



Списание за наука

„Ново знание“

ISSN 2367-4598 (Online)

Академично издателство „Талант“

Висше училище по агробизнес и развитие на регионите - Пловдив

New Knowledge

Journal of Science

ISSN 2367-4598 (Online)

Academic Publishing House „Talent“

University of Agribusiness and Rural Development - Bulgaria

<http://science.uard.bg>

REFORMS IN THE HEALTH SYSTEM IN BULGARIA AND MAIN CHARACTERISTICS OF THE CONTEMPORARY MODEL OF FINANCING

Tsvetana Kerencheva

University of agribusiness and rural development, Plovdiv, Bulgaria

Abstract: The article analyzes the reforms in the healthcare system in Bulgaria. After a brief historical review of its development after the Liberation to the present day, the main features of the modern financing model and recommendations for future development are outlined.

Keywords: healthcare, reform, system, financing.

РЕФОРМИТЕ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В БЪЛГАРИЯ И ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА СЪВРЕМЕННИЯ МОДЕЛ НА ФИНАНСИРАНЕ

Цветана Керенчева

Висше училище по агробизнес и развитие на регионите - Пловдив

Резюме: Статията прави анализ на реформите в системата на здравеопазване в България. След кратък исторически преглед на нейното развитие след Освобождението до наши дни са изведени основните характеристики на съвременния модел на финансиране и препоръки за бъдещо развитие.

Ключови думи: здравеопазване, реформа, система, финансиране.

ВЪВЕДЕНИЕ

Организирано здравеопазване в България се създава след Освобождението. Назначени са лекари на заплати в окръзите и областите с цел неутрализиране последиците от войната, както и превенция на епидемии. Положени са основите на създаването на медицински, болнични и аптечни устави. През 1879 г. се одобряват първите нормативни и законодателни документи по въпросите на медицинско управление, съдържащи устав на лечебните заведения, правила за устройство на аптеките, санитарна организация и т.н., като с тях се създават и новите национални здравни и медицински институти. През 1888 г. се създава Главна дирекция на народното здраве.

Балканските войни и Първата световна война водят до влошаване на здравния статус на населението и правителството предприема реформа в социалната и здравната сфера. През 1918 г. е приет Закон за работническите осигуровки относно рисковете болест и злополука. През 1924 г. Народното събрание приема Закон за обществените осигуровки и въвежда задължително социално осигуряване за всички работници и служители, наети от държавни, обществени или частни организации в случай на болест, майчинство, инвалидност и старост. Създава се социален осигурителен фонд, който финансира построяването на болници, диспансери, сестрински домове, работнически общежития и комунални съоръжения. Година след това е въведен Закон за настаняване на работа и осигуряване при безработица. Законът за общественото здраве, приет през 1929 г., дефинира санитарните и противоепидемични стандарти, борбата със социално-значимите болести и здравното образование¹.

Следвайки модела на здравната система на Съветския съюз, оформен след Втората световна война, здравната система в България се развива като система, основана на предлагането на здравни услуги и дейности². Централизираното планиране и финансиране са основни елементи на централизираното управление. През 1944 г. е създадено Министерство на народното здраве. При социалистическия държавен монопол, въведен през 1948-1950 г. като монопол на собствеността на ресурси, начин на финансиране и управление, медицинските съсловия са напълно изолирани от управлението на системата. Принципите на осигурителна медицина са заменени от принципите на социалистическо здравеопазване за „всеобща безплатна медицинска помощ“. Същата е организирана на районен принцип и е създадена държавна мрежа за лекарствоснабдяване. Национализирани са частните аптеки и болници. През 1972 година е въведена пълна забрана за частна медицинска практика.

В средата на 20-ти век здравната система в България е държавен монополизъм от класически тип, изграден въз основа на:³

- Монополно държавно финансиране и управление;
- Безплатни медицински услуги за обществото;
- Централно планиране;
- Забрана за частна медицинска практика;
- Териториален принцип на осигуряване на медицинска помощ без право на избор.

¹ Димова Ант., Рохова М и др., Здравни системи в преход. България – анализ на здравната система, МУ „Проф. Стоянов“, Варна, 2013, с. 21.

² Димова Ант., Попов М., Рохова М., Здравната реформа в България, Институт Отворено общество, София, 2007, с. 42.

³ Веков Т., Управление и икономика на здравеопазването и здравните реформи, Български кардиологичен институт, София, 2010, с. 51.

Влошеното здравословно състояние на нацията проличава още от средата на 70-те години на миналия век. Намалява активността на здравната система, нараства неравнопоставеността на жителите в градовете и селата и се понижава качеството на медицинската помощ. Тези причини водят до осъзнаване на необходимостта от здравна реформа. Към тях се прибавят и назрелите демократични промени в страната. Здравната реформа се превръща в част от започналата общодържавна реформа.

ЗДРАВНИТЕ РЕФОРМИ В БЪЛГАРИЯ

По време на тежкото финансово състояние на здравната ни система през 1990-1991 г. е извършена една от най-съществените промени – ограничаване на държавния монопол в здравеопазването, като се възстановява правото на частна медицинска дейност. Изключително голямо значение за демонополизиране на здравната система има възстановяването на съсловните организации в здравния сектор по същото време. През 1995 г. почти цялата система на лекарствоснабдяването преминава в частния сектор. Нормативно се урежда децентрализирането на здравната администрация и е въведено демократично управление на заведенията за болнична и извънболнична помощ. На фона на тези радикални промени се избистря идеята за здравноосигурителна система като основен начин за финансиране на здравния сектор и задължителен елемент на реформата.

Здравната реформа в края на 20-ти век променя социално-икономическия климат в здравеопазването коренно. Осигуряват се много повече икономически свободи и пазарни елементи. Здравното осигуряване цели подпомагане на хората при настъпване на специфични осигурителни събития – заболяване и необходимост от заплащане на здравни услуги. Представлява съвкупност от дейности, насочени към събирането на осигурителни вноски от осигурители и осигурени лица и заплащане на здравни услуги и медикаменти⁴.

Задължителното здравно осигуряване у нас реално е система за държавно управление на осигурителните вноски на осигурени и работодатели. Сърцевината на здравната реформа представляват приетите закони за здравното осигуряване, за лечебните заведения, за съсловните организации на лекарите и стоматолозите. Разделя се извънболничната от болничната помощ, изгражда се система за спешна медицинска помощ, дава се автономия на изпълнителите на медицинска помощ.

През 1998 г. е приет Закона за здравното осигуряване. От 01.07.1999 г. стартира задължително здравно осигуряване в Република България и е създадена Национална здравноосигурителна каса (НЗОК). Системата се финансира от фондове, бюджетно финансиране, директни плащания и частно застраховане на здравни рискове. Публичният осигурител сключва договори с производители на здравни услуги, на които изплаща разходите на база определени законови механизми. Основните характеристики на този модел на финансиране са⁵:

- Свобода за избор на личен лекар и лечебно заведение;
- Конкуриращи се здравни организации (организационно и финансово независими) – диагностично-консултативни центрове, здравни центрове, болници, частни практики и др.;
- Изготвяне на рамков договор с определен пакет от услуги, покривани от бюджета на НЗОК;
- Равнопоставеност между формите на собственост в сферата на здравеопазването;

⁴ Докова С., Николов Г., Държавни политики и стратегии в здравеопазването, Авангард прима, София, 2013, с. 96.

⁵ Атанасов Н., Финансов мениджмънт в здравеопазването, изд. МУ-Пловдив, Пловдив, 2017, с. 37-38.

- Осигурена правна рамка за допълнително доброволно здравно осигуряване/застраховане на здравни рискове в частни застрахователни дружества.

Задължителното здравно осигуряване се осъществява въз основа на⁶:

- Задължително участие – задължение е на всички български и на част от чуждестранните граждани, живеещи постоянно в страната, да се осигуряват здравно;

- Солидарност на осигурените при ползване на набраните средства за здраве;

- Отговорност на осигурените за собственото им здраве;

- Равнопоставеност при ползване на медицинската помощ;

- Самоуправление на НЗОК, но през 2009 г. се засилва контролът от страна на държавата;

- Договорно начало при взаимоотношенията между касата и изпълнителите на медицинската помощ;

- Публичност в дейността на НЗОК.

Очакваните резултати да се постигне повече ефективност на здравните ресурси, които до момента не са на желаното ниво. Създадената монополна структура – НЗОК, невинаги действа в интерес на осигурените лица и изпълнителите на медицински и стоматологични услуги, защото липсва конкуренция. Държавата не е равностоен участник в осигурителната система, като заплаща значително по-малък размер осигурителна вноска за лицата, които тя осигурява по закон – това противоречи на солидарния модел на здравно осигуряване. Цената на здравеопазването нараства всяка година, като финансовата тежест се измества към домакинствата вместо към обществените средства – както е в развитите европейски държави. Резултатите от работата на системата се влошават въпреки постоянното увеличение на разходите за здравеопазване. Проведената реформа обхваща предимно доболничната помощ, а преструктурирането на болничната помощ все още не е осъществено.

Достъпът до здравната система при задължително здравно осигуряване е поверен на общопрактикуващия лекар, а до специализирана извънболнична помощ и диагностични изследвания е лимитиран при общопрактикуващия лекар чрез направления за специалист. Достъпът до болнична помощ се осъществява чрез направление от всички нива на извънболничната помощ, допуска се и самонасочване от самото осигурено лице. Изборът на болнично лечебно заведение е свободен. Реимбурсирането на разходи за медицински изделия и медикаменти на осигурени лица се извършва на база списък на заболявания, утвърден от МЗ и позитивен лекарствен списък, на медицинските изделия и диетични храни за специални медицински цели, утвърден от НЗОК.

Доброволното здравно осигуряване предлага допълнителни здравни услуги, които не са включени в основния пакет или допълващи основния пакет услуги. Този пазар е все още ограничен и обхваща относително малък дял от населението. Неговото развитие се възпрепятства основно от ниските доходи на населението и обхвата на покритието, гарантиран от НЗОК.

В резюме реформата в здравеопазването преминава през три етапа:⁷

- 1989-1996 г. - характеризира се с премахване на държавния монопол, изгражда се децентрализирана държавна администрация и зараждане на идеята за въвеждане на здравноосигурителна система;

⁶ Докова С., Николов Г., Държавни политики и стратегии в здравеопазването, Авангард прима, София, 2013, с. 97.

⁷ Димова Ант., Рохова М и др., Здравни системи в преход. България – анализ на здравната система, МУ „Проф. П. Стоянов“, Варна, 2013, С. XX

- 1997-2001 г. - въведена е здравноосигурителната система чрез основополагащи закони;

- 2002 г.- до момента - доизградени са законодателните основи, набляга се на осигуряване на финансова стабилност на системата и намаляване броя на неосигурените лица. През 2009 г. задължителната здравноосигурителна вноска е увеличена от 6% на 8%.

В наши дни България има смесена публично-частна система на финансиране на сектор „Здравеопазване“. Министерството на здравеопазването (МЗ) отговаря за националната здравна политика и цялостната организация за функциониране на системата. Основен финансиращ орган е НЗОК. Задължителните здравноосигурителни вноски са в размер на 8% от месечния доход и се заплащат от осигурените лица, техните работодателите или държавата. Цялата първична и по-голяма част от специализираната медицинска помощ са частна собственост. Болничната помощ е частна и публична, като всяко лечебно заведение сключва договор с районните структури на здравната каса на база приет Национален рамков договор (НРД). Здравната система се регулира чрез законодателни, административни и пазарни механизми. Общинските и държавни лечебни заведения могат да получават финансиране от общините или от МЗ в допълнение към плащанията от страна на НЗОК по клинични пътеки и пациентите. Спешната медицинска помощ и дейността на институциите по обществено здравеопазване и различни програми са организирани и финансирани от МЗ. Първичната помощ се финансира основно на капитационен принцип на база сключен договор с НЗОК, по програми на министерството и чрез такса за услуга. Специализираната извънболнична помощ, стоматологични и лабораторни услуги се заплащат на база такса за услуга съгласно НРД. Някои лекарствени продукти (предимно за хронични заболявания) се заплащат напълно или частично по цени, установени в НРД, а определени скъпоструващи медикаменти се заплащат от МЗ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Усъвършенстването на финансовия модел на здравеопазване в България трябва да бъде предмет на задълбочен анализ и консенсус върху необходимите стъпки за това. Основно предизвикателство остава подобряване здравето на населението и повишаване на конкурентоспособността в здравната система. Здравните неравенства между градските и селските райони, както и в достъпа до здравната система, продължават да нарастват през целия процес на реформите. Системата продължава да е икономически нестабилна. Нарастват неформалните плащания и корупцията. Цените на здравните услуги не се основават на реална себестойност, а на база налични средства в бюджета на НЗОК. Монополното положение на здравната каса пречи на пазарните механизми в публичното осигуряване. Доста граждани не участват в задължителното здравно осигуряване, а пазарът на доброволното осигуряване остава недоразвит. Мнозинството от ползвателите и изпълнителите на медицински услуги са неудовлетворени от функционирането на здравната система. Емигрират голям брой медицински специалисти. С оглед на всичко изброено, необходимостта от по-нататъшни реформи изглежда още по-належаща.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атанасов Н., Финансов мениджмънт в здравеопазването“, изд. МУ-Пловдив, Пловдив, 2017.
2. Веков Т., Управление и икономика на здравеопазването и здравните реформи, Български кардиологичен институт, София, 2010.

3. Димова Ант., Попов М., Рохова М., Здравната реформа в България, Институт Отворено общество, София, 2007.
4. Докова С., Николов Г., Държавни политики и стратегии в здравеопазването, Авангард прима, София, 2013.