоръки следва да помогнат да се гарантира, че съществуват съответните структури, системи, стандарти и финансиране, за да могат реформите на системата за спешна медицинска помощ да окажат максимално въздействие върху общото здраве на българите.

## Глава 10. Заключение

1. Обединяването на различни елементи на този доклад предлага предположения относно общата динамична основа на финансирането на системата на българското здравеопазване. Движещите сили на разходите — особено болниците и лекарствата — са силни и остават до голяма степен недостатъчно управлявани. България очевидно е била в състояние да поддържа известно намаляване на натиска върху разходите за обществено здравеопазване, но може би разходите са ненормално бързо растящите частни разходи, заплащани със собствени средства и намаляващата финансова защита. Възстановяването на равновесието и последващото поставяне на системата на финансиране на здравеопазването на по-добър път ще изисква енергично решаване на основните фактори на разходите. Това е още по-важно, тъй като устойчивостта на финансирането на системата на здравеопазването е неразривно свързана с перспективата на българската икономика и с приоритетите в държавния сектор. Докладите по член IV на МВФ, докладът на Световната банка за застаряването, анализът на фискалното пространство и актюерският доклад, разработен в контекста на настоящото проучване, изтъкват трудното фискално положение на България в средносрочен и дългосрочен план (МВФ, под печат).

2. Предложената от правителството програма за реформи в здравеопазването, както е очертана в “Концепцията: Цели за здраве 2020” (МЗ 2015а, с. 30-31), изтъква устойчивостта като един от приоритетите си и предлага редица мерки от приходната страна:

Устойчиво увеличение на държавното финансиране на здравеопазването като процент от БВП;

Приемане на стандарти за финансиране на здравни дейности, които са ангажимент на държавата и гарантират ефикасно и целенасочено изразходване на средствата в държавния бюджет;

Подобряване на приходната част на здравното осигуряване чрез увеличаване на събираемостта на здравноосигурителните вноски и постепенно увеличаване на изплащането на здравноосигурителните вноски за лицата, осигурявани от държавата;

Приемане на стимули за доброволно здравно осигуряване;

Използване на фондове от ИС и други международни фондове за финансиране на дейности, свързани с развитието на системата на здравеопазването;

Използване на публично–частни партньорства за финансиране на системата на здравеопазването на основата на проекти, в които принципът е общественият интерес.

3. Освен това „Концепцията” предлага да се контролира изразходването на средства чрез множество мерки, свързани със страната на търсенето и на предлагането. От страната на търсенето основният акцент е повторното дефиниране на пакета дейности. От страната на предлагането акцентът е по-добро интегриране между и заместване на извънболнична с болнична помощ, рационализиране на болниците и налагане на глобални бюджети на болниците. Отчита се още, че най-изпълнимият подход за осигуряване на устойчивост е повишаването на ефикасността на разходите в здравеопазването (МЗ 2015а, с. 30-31). На този етап обаче предложените индивидуални реформи все още не са напълно уточнени и остойностени. По-нататък, както се

твърди в Глава 7, те все още не отразяват една пълна програма за финансиране на здравеопазването. Следователно е трудно да се оцени въздействието, което реформата може да има върху устойчивостта.

4. Устойчивостта включва всички аспекти на системата на здравеопазването и отправната точка за всякакви анализи на устойчивостта е сегашното равнище на изразходване на средства. Правителството трябва да реши колко може да си позволи да изразходва за здравеопазване в контекста на всички други конкуриращи се приоритети. Очевидно ефикасността на сегашната изразходване на средства (i.e. съотношението качество-цена) е важен елемент на това изчисление. Най-общо казано, изразходването на средства зависи от броя осигурени лица, получаваните от тях ползи и колко се плаща за тези ползи. Както се отчита в плана за реформа в здравеопазването на правителството, устойчивостта ще бъде повлияна от множеството микрореформи в политиката, които обмисля. Всяка от тези реформи и взаимодействията им следва да бъдат анализирани от гледна точка на въздействието им върху здравните резултати, финансовата защита и разходите. Окончателните предложения за реформи ще трябва да се съчетаят с наличните текущи и бъдещи пакети за финансиране на здравеопазването, които се съдържат в макрофискалното програма на правителството.

5. Една ключова детерминанта на устойчивостта за българските управляващи е общото равнище на финансирането. Равнището на държавно финансиране е политическо решение и няма един единствен правилен отговор. Критичният въпрос е как посоченото по-горе предложение за реформа за „устойчиво увеличение на средствата за здравеопазване като процент от БВП“ се съчетава с бъдещите им фискални и приоритетни реалности. Ще трябва да се вземат и решения за предлагания размер на увеличението. Когато бъде направено това, реформаторите ще трябва да изменят спецификациите на множеството микрополитики или да въведат задължителни тавани на разходите, за да се осигури фискална коректност (без съмнение чрез съчетаване на двата подхода).

6. Три необходими съпътстващи фактора, за да се осигури постигане на целта на правителството за устойчивостта, са да се анализират въздействията на разходите и функционирането на всяка от политиките; събиране на окончателен пакет политики, които водят до интегрирана и холистична програма на реформата; и развитие на информационните системи за управление на здравеопазването, за да се осъществяват, управляват, следят и оценяват реформите. От критично значение за това усилие ще бъдат епидемиологичните, актюерските и икономическите модели за определяне на разходите, и използването на микроданни от проучванията и от информацията на НЗОК за исковете. Жизнено важно е да се въведе ИСУЗ, за да се приложи, оцени и позволи коригиране в средата на процеса.

7. Надеждата е, че изходните данни за политиката на финансиране на здравеопазването, както и потенциалните спешни медицински служби, фармацевтичните средства, плащанията, ИСУЗ и общи избори, свързани с финансирането на здравеопазването, ще предостави полезна информация за процеса на реформите. За да се осигури обаче холистично лечение на всички тези комплексни и взаимосвързани проблеми, ще бъде важно за правителството да разполага с добре структуриран процес на реформата.

## 10.1. Следващи стъпки за разработване на конкретни варианти на реформата

8. Правителството е представило обща програма за реформа в здравеопазването и работи по детайлите. До този момент не са напълно разработени подробни предложения за решаване на

много от повдигнатите тук ключови проблеми на финансирането на здравеопазването, особено във връзка с финансовата защита, ефикасното закупуване и осигуряването на финансова устойчивост.

9. Основната загриженост е правителството да разработи процес на реформи, който разглежда комплексно всички основни интерактивни проблеми в здравеопазването и позволява на управляващите да изберат варианти на реформа на основата на разходи, доказателства и извлечени поуки от световните практики. Например, относително просто е за се контролират разходите та НЗОК като се контролира пригодността, предоставените дейности и начините на заплащане на доставчиците. Но дяволът е в подробностите и правителството ще трябва да живее с последиците на такива избори. Затова яко се въведат стриктни бюджети, ще може да се контролират разходите на НЗОК, но на бенефициентите може да се откаже достъп до услугите, или доставчиците може да направят компромис с качеството. В по-дългосрочен план разходите може да са дори по-високи, тъй като медицински състояния на отделни лица може да се са лекувани и да се влошат. Финансовата защита също ще бъде допълнително компрометирана.

10. Много правителства, които преследват активна и комплексна програма за реформа в здравеопазването вземат своя опитен модел на реформата и след това създават работна група за реформа в здравеопазването, която е подчинена на най-висши фигури в правителството (както напр. в Съединените щати, Индонезия и Косово). Работна група разработва, анализира и определя разходите за различните варианти на реформата в интерактивните сфери на реформата; разработва преходните стъпки; след това на най-високо равнище (министър-председател, Министерски съвет и пр.) се вземат ключовите решения относно политиката, които се основават на този структуриран и основан на доказателства процес.

11. България е възложила на много малка група служители, предимно от МЗ, да координират процеса на реформата. Един предложен подход е да се разшири групата, за да представя всички основни заинтересовани лица и с различни квалификации, съпредседателствана от Министъра на здравеопазването и на НЗОК, да докладва на Министерския съвет и/или на министър-председателя. Работната група би могла да се състои от групи например по проблемите на набиране на приходи и на устойчивостта, административната и оперативна реформа в НЗОК, дефинирането и определянето на разходите на повторно дефинирания пакет дейности, реформи в заплащането на доставчиците, програми за обществено здраве, спешна помощ, фармацевтични политики, информационни системи и рационализиране на системите на доставките. Трябва да разполага с ангажирани служители и бюджет. Предвид обстоятелството, че реформата в здравеопазването е дългосрочно начинание, което може да претърпи множество повторения — и няколко правителства — от решаващо значение е работната група да бъде защитена от политически промени. Би било особено важно тези различни работни групи да включат икономически анализи в работата си. Следва да се обмисли да се поиска подкрепа от ЕС за финансиране на този процес.



## Литература

- ADB, UNECE, and WHO. 2012. "A Preliminary Reflection on the Best Practice in PPP in Healthcare Sector: A Review of Different PPP Case Studies and Experiences." Discussion Paper prepared for the conference, "PPPs in Health Manila 2012: Developing Models, Ensuring Sustainability: Perspectives from Asia and Europe."
- American Academy of Actuaries. 2012. "Actuarial Soundness." Washington, DC. May.
- Andre, G. and I. Semerdjiev. 2010. "Pharmaceutical Health Information System (PHIS) Pharma Profile." Bulgaria 2010. [https://phis.goeg.at/downloads/library/PHIS\\_Pharma\\_Profile\\_Bulgaria\\_Oct2010.pdf](https://phis.goeg.at/downloads/library/PHIS_Pharma_Profile_Bulgaria_Oct2010.pdf)
- Appleby, J., T. Harrison, L. Hawkins, and A. Dixon. 2014. "Payment by Results: How Can Payment Systems Help Deliver Better Care?" London: King's Fund.
- Arrow, K. J. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care." *Am Econ Rev* 53: 941-73.
- Astolofi, R., L. Lorenzoni, and J. Oderkirk. 2012. "A Comparative Analysis of Health Forecasting Models." *OECD Health Working Papers* No. 59. OECD. Paris.
- Atanasova, E., M. Pavlova, E. Moutafova, B. Rechel, and W. Groot. 2013. "Informal Payments for Health Services: The Experience of Bulgaria after 10 Years of Formal Co-Payments." *The European Journal of Public Health* ckt165.
- Barros, P.P. R. Cristovão, and P.A. Gomes. 2013. "Portugal." Chapter 13 in Siciliani, L., M. Borowitz, and V. Moran (eds.) "Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?" *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>
- Bitran, R., and G. C. Urcullo. 2008. "Chile: Good Practice in Expanding Health Care Coverage—Lessons from Reforms." In *Good Practice in Health Financing: Lessons from Reforms*, edited by P. Gottret, G. Schieber, and H. Waters. Washington, DC: World Bank.
- Bloom, D. E., D. Canning, and M. Weston. 2005. "The Value of Vaccination." *World Economics* 6 (3): 15–39.
- Bousquet, F., R. Bisiaux, and Y. Chi. 2014. "France: Payment for Public Health Objectives." In *Paying for Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability*, edited by C. Cashin, Y-Ling Chi, P. Smith, M. Borowitz, and S. Thomson. Open University Press.
- Brock, D. 2003. "Ethical Issues in the Use of Cost Effectiveness Analysis for the Prioritization of Health Care Resources." In *Bioethics: A Philosophical Overview*, edited by G. Khushf, and T. Englehardt. Dordrecht: Kluwer Publishers. Also in D. Brock. 2004. *Handbook of Bioethics: Taking Stock of the Field from a Philosophical Perspective*. Norwell: Kluwer Academic Publishers.
- Brunner, G., P. Gottret, B. Hansl, et al. 2012. "Private Voluntary Health Insurance: Consumer Protection and Prudential Regulation." Washington, DC: World Bank.
- Busse, R. 2013. "Defining and Managing the Benefit Package for Universal Health Coverage: Guiding Principles and Examples from EU Countries." Accessed at "[https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2013.lectures/Washington\\_2013.11.13.rb\\_BenefitPackageUHI.pdf](https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2013.lectures/Washington_2013.11.13.rb_BenefitPackageUHI.pdf)" on May 8, 2015.
- Busse, R., A. Geissler, W. Quentin, and M. Wiley. 2011. *Diagnostic-related Groups in Europe: Moving towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. Maidenhead: United Kingdom: Open University Press.
- , 2015.

- Busse, R., and J. Stahl. 2014. "Integrated Care Experiences and Outcomes in Germany, the Netherlands, and England." *Health Affairs* Sept. 33 (9): 1549–58.
- Calltorp, J. 1999. "Priority Setting in Health Policy in Sweden and a Comparison with Norway." *Health Policy* 50 (1): 1–22.
- Cangiano, M., T. Curristine, and M. Lazare. eds. 2013. *Public Financial Management and its Emerging Architecture*. International Monetary Fund.
- Carone, G., C. Schwierz, and A. Xavier. 2012. "Cost-Containment Policies in Public Pharmaceutical Spending in the EU." European Commission (Directorate General for Economic and Financial Affairs).
- Cashin, C., Y-Ling Chi, P. Smith, M. Borowitz, and S. Thompson (eds.) 2014. *"Paying for Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability."* Open University Press.
- Cashin, C., Y. Samyshkin, S. O'Dougherty, et al. 2005. "Case-Based Hospital Payment Systems: A Step by Step Guide for Design and Implementation in Low-and Middle Income Countries." Zdrav Reform Project, USAID Abt Associates Inc.
- Center for Corruption and Organised Crime Prevention, Bulgarian Council of Ministers. 2014. "Analysis of Drug Policy in the Republic of Bulgaria in Order to Prepare Proposals Against Corruption Practices." <http://borkor.government.bg/bg/page/462>.
- Chalkidou, K., S. Tunis, R. Lopert, L. Rochaix, P. T. Sawicki, M. Nasser, and B. Xerri. 2009. "Comparative Effectiveness Research and Evidence-Based Health Policy: Experience from Four Countries." *Milbank Quarterly* 87 (2): 339–67.
- Christ, M., F. Grossmann, D. Winter, R. Bingisser, and E. Platz. 2010. "Modern Triage in the Emergency Department." *Dtsch Arztebl Int* 107 (50): 892–8. doi: 10.3238/arztebl.2010.0892.
- Cichon, M. et al. 1999. *Modelling in Health Care Finance: A Compendium of Quantitative Techniques for Health Care Financing*. Geneva: International Labour Office.
- Clements, B., D. Coady, et al. 2010. "Macro-Fiscal Implications of Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies." Policy paper. IMF.
- Clements, B., S. Gupta, and B. Shang. 2014. "Bill of Health." *Finance and Development*, IMF, December.
- Coady, D., M. Francese, and B. Shang. 2014. "The Efficiency Imperative." *Finance and Development*, IMF, December.
- Coen, D., and M. Thatcher. 2005. "The New Governance of Markets and Non-Majoritarian Regulators." *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions* 18 (3): 329–46.
- Colombo, F. and N. Tapay. 2004. "Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems." OECD Health Working Papers No. 15. OECD Publishing, Paris.
- Cotlear, D., S. Nagpal, O. Smith, A. Tandon, and R. Cortez. Forthcoming. *"Going Universal: How 24 Countries Are Implementing Universal Health Coverage Reforms From The Bottom Up."* Washington, DC: World Bank.
- Cour des Comptes. 2014. "Rapport sur les relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les professions libérales de santé." Published July 15. <http://www.ccomptes.fr/Actualites/A-la-une/Les-relations-conventionnelles-entre-l-assurance-maladie-et-les-professions-liberales-de-sante>.
- Credes. 2009. "Hospital Master Plan and Specific Regional Implementation Plans." Prepared for the Ministry of Health of Bulgaria.
- Curry, N., N. Goodwin, C. Naylor, R. Robertson. 2008. "Practice-based Commissioning Reinvigorate, Replace or Abandon?" United Kingdom: The King's Fund.
- Daniels, N. 2008. *Just Health: Meeting Needs Fairly*. New York: Cambridge University Press.

- de Lagasnerie, G., V. Paris, M. Mueller, and A. Kumar. 2015. "Tapering Payments in Hospitals: Experiences in OECD Countries." OECD Health Working Papers No. 78, OECD Publishing, Paris. doi: <http://dx.doi.org/10.1787/5js4h5rlkxxr-en>.
- Dimakou, S., D. Parkin, N. Devlin, J. Appleby. 2009. "Identifying the Impact of Government Targets on Waiting Times in the NHS." *Health Care Management Science* 12: 1–10.
- Dimova, A., M. Popov, and M. Rohova. 2008. "Health-care reform in Bulgaria: Analysis." Sofia. Open Society Institute.
- Dimova, A., M. Rohova, E. Moutafova, E. Atanasova, S. Koeva, D. Panteli, and E. van Ginneken. 2012. "Health Systems in Transition: Bulgaria." *Health* 14 (3).
- Dolan, P., R. Shaw, P. Smith, A. Tsuchiya, and A. Williams. 2000. "To Maximize Health or to Reduce Inequalities in Health? Toward a Social Welfare Function Based on Stated Preference Data." UK: University of York, Center for Health Economics.
- Eurostat. 2014. "Taxation Trends in the European Union. Data for the EU Member States, Iceland, and Norway." Taxation and Customs Union, Office of the European Union: Luxembourg.
- Fainstein, M. 2014. "Fact Sheet: Community Rating and Private Health Insurance." *Manager Premiums Research*, June 25.
- Fan, V., A. Deokhee Yi, M. Sutton, M. Chalkley, J. Sussex and A. Scott. 2009. "Has Payment by Results Affected the Way that English Hospitals Provide Care." *British Medical Journal* 339: b3047.
- Farrar, S., D. Yi, M. Sutton, et al. 2009. "Has Payment by Results Affected the Way that English Hospitals Provide Care? Difference-in-differences Analysis." *British Medical Journal* 339:1–8.
- Fiebig, D. G., E. J. Savage, and R. C. Viney. 2006. "Does the Reason for Buying Health Insurance Influence Behaviour?" CHERE Working Paper No. 2006/1, CHERE, University of Technology Sydney, Australia.
- Figueras J., R. Robinson, and E. Jakubowski. eds. 2005. "Purchasing to Improve Health Systems." European Observatory on Health Systems, Maidenhead, United Kingdom: Open University Press.
- Flinders, M. 2008. "Delegated Governance and the British State: Walking without Order." Oxford Scholarship Online.
- Gillingham, R. 2014. "Fiscal Policy for Health Policy Makers." Washington, DC: World Bank.
- Golinowska, S., E. Kocot, and A. Sewa. 2007. "Health Expenditure Scenarios in the New Member States." Enepri research report no. 43. December.
- Gonzalez-Pier, E., C. Gutiérrez-Delgado, G. Stevens, M. Barraza-Lloréns, R. Porrás-Condey, N. Carvalho et al. 2006. "Priority Setting for Health Interventions in Mexico's System of Social Protection in Health." *The Lancet* 368 (9547): 1608–18.
- Gottret, P., and S. Schieber. 2006. "Health Financing Revisited." Washington, DC: World Bank.
- Grabowski, P., H. Buchan, C. Del Mar, J. Doust, M. Harris, R. Knight, A. Scott, A. Scott, A. Stockwell. 2012. "When Financial Incentives do More Good Than Harm: A Checklist." *British Medical Journal* 345: e5047.
- Greß, S. 2011. "Private Health Insurance in Germany." Presentation at "Workshop on Voluntary Health Insurance," Moscow, Russia. June.
- Grigoli, F. and J. Kapsoli. 2013. "Waste Not, Want Not: The Efficiency of Health Expenditure in Emerging and Developing Economies," IMF Working Papers 13/187.
- Gupta, R., and S. Basu. 2014. "Ziqitza Healthcare Limited: Challenge of Scaling up Emergency Medical Services (EMS) in India using Public-Private Partnership (PPP) Mode." *Asian Journal of Management Cases* 11(1) 5–21, Lahore University of Management Sciences, SAGE Publications, New Delhi.

- Guttman, A., M. J. Schull, M. J. Vermeulen, and T. A. Stukel. 2011. "Association Between Waiting Times and Short-term Mortality and Hospital Admission After Departure from Emergency Department: Population-based Cohort Study" from Ontario, Canada. *British Medical Journal* 342: d2983.
- Habicht, T., C. Cashin, Y. Chi, P. Smith, M. Borowitz, and S. Thomson (eds). 2014. "Estonia: Primary Health Care Quality Bonus System in Paying for Performance in Health Care. Implications for Health System Performance and Accountability." Open University Press.
- Hadorn, D.C. 1991. "Setting Health Care Priorities in Oregon." *Journal of the American Medical Association* 265(17): 2218-2225.
- Hauck, K., P. C. Smith, and M. Goddard. 2005. "What to Buy? Revisiting Priority Setting in Health Care." *Spending Wisely*.
- Health Consumer Powerhouse. 2013. *Euro Health Consumer Index 2013*.  
<http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>
- Health Insurance Act; Publication—State Gazette No. 70/19.06.1998; Last Amendment—SG No. 18/04.03.2014
- Heller, P. 2006. "The Prospects of creating 'Fiscal Space' for the health sector." *Health Policy and Planning* Vol. 21, No.2 (January).
- Hirvonen, J. 2007. "Effect of Waiting Time on Health Outcomes and Service Utilization. A Prospective Randomized Study on Patients Admitted to Hospital for Hip or Knee Replacement." *Research Report* No. 170, STAKES, Helsinki.
- Hoogeboom, T., van den Ende CH., G. van der Sluis, J. Elings, J.J. Dronkers, A.B. Aiken, and N.L. van Meeteren. 2009. "The Impact of Waiting for Total Joint Replacement on Pain and Functional Status: A Systematic Review." *Osteoarthritis and Cartilage* Vol. 17, pp. 1420-1427.
- IADB (Inter-American Development Bank). 2014. "Health Benefit Plans in Latin America: A regional comparison."
- IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). 2014. "Global Burden of Disease Profile: Bulgaria." , 2015.
- IMF (International Monetary Fund). 2014. *Bulgaria: Selected Issues Paper*, Country Report No. 14/24. [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/eu/forecasts/2014\\_autumn/bg\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/eu/forecasts/2014_autumn/bg_en.pdf). Washington, DC.
- IMF. Forthcoming. "*Bulgaria Staff Report for the 2015 Article IV Consultation*." Washington, DC.
- IOM (Institute of Medicine). 2012. "*Essential Health Benefits: Balancing Coverage and Cost*." Washington, DC: The National Academies Press.
- J.R. Henry Consulting Inc. 2011. Calculating Your EMS Service's "Average Cost of Service and Unit Hour Analysis." Pittsburg, United States.
- Jeon, B., and S. Kwon. 2013. "Effect of Private Health Insurance on Health Care Utilization in a Universal Public Insurance System: A Case of South Korea." *Health Policy* 113: 69– 76.
- Jones, A., X. Koolman, and E. van Doorslaer. 2006. "The Impact of Having Supplementary Private Health Insurance on the Use of Specialists." *Annales d'Economie et de Statistique* No. 83/84.
- , N., and . 2008. "." 16 (2):145-160.
- Kristensen, F. B. 2012. Presentation: "Different Models of HTA in Europe," Policy Seminar on Health Technology Assessment, Ankara, September 19.
- Kutzin, J. 2001. "A Descriptive Framework for Country-level Analysis of Health Care Financing Arrangements." *Health Policy*, Vol. 56, issue 3, pp. 171-204.

- Kutzin, J., C. Cashin, and M. Jakab (eds.). 2010. *Implementing Health Financing Reform: lessons from Countries in Transition.* Copenhagen: World Health Organization.
- Lakin, J., and N. Daniels. 2007. "The Quest for Fairness: A case study of the evolution of Mexico's Catastrophic Insurance Fund." [http://www.hsph.harvard.edu/benchmark/ndaniels/pdf/Case\\_Study\\_Mexico\\_041407.pdf](http://www.hsph.harvard.edu/benchmark/ndaniels/pdf/Case_Study_Mexico_041407.pdf)
- Lakwijk, F., B. Garcia, and A. Weber. 2014. "Bulgaria: Selected Issues Paper." IMF Country Report 14/24. Washington, DC: IMF. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2014/cr1424.pdf>
- Landwehr, C., and K. Bohm. 2011. Delegation and Institutional Design in Health-Care Rationing. *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions* 24(4), 665-688.
- Langenbrunner, J., and R. Sotomayor. 2014. "Payment and Contracting Models for Improved Integration of Care World Bank Policy Brief." World Bank, unpublished.
- Langhelle, A., H.M. Lossius, T. Silfvast, H.M. Bjornsson, F.K. Lippert, and A. Ersson. 2004. "International Ems Systems: The Nordic Countries." *Resuscitation* 61:9-21.
- Le Grand, J., N. Mays, and J. Mulligan. 1998. *Learning from the NHS Internal Market: A Review of The Evidence.* London: King's Fund.
- Lethbridge, J. 2007. "Privatisation of Ambulance, Emergency and Firefighting Services in Europe—A Growing Threat?" University of Greenwich.
- Lu, M., and E. J. Savage. 2006. "Do Financial Incentives for Supplementary Private Health Insurance Reduce Pressure on the Public System? Evidence from Australia." CHERE Working Paper No. 2006/11, CHERE, University of Technology Sydney, Australia.
- Maarse, H. 2012. "Complementary Health Insurance in the Netherlands." Presentation at Policy Seminar on Health Technology Assessment and Complementary Health Insurance. Ankara, Turkey. September.
- Maeda, A., et al. 2014. Universal Coverage for Inclusive and Sustainable Development. Washington, DC: World Bank.
- Mareno-Serra, R., et al. 2013. "Measuring and Comparing Financial Protection" in Irene Pananicolos and Peter Smith, eds., *Health System Performance Comparison.* World Health Organization as the Secretariat for The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Martin, S., P.C. Smith, M. Dusheiko, and H. Gravelle. 2010. "Do Improvements in Primary Care Reduce Secondary Care Costs?" London: The Health Foundation.
- McDonald, R., S. Zaidi S. Todd, F. Konteh, K. Hussain, J. Roe, T. Allen, E. Fichera and M. Sutton. 2012. "A Qualitative and Quantitative Evaluation of the Introduction of Best Practice Tariffs." An evaluation report commissioned by the Department of Health. University of Nottingham.
- McDonald, R., S. Zaidi S. Todd, F. Konteh, K. Hussain, S. Brown S.R. Kristensen and M. Sutton. 2013. "Evaluation of the Commissioning for Quality and Innovation Framework Final Report." University of Nottingham.
- Medicinal Products in Human Medicine Act. 2007. [http://en.bda.bg/images/stories/documents/legal\\_acts/ZLPHM\\_en.pdf](http://en.bda.bg/images/stories/documents/legal_acts/ZLPHM_en.pdf)
- Ministry of Foreign Affairs, Denmark. 2014. *Pharmaceutical and Healthcare Sector, Bulgaria, 2014.* [http://bulgarien.um.dk/da/~media/Bulgarien/Documents/Pharmaceutics%20and%20Healthcare\\_2014.pdf](http://bulgarien.um.dk/da/~media/Bulgarien/Documents/Pharmaceutics%20and%20Healthcare_2014.pdf)



- MOH (Ministry of Health). 2013. "Report on the Level of Implementation of Approved Policies and Programmes of the Ministry of Health to 31.12.2013." Report by Dr. Tanya Andreeva, Minister of Health. Partial English translation.
- . 2014. "Concept for the Development of the Emergency Medical Care System in the Republic of Bulgaria 2014–2020." Sofia.
- . 2015a. "Concept Note: Health 2020 Goals." Sofia.
- . 2015b. [English translation] The Reform in the Health Care System. Reform through Goals. Bulgarian version: <http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=535&home=true> on May 8, 2015.
- Mohanan, M. 2009. "Health *Financing Projection Tools*." Duke University.
- National Drug Agency. 2014. Draft Concept Paper on Bulgarian National Drug Policy—"КОНЦЕПЦИЯ ЗА ЛЕКАРСТВЕНА ПОЛИТИКА."
- National Health Accounts. 2011. [http://www.ncpr.bg/images/News/Tariff%20on%20the%20fees\\_exerpt\\_GS.pdf](http://www.ncpr.bg/images/News/Tariff%20on%20the%20fees_exerpt_GS.pdf)
- National Statistics Office. 2014. *Health Care 2014*. Sofia.
- NRA (National Revenue Agency). 2013. "Analysis of Persons Lacking Health Insurance"
- NHIF (National Health Insurance Fund). 2014. "Decision-making and changes in the regulations and their impact on the activities and stability of NHIF." Sofia.
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence). 2013. *Guide to the methods of technology appraisal*. <http://publications.nice.org.uk/pmg9>
- Oliver, A. 2015. "Incentivising improvements in health care delivery." *Health Economics Policy and Law* available on CJO2015. doi:10.1017/S1744133114000504.
- Onder, H., P. Pestieau, and E. (2014. "Macroeconomic and Fiscal Implications of Population Aging in Bulgaria." Policy Research Working Paper 6774. Poverty Reduction and Economic Management Network. World Bank: Washington, DC.
- Ordinance on the Terms, Rules and Procedure for Regulation and Registration of Prices for Medicinal Products*, effective 30 April 2013. <http://www.ncpr.bg/en/regulations/bulgarian-legislation/regulations/>
- OSI (Open Society Institute). 2009. "Health Uninsured individuals and Health Insurance in Bulgaria."
- Packard, T., J. Koettl, and C. E. Montenegro. 2012. *In From the Shadow: Integrating Europe's Informal Labor*. Washington DC: World Bank.
- Pananicolas, I., and P. Smith. 2013. "Health System Performance Comparison." World Health Organization as the Secretariat for The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Paris, V., E. Hewlett, J. Alexa, and L. Simon. Forthcoming. "Health care coverage in the OECD countries." Paris: OECD.
- Pauly, M., and J. Goodman. 1995. "Tax Credits for Health Insurance and Medical Savings Accounts." *Health Affairs* 14 (1): 125-139
- Preker, A., P. Zweifel, and O. Schellekens (eds). 2010. *Global Marketplace for Private Health Insurance: Strength in Numbers*. Washington DC: World Bank.
- Przywara, B. 2010. "Projecting Future European Health Expenditure at European Level: Drivers, Methodology and Main Results." *European Commission Economic Papers* 417, June.

- Purdy, S. 2011. "Avoiding Hospital Admissions: What Does the Research Evidence Say?" London: The King's Fund.
- Rawls, J. 1971. *A Theory of Justice*. (Revised ed.). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Roberts, M. J., and M.R. Reich. 2002. "Ethical Analysis in Public Health." *The Lancet*, 359 (9311), 1055-1059.
- Rohova, M., A. Dimova, et al. 2013. "Balancing Regulation and Free Markets: The Bulgarian Pharmaceutical Sector." *Eurohealth* Vol.19, No.1.
- Russell, L. B., J.E. Siegel, N. Daniels, M.R. Gold, B.R. Luce, and J.S. Mandelblatt. 1996. "Cost-Effectiveness Analysis as a Guide to Resource Allocation in Health: Roles and Limitations." *Cost-effectiveness in Health and Medicine* 3-24.
- Sabik, L. M., and R. K. 2008. "Priority Setting in Health Care: Lessons from the Experiences of Eight Countries." *International Journal for Equity in Health* 7(1), 1-13.
- Sanigest Solutions. 2008. "Advising on Options for Improving GP Referral and Hospital Admissions Practices. Analysis of Referral and Admission Practices." Sofia.
- Savedoff, W. and P. Gottret. 2008. *Governing Mandatory Health Insurance*. Washington, DC: World Bank.
- Schneider, P. 2007. *Provider Payment Reforms: Lessons from Europe and America for South Eastern Europe*. Washington, DC: World Bank.
- Schneider, F., A. Buehn, and C. E. Montenegro. 2010. "New Estimates for the Shadow Economies all over the World." *International Economic Journal* 24: 4, 443—461.
- Sekhri, N. and W. Savedoff. 2006. "Regulating Private Health Insurance To Serve the Public Interest: Policy Issues for Developing Countries." *International Journal of Health Planning and Management* 21: 357–392.
- Shin, J. 2012. "Private Health Insurance in South Korea: An International Comparison." *Health Policy* 108: 76– 85.
- Siciliani, L., M. Borowitz, and V. Moran (eds.). 2013. "Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?" *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>
- Smith, O., and S.N. Nguyen. 2013. *Getting Better: Improving Health System Outcomes in Europe and Central Asia*. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13832>
- Sobolev, B., A.R. Levy, L. Kuramoto, R. Hayden, and J.M. FitzGerald. 2006. "Do Longer Delays for Coronary Artery Bypass Surgery Contribute to Preoperative Mortality in Less Urgent Patients?" *Medical Care* Vol. 44, No. 7, pp. 680-686.
- Sobolev, B. and G. Fradet. 2008. "Delays for Coronary Artery Bypass Surgery: How Long is Too Long?" *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcome Research* Vol. 8, No. 1, pp. 27-32.
- Sobolev, B., G. Fradet, L. Kuramoto, and B. Rogula. 2012. "An Observational Study to Evaluate 2 Target Times for Elective Coronary Bypass Surgery." *Medical Care* Vol. 50, No. 7, pp. 611-619.
- Stabile, M., S. Thomson, S. Allin, S. Boyle, R. Busse, K. Chevreul, and E. Mossialos. 2013. "Health Care Cost Containment Strategies Used in Four Other High-income Countries Hold Lessons for the United States." *Health Affairs* 32(4), 643-652.

- Streveler, D. 2009. "Health Management Information Systems: Linking Purchasers and Providers," in Langenbrunner, J. et al. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals*. World Bank Press.
- Sutton, M., S. Nikolova, R. Boaden, H. Lester, R. McDonald and M. Roland. 2012. "Reduced Mortality with Hospital Pay-for-performance in England." *New England Journal of Medicine* 367, 1821–1828.
- Tandon, A., and C. Cashin. 2010. *Assessing Public Expenditure on Health from a Fiscal Space Perspective*. World Bank, Washington, DC.
- Tandon, A., L. Fleisher, R. Li, and W.A. Yap. 2014. *Reprioritizing Government Spending on Health: Pushing an Elephant Up the Stairs?* Washington, DC: World Bank.
- Tandon, A. Forthcoming. "Managing Money." Chapter 4 in Cotlear et al. Forthcoming. Washington, DC: World Bank.
- Thomson, S., and E. Mossialos. 2009. "Private Health Insurance in the European Union." Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. LSE Health and Social Care. London School of Economics and Political Science.
- Thomson, S. 2010. "What Role for Voluntary Health Insurance." Chapter 11 in Kutzin, J., C. Cashin and M. Jakab (eds.) *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition*. World Health Organization.
- . 2011. "What Role for Voluntary Health Insurance?" Presentation at Workshop on Voluntary Health Insurance, Moscow, Russia. June.
- . 2012. "Voluntary Health Insurance: Roles, Requirements, Risks." Presentation at Policy Seminar on Health Technology Assessment and Complementary Health Insurance. Ankara, Turkey. September.
- Todorova, R. and P. Salchev. 2014. "Challenges and Alternatives to the Health Insurance Model in Bulgaria." PPT, Sofia.
- Toloo, S., G. FitzGerald, P. Aitken, J. Ting, V. Tippett, and K. Chu. 2011. *Emergency Health Services: Demand and Service Delivery Models. Monograph 1: Literature Review and Activity Trends*. Queensland University of Technology. <http://eprints.qut.edu.au/46643/1/46643.pdf>
- Transparency International. 2013. *Global Corruption Barometer*. <http://www.transparency.org/gcb2013/country?country=bulgaria>
- Van de Wetering, E. J., E.A. Stolk, N.J.A. Van Exel, and W.B. Brouwer. 2013. "Balancing Equity and Efficiency in the Dutch Basic Benefits Package Using the Principle of Proportional Shortfall." *The European Journal of Health Economics* 14(1), 107-115.
- van Doorslaer, E., O. O'Donnell, R. P. Rannan-Eliya, et al. 2007. "Catastrophic Payments for Health Care in Asia." *Health Economics* 16: 1159–1184.
- Verguet, S. and D.T. Jamison. 2015. "Seeking the Efficient Purchase of Non-health Benefits Using the Extended Cost-effectiveness (ECEA) methodology." *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 3rd Edition. Working Paper #11.
- Verguet, S., Z.D. Olson, and J.B. Babigumira. 2015. "Assessing Pathways to Universal Health Coverage in Ethiopia: Health Gains and Financial Risk Protection Afforded from Selected Interventions." *Lancet Global Health*.
- Wang, H., et al. 2012. *Health Insurance Handbook: How to Make it Work?* Washington, DC.: World Bank.
- Weir, D., and A. Weber. 2013. "Fiscal Multipliers in Bulgaria: Low But Still Relevant." *Working Paper No. 13/49*. IMF: Washington, DC.



- World Bank. 2013. "Mitigating the Economic Impact of an Aging Population. Options for Bulgaria." World Bank: Washington, DC.  
<http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/09/18262916/mitigating-economic-impact-aging-population-options-bulgaria>
- . 2015a. "A Review of Estonia's Quality Assurance System for Health Care. The State of Health Care Integration in Estonia." Washington, DC: World Bank.  
[https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapangauuring/estonia\\_quality\\_assurance\\_analysiswb\\_20150226.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapangauuring/estonia_quality_assurance_analysiswb_20150226.pdf)
- . 2015b. "Policy Brief Covering Catastrophic Out-of-Pocket Expenditures in China." Unpublished Policy Guidance Note. Washington, DC: World Bank.
- WHO (World Health Organization). 2000. "World Health Report Health Systems: Improving Performance." Geneva.
- . 2010. "The World Health Report—Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage." Geneva.
- Yip, W., and W.C. Hsiao. 2009. "Non-evidence-based Policy: How Effective is China's New Cooperative Medical Scheme in Reducing Medical Impoverishment?" *Social Science and Medicine* 68(2), 201-209.