

# ЕФЕКТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА РАЗХОДИТЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Лъчезар Лазаров\*

## Увод

В статията са представени видовете разходи в здравеопазването, тяхната същност, динамика и значение. Основните фактори, които ги определят. Посочени са тенденциите и посоките на тяхното развитие в бъдеще. Обект на изследване са разходите за здраве, а предметът на изследването са динамиката и бъдещото им развитие.

Темата за разходите за здраве е широко дискутирана от специалистите работещи в областта на здравеопазването, а така също и широката общественост. Това е така поради огромното значение на здравеопазването като един от основните сектори в обществото. Предлагат се различни варианти и модели на развитие за тяхното съдържане и контролирано управление.

Здравеопазването е сред водещите сектори в обществено-политическия живот на всяко общество. Заедно с образованието (науката) е сред основните компоненти, определящи конкурентоспособността на нациите. В съвременния свят, за да бъде отделният индивид конкурентоспособен, са необходими две базисни предпоставки – качествена образователно-научна подготовка и стабилен здравен статус. Постигането на тези две задачи се нуждае от постоянен и достатъчен финансов ресурс. В тази връзка здравните разходи включват голям дял от държавния бюджет на всяка държава. От друга страна, правителствата винаги се стремят да намалят своите разходи и тези в сектор здравеопазване не правят изключение. Въпреки това, под натиска на гражданите, те са принудени да инвестират в това направление. Следователно, държавните ръководители се стремят да намерят ефективни начини за решаването на проблема с нарастващите разходи. Всичко това подтиква различни изследователи да търсят и изучават детерминантите на разходите за здравеопазване. (Димитров и кол. 2014).

Цел на настоящото изследване е да се посочат главните причини за нарастването на здравните разходи и да се предложат решения и варианти за ефективното им управление у нас.

За постигане на целта са изведени следните задачи:

---

\* Лъчезар Лазаров, докторант в катедра "Публична администрация", УНСС, email: unit-ed69@abv.bg

1. Изследване на здравно-демографските показатели за период от 1995 – 2014 г. на редица европейски страни, включително и България, които по територия или население са близки до нашата.

2. Анализирани на резултатите от изследването, установяване на причините, формулиране на изводи и препоръки за развитието на здравеопазването, чрез ефективно управление на разходите за здраве.

Обект на изследването са разходите за здраве, извършени в редица европейски страни включително и България.

Предмет на изследването са динамиката и бъдещото им развитие.

Методи на изследване: използвани са библиографски анализ на съществуващите литературни източници, сравнително съпоставителен анализ и анализ на получените резултати.

Значимост на изследването: Изследването е значимо поради факта че ефективното управление на здравните разходи влияе пряко върху здравното състояние на населението и косвено върху социално-икономическото развитие на страната.

Един от най-сложните въпроси във всички страни е, как да се финансира здравеопазването, за да се постигне максимална обществена и индивидуална полза. Очевидно е, че разнообразието и икономическата природа на производените и предоставяните здравни услуги и стоки изискват включване на повече от един начин на финансиране (Делчева, Е. 2013). Разходването на финансовия ресурс в публичния сектор е сериозно предизвикателство за всяко правителство. Съществена част от него са разходите за здравеопазване. От средата на 20 век разходите за здравна помощ нарастват постоянно. Интерес представлява дали тази тенденция се е запазила и след началото на кризата от 2007 – 2008 г., (Димитров и кол., 2014). Потенциалът на потребителските плащания за събиране на допълнителни приходи в здравната система е силно повлиян от избрания механизъм на споделяне на разходите и от желанието и възможността на потребителите да плащат. (Атанасова, Е, 2018).

При анализ на структурата на разходите в България се наблюдават следните резултати: относителният дял на заплатите за персонал на национално ниво спрямо общите разходи расте в периода 2012 – 2014 г., като за 2014 достига 36,88%; (Салчев, П. и кол, 2015), от което следва, че значителен дял от болничните разходи отива за издръжка на лечебните заведения, а не за лечебна дейност и липсата на допълнителни средства за основната дейност е очевидна.

## **Видовете здравни разходи се класифицират като: общи здравни разходи, публични здравни разходи и частни здравни разходи**

Здравните мениджъри са тези, които имат за задача да разработят и внесат в ръководните политически органи на държавата идеи и концепции за такива подобрения в системата на здравното осигуряване, които биха позволили по-ефективно използване на наличните ресурси и постигане на възможно най-добрите резултати в здравеопазването. (Александрова, Е. 2012).

Адекватният правителствен контрол изисква анализ на добрите практики в областта на моделирането на разходите за здравеопазване, с цел осигуряване на достъп на населението до основен пакет от здравни услуги с гарантирано качество по фискално устойчив способ.

Основните фактори, въздействащи върху публичните разходи за здравеопазване, както от страна на търсенето, така и от страна на предлагането, включват:

- Демографски и здравни фактори – брой на населението, възрастова структура, здравен статус на населението;
- Производствени фактори в здравеопазването – човешки ресурси, капиталови ресурси и др.;
- Икономически растеж и развитие;
- Темп на внедряване на високи технологии и иновативни лекарствени средства;
- Избран институционален модел на организация, финансиране и предлагане на услуги в здравните системи.

Тези фактори трябва да бъдат моделирани и изследвани чрез симулационни сценарии, които биват свързани с динамични технологии и иновации, демография, икономически растеж, пазар на труда и здравен статус на населението, които на свой ред спадат към т.н комплексни адаптивни системи. Тези системи се характеризират с висока степен на сложност и постоянни промени в параметрите.

Финансирането определя финансовия ресурс на здравните системи с публични ресурси (Ангелов, 2011).

Характерно за здравните системи в днешно време е разходването на все по-големи средства за развитие и предлагане на иновативни и висококачествени здравни услуги (Горанова, 2007, с. 71 – 85; Горанова, 2011).

При изследването динамиката на здравните разходи голямо внимание се отделя на така наречените частни или "джобни" разходи, плащани от населението. (Димитров и кол., 2014) посочва връзката между ниво частни разходи и ниво на икономическо развитие. Колкото по бедна е една държава, толкова по високи са частните здравни разходи, и обратно, колкото е по богатата държавата, толкова доплащанията са по-малки, а повече е развито

доброволното здравно застраховане. Веков (2011) посочва че пациентите, които са осигурени в доброволни здравноосигурителни фондове, са изложени значително по малко на натиск от лекарите за такива плащания поради факта, че те са здравно осигурени и получават адекватна, навременна и регламентирана медицинска помощ. За намаляване на нерегламентираните плащания, авторът предлага да се акцентира върху развитието на доброволното здравно застраховане.

Поради липсата достатъчно последователна политика в областта на здравеопазването се създадоха условия за развитието на квазипазар на здравни услуги, в който ежегодно се разходват между 7 и 9 млрд. лв. Това са главно публични средства от осигурителни вноски, процентно намаляващи средства от републиканския и общинските съвети, средства от регламентирано заплащане на населението за медицински услуги и лекарства, частни инвестиции за лечебни заведения, закупуване на здравни застраховки и значителни средства от населението за т.нар. неформални плащания за медицински услуги. (БСК, 2014).

Според доклад на Световната банка у нас най-висок е делът на плащанията със собствени средства, като процент от общите разходи за здравеопазване. Този факт, както и изключително ниските доходи на населението, поставят сериозни проблеми пред достъпа на гражданите до здравни услуги.

Увеличаването на болничните разходи, без да настъпят особени промени в здравния статус на населението, възползването от облекчените законови условия за придобиване на права на осигурени лица, които не са били здравно осигурени и плащат еднократно здравни вноски за "влизване в здравната система", са фактори които оказват негативно влияние върху здравеопазвателната система (БСК 2014).

Високите нива на неформалните плащания, се дължат на хроничното недофинансиране на здравеопазването, което от своя страна води до ограничен достъп на населението на здравна помощ (Нинов, 2013).

Необходимо е да се търси приемлив компромис между участието на държавата в системата на здравеопазване и нейните позиции и възможностите на пазара.

Най-важните фактори за ефикасността във всяка здравна система са методите и принципите на организация, управление и финансиране. Големите по обем разходи, без адекватна система за тяхното насочване и контрол, водят до разпиляване на обществените ресурси и незадоволителни здравни резултати. От друга страна, дори най-добре структурираната система ще се провали, ако е недофинансирана.

В последните няколко десетилетия се наблюдава трайна тенденция за комерсиализиране и меркантилизиране на процесите на оказване на меди-

цинска помощ в световен мащаб. Следствието е увеличаване на частните плащания на пациентите и неудовлетвореността им от здравната система.

Осигуряването на по-добър контрол над качеството на здравната помощ и здравните разходи се получава чрез използването на договорен модел пред частния модел на сключване на договори с доставчиците на медицинска помощ. Така според нея се постига по – голяма икономичност от частния модел и по универсално покритие на здравните разходи (Георгиева, 2008).

В доклада на "Актуални нерешени проблеми на здравеопазването в България" са изведени основните причини, проблеми, слабости и пропуски на системата на здравеопазване у нас, като ограничен достъп до здравни услуги, бърза комерсиализация и нарастване на "джобните" общите разходи за издръжка на здравната система без забележим здравен, социален и икономически ефект и при нарастваща неудовлетвореност от населението. (Министерство на здравеопазването 2015).

### **Основни здравно-демографски показатели**

Изследването е проведено при следната постановка и предпоставки. Сравнени са по основни здравно-демографски показатели няколко страни от ЕС и извън него, които са с територия или население близки до България, за период от 20 г. (1995 – 2014). Научните хипотези, които ще проверим са:

- страната ни има неблагоприятни здравно-демографски показатели в сравнение с други страни от ЕС с близък здравно-демографски профил.
- разходите за здраве, които България отделя, са по-малко в сравнение с другите изследвани страни.

Данните от таблица 1 показват, че почти всички изследвани страни имат намалена раждаемост. Страните от Западна Европа са с по-висока раждаемост, в сравнение със страните от Източна Европа. Това може да се свърже с по-високото социално-икономическото развитие на страните от Западна Европа динамичните промени, които се случват в страните от Източна Европа. Въпреки че има леко покачване по този показател, България е с най-ниска раждаемост за изследвания период (вж. табл. 1).

Таблица 1

Раждаемост

Година	Австрия	Белгия	България	Чехия	Дания	Унгария	Нидерландия	Норвегия	Словакия	Швеция
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1995	11,2	11,4	8,6	9,3	13,3	10,8	12,3	13,8	11,5	11,7
1996	11,2	11,5	8,6	8,8	12,9	10,2	12,2	13,9	11,2	10,8
1997	10,5	11,4	7,7	8,8	12,8	9,8	12,3	13,6	11,0	10,2
1998	10,2	11,2	7,9	8,8	12,5	9,5	12,7	13,2	10,7	10,1
1999	9,8	11,2	8,8	8,7	12,4	9,2	12,7	13,3	10,4	10,0
2000	9,8	11,4	9,0	8,9	12,6	9,6	13,0	13,2	10,2	10,2
2001	9,4	11,2	8,5	8,9	12,2	9,5	12,6	12,6	9,5	10,3
2002	9,7	10,9	8,5	9,1	11,9	9,5	12,5	12,2	9,5	10,7
2003	9,5	11,0	8,7	9,2	12,0	9,3	12,3	12,4	9,6	11,1
2004	9,7	11,3	9,1	9,6	12,0	9,4	11,9	12,4	10,0	11,2
2005	9,5	11,4	9,3	10,0	11,9	9,7	11,5	12,3	10,1	11,2
2006	9,4	11,6	9,7	10,3	12,0	9,9	11,3	12,6	10,0	11,7
2007	9,2	11,7	10,0	11,1	11,7	9,7	11,1	12,4	10,1	11,7

Продължение

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2008	9,3	11,9	10,4	11,5	11,8	9,9	11,2	12,7	10,7	11,9
2009	9,2	11,8	10,9	11,3	11,4	9,6	11,2	12,8	11,4	12,0
2010	9,4	11,9	10,2	11,2	11,4	9,0	11,1	12,6	11,2	12,3
2011	9,3	11,6	9,6	10,4	10,6	8,8	10,8	12,2	11,3	11,8
2012	9,4	11,5	9,5	10,3	10,4	9,1	10,5	12,0	10,3	11,9
2013	9,4	11,2	9,2	10,2	10,0	9,0	10,2	11,6	10,1	11,8
2014	9,6	11,2	9,4	10,4	10,1	9,5	10,4	11,5	10,2	11,9

Източник: Евростат, 2016

Таблица 2

Смъртност

Година	Австрия	Белгия	България	Чехия	Дания	Унгария	Нидерландия	Норвегия	Словакия	Швеция
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1995	10,2	10,3	13,6	11,4	12,1	14,1	8,8	10,4	9,8	10,6
1996	10,2	10,3	14,0	10,9	11,6	13,9	8,9	10,0	9,5	10,6
1997	10,0	10,2	14,7	10,9	11,3	13,5	8,7	10,1	9,7	10,6
1998	9,8	10,3	14,3	10,6	11,0	13,7	8,8	10,0	9,9	10,5
1999	9,8	10,3	13,6	10,7	11,1	14,0	8,9	10,1	9,7	10,7
2000	9,6	10,2	14,1	10,6	10,9	13,3	8,8	9,8	9,8	10,5
2001	9,3	10,1	14,0	10,5	10,9	13,0	8,7	9,7	9,7	10,5
2002	9,4	10,2	14,4	10,6	10,9	13,1	8,8	9,8	9,6	10,6
2003	9,5	10,3	14,4	10,9	10,7	13,4	8,7	9,3	9,7	10,4
2004	9,1	9,7	14,3	10,5	10,3	13,1	8,4	9,0	9,7	10,1
2005	9,1	9,9	14,8	10,6	10,1	13,5	8,4	8,9	10,0	10,2
2006	9,0	9,6	14,9	10,2	10,2	13,1	8,3	8,9	9,9	10,0
2007	9,0	9,5	15,0	10,2	10,2	13,2	8,1	8,9	10,0	10,0
2008	9,0	9,8	14,8	10,1	9,9	13,0	8,2	8,7	9,9	9,9
2009	9,3	9,6	14,5	10,3	9,9	13,0	8,1	8,6	9,8	9,7
2010	9,2	9,7	14,9	10,2	9,8	13,0	8,2	8,5	9,9	9,6

Продължение

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2011	9,1	9,4	14,7	10,2	9,4	12,9	8,1	8,4	9,6	9,5
2012	9,4	9,8	15,0	10,3	9,4	13,0	8,4	8,4	9,7	9,7
2013	9,4	9,8	14,4	10,4	9,3	12,8	8,4	8,1	9,6	9,4
2014	9,2	9,3	15,1	10,0	9,1	12,8	8,3	7,9	9,5	9,2

Източник: Евростат, 2016

По отношение на смъртността прави впечатление, че страните от Източна Европа: България, Чехия и Унгария са с най-високи стойности. Но у нас има леко покачване по този показател, а в останалите страни той намалява. Нивото на смъртност в България бележи най-висок дял почти през целия изследван период.

Причините за това са застаряването на населението, слабата профилактика и растящия дял на незаразните заболявания – болести на кръвообращението, новообразуванията и болести на дихателната система.

### **Очаквана продължителност на живота при раждане**

По отношение на очаквана продължителност на живота при раждане, страните са групирани между 74 и 80 г. Към 2014 г. в България очакваната продължителност на живота е 74,5 г. и е най-ниска в сравнение с изследваните страни. Най-висока очаквана продължителност на живота се наблюдава при Швеция – 82,3 год., Норвегия – 82,2 год., Нидерландия – 81,8 год. И тук най-голяма промяна в положителна посока се наблюдава при увеличението на продължителността на живота в Унгария – 6 години (от 70 год. през 1995 г. до 76 г. през 2014 г.), докато в България изменението е едно от най – малките 3,5 години. (от 71,00 през 1995 г. до 74,5 през 2014 г.) (Евростат, 2016)

### ***Разходи за здраве***

Тук разглеждаме основните здравни разходи в съпоставителен план на същите страни за същия изследван период.

Най-ниски стойности за този показател има Нидерландия от 33,29% през 1995 г. до 40,18% през 2014 г., най-висока стойност има България 97,28% като изменението у нас е само 2,72 % за изследвания период. Изменението за Унгария бележи най-висок ръст 21,84%. От горепосочените данни може да се направят следните изводи:

В страните с развит пазар на здравни услуги имат намаление на джобните разходи и използват други инструменти за защита на здравето на своите граждани, като доброволно здравно застраховане, предплатени планове за здравно осигуряване. Страните от Източна Европа започват от една и съща стойност 100% през 1995 г. докато при Унгария, Чехия и Словакия, намалението е съответно 21,84%, 7,35,% и 18,04% , то в България изменението е незначително 2,72%.

Унгария и Словакия правят значителни усилия в реформи на здравно осигуряване с цел разпределение на финансовия риск и защита здравето на своите граждани. (Евростат, 2016)

**Таблица 3**

Джобни разходи, като процент от общите частни разходи за здраве

Година	Австрия	Белгия	България	Чехия	Дания	Унгария	Нидерландия	Норвегия	Словакия	Швеция
1995	60,04	84,42	100	100	93,26	100	33,29	96,5	100	99,89
1996	60,87	86,45	100	100	92,31	100	24,02	96,48	100	99,88
1997	61,21	85,83	100	100	92,13	100	23,84	95,41	100	99,77
1998	60,89	84,09	100	100	91,26	88,44	23,57	95,35	100	95,72
1999	59,98	82,04	100	100	90,97	89,96	24,1	95,37	100	93,8
2000	59,97	80,89	100	100	90,91	89,77	24,32	95,48	100	91,14
2001	61,4	80,16	99,94	100	91,09	89,27	23,39	95,67	100	86,86
2002	61,05	81,45	98,46	100	90,95	88,22	21,37	95,36	100	86,37
2003	61,24	79,2	97,61	97,67	90,47	88,19	23,8	95,33	100	87,08
2004	66,67	77,29	97,38	95,42	90,4	81,93	22,85	95,31	73,15	86,17
2005	67,96	76,32	96,95	84,29	90,49	83,4	25,08	95,15	88,15	87,1
2006	68,09	77,46	97,09	85,11	90,06	80,12	41,86	95,23	81,92	86,66
2007	67,71	78,08	97,13	89,03	89,38	77,56	41,42	94,79	79,1	86,79
2008	66,66	80,52	97,35	90,15	88,35	77,98	43,45	95,46	78,29	87,13
2009	67,02	80,47	97,14	89,96	88,05	73,86	39,01	94,81	74,48	87,09
2010	66,95	80,32	96,77	91,5	88,72	75,92	39,61	94,96	67,98	86,62
2011	67,02	80,78	96,77	93,2	87,23	76,2	39,57	94,27	77,91	87,46
2012	66,35	79,64	97,28	94,06	87,35	77,89	40,23	93,9	73,88	88
2013	65,36	80,45	97,47	92,7	87,67	78,48	40,43	93,92	81,96	88,07
2014	72,95	80,45	97,28	92,65	87,69	78,16	40,18	93,8	81,96	88,07

Източник: Евростат, 2016

### **Джобни разходи, като процент от общите разходи за здраве**

Нарастването на джобните разходи за здраве е значително за страните от Източна Европа в сравнение с тези от Западна Европа. За България то е 18,5%, за Унгария-10,55%, за Чехия 5,22% за Словакия 11,06%. За България процентът на джобните разходи за здраве през 2014 г. е в размер на 44,19% докато за останалите страни той се движи между 13,36% и 26,59%. Това е сигнал за неефективност на здравната ни система, за опасност от обедняване на населението и за недоразвитост на доброволното здравно застраховане.

Частни разходи за здраве като процент от общите разходи за здраве. Тук отново проличава липсата на достатъчно публични средства за здравеопазване в България. През 2014 г. 45,43% от общите разходи за здраве се отделят от частни средства на пациентите, въпреки незавидното финансово-икономическо положение на гражданите у нас. Докато за останалите изследвани страни стойностите на този показател се движат между 13,0% за Нидерландия и 34,02% за Унгария. Тук също се забелязва тенденцията в увеличение на частните разходи за здраве за изследвания период за страните от Източна Европа. За България увеличението е с 19,39%, Унгария – 17,98%, Словакия – 16,01%, Чехия – 6,35%. (Евростат, 2016)

Таблица 4

Частни разходи за здраве като процент от общите разходи за здраве

Година	Австрия	Белгия	България	Чехия	Дания	Унгария	Нидерландия	Норвегия	Словакия	Швеция
1995	25,24	23,2	26,04	9,11	17,48	16,04	28,96	15,77	11,48	13,35
1996	25,52	21,82	30,4	9,33	17,58	18,4	33,82	15,83	11,32	13,07
1997	25,12	24,62	28,34	9,71	17,72	18,72	32,18	18,69	8,32	14,18
1998	25,19	25,2	30,1	9,57	17,92	25,22	35,85	17,81	8,41	14,21
1999	24,93	25,42	33,67	9,52	16,05	27,63	37,29	17,44	10,36	14,27
2000	25,12	25,39	39,07	9,68	16,14	29,26	36,92	17,51	10,61	15,11
2001	25,85	24,59	41,61	10,23	15,82	31,02	37,19	16,44	10,71	18,86
2002	25,93	26,2	38,74	9,53	15,51	29,79	37,54	16,52	10,94	18,58
2003	26,18	25,64	37,89	10,2	15,45	28,91	33,46	16,29	11,68	17,99
2004	26,22	23,53	39,24	10,85	15,73	30,4	34,39	16,44	26,23	18,63
2005	25,64	23,06	39,08	12,69	15,52	29,97	30,52	16,46	25,6	18,84
2006	25,25	24,08	43,05	13,27	15,36	30,23	14,78	16,22	31,68	18,87
2007	25,24	24,85	41,8	14,81	15,6	32,74	14,71	15,9	33,15	18,64
2008	24,6	22,94	41,47	17,45	15,34	32,95	14,23	15,55	32,24	18,5
2009	24,37	22,61	44,65	16,26	14,96	34,32	13,5	15,38	34,31	18,5
2010	24,77	22,32	44,31	16,24	14,87	34,81	13,31	15,25	31,87	18,49
2011	24,89	23,19	45,38	15,82	14,7	35,84	13,69	15,52	29,07	15,28
2012	24,63	22,33	43,71	15,98	14,24	36,57	13,48	15,1	30,28	15,65
2013	24,84	22,19	48,01	15,67	14,7	34,83	12,93	14,76	27,69	16
2014	22,14	22,13	45,43	15,46	15,24	34,02	13	14,51	27,49	15,97

Източник: Евростат, 2016

**Предплатени разходи за здраве, като процент от общите разходи за здраве**

*Частни предплатени планове като процент от частните разходи за здравеопазване.* В изследваните страни единствено Нидерландия има значителен дял на предплатените планове, с над 40%. В останалите страни този дял е между 0 и 20%. В България този дял е незначителен, тъй като у нас все още не са развити достатъчно инструментите на допълнителното здравно застраховане.

**Таблица 5**  
Общо разходи за здраве за здраве, като процент от Брутният вътрешен продукт

Година	Австрия	Белгия	България	Чехия	Дания	Унгария	Нидерландия	Норвегия	Словакия	Швеция
1995	9,55	7,61	4,75	6,69	8,13	7,22	7,44	7,72	6,06	7,96
1996	9,53	7,91	4,57	6,41	8,21	6,99	7,48	7,67	6,44	8,2
1997	9,83	7,77	4,74	6,4	8,15	6,74	7,48	8,24	5,78	8,03
1999	10,19	8,08	5,86	6,35	8,95	7,21	7,53	9,14	5,75	8,2
2000	10,06	8,12	6,07	6,31	8,7	7,06	7,42	8,27	5,5	8,18
2001	10,12	8,29	7,23	6,42	9,1	7,11	7,79	8,65	5,5	8,86
2002	10,27	8,46	7,41	6,8	9,33	7,47	8,34	9,62	5,63	9,23
2003	10,48	9,3	7,43	7,13	9,51	8,42	8,46	9,85	5,82	9,31
2004	10,56	9,32	7,09	6,9	9,67	8,08	8,52	9,44	7,21	9,09
2005	10,53	9,24	7,08	6,93	9,77	8,28	9,6	8,89	7,04	9,06
2006	10,35	9,17	6,67	6,69	9,92	8,1	9,36	8,43	7,35	8,95
2007	10,4	9,25	6,41	6,52	9,99	7,51	9,36	8,58	7,76	8,92
2008	10,6	9,6	6,61	6,82	10,18	7,33	9,57	8,4	8,02	9,23
2009	11,19	10,39	6,78	7,85	11,47	7,55	10,29	9,49	9,15	9,94
2010	11,17	10,17	7,24	7,43	11,08	7,85	10,48	9,26	8,51	9,47
2011	10,94	10,42	6,88	7,5	10,87	7,84	10,53	9,14	7,96	11,7
2012	11,17	10,54	7,11	7,55	10,98	7,74	11,01	9,16	8,15	11,8
2013	11,14	10,57	7,93	7,49	11,25	7,53	11,04	9,39	8	11,97
2014	11,21	10,59	8,44	7,41	10,8	7,4	10,9	9,72	8,05	11,93

Източник: Евростат, 2016

За изследвания период общите разходи за здраве като процент от БВП у нас са се увеличили с 3,69%, от 4,75% през 1995 г. до 8,44% през 2014 г. Въпреки увеличението им, те не водят до значително подобряване на здравното състояние на населението у нас. Както и в горните случаи, тенденцията се запазва страните от Източна Европа да имат близки и сходни стойности. Чехия – 7,41%, Унгария – 7,40%, Словакия – 8,05%.

## Изводи

България има най-неблагоприятни здравни резултати в сравнение с изследваните държави. От друга страна разходите за здраве със собствени средства надвишават значително средните за Европа. Страната ни прави значителни усилия за увеличаване на публичните държавни разходи за здраве, но показателите на населението не са обнадеждаващи.

Липсата на достатъчно средства е значителна но не основна причина за незавидното състояние на здравеопазването. Ето по значимите от тях:

- Държавата не плаща редовно вноските на своите служители, която е задължена да прави по закон.
- Огромен човешки ресурс над 2500 души са заети в администрацията на НЗОК – създава се възможност за бюрократизация и големи административни разходи;
- Контролната дейност която осъществява НЗОК е регистрационна, а не по същество. Необходимо е обвързване на предоставените средства с качеството на извършената работа.
- Индуциране търсенето на скъпата болнична медицинска помощ вместо по евтината, навременна и ефективна доболнична помощ.
- Лесният достъп при определянето и отпускането на инвалидни пенсии, което от своя страна води до необосновано увеличаване разходите в здравната и пенсионната системи.
- Липсата на добре подготвени и мотивирани здравни мениджъри. Като правило, изискванията за тези, които заемат ключови позиции в системата, компетентността и професионализма са заменени от политическата принадлежност, или от лица които имат само медицинско образование без управленски опит.
- Липсва връзка между изразходването на публични средства и изискването на качество за медицинско обслужване. Редовна практика е средствата, които предоставя НЗОК, да се "усвояват", без да се следи и отчита постигането на предварително зададени изисквания и критерии за качество.
- Задълбочаващият се проблем с големият брой здравнонеосигурени лица – разходите за които се поемат от здравната каса или от цялото

общество. Тук "задължение" към здравната система има и приходната администрация, която трябва систематично и регулярно да събира задълженията от лицата, които необосновано дължат здравни вноски.

## Заклучение

Темата за ефективно управление на разходите е широко дискутирана в научната и специализирана литература. Разглежданите проблеми предизвикват значителен интерес сред специалистите по обществено здраве, медици, учени, икономисти и общественици. Със сигурност ще бъдат проведени бъдещи изследвания, както и представени нови допълнителни факти, данни и анализи за състоянието и динамиката на разходите за здраве. Нейното осмисляне и задълбочен анализ е ключова предпоставка за търсенето на ефективни решения ефективно управление на разходите за здраве.

## Референци:

ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ,2014: състояние, проблеми, решения, предизвикателства, Българска Стопанска Камара.

(ZDRAVEOPAZVANE ,2014: sastoianie, problemi, reshenia, predizvikelstva Bulgarska Stopanska Kamara)

Веков, Т. (2011), Неформалните пациентски плащания в условията на финансова криза – България 2011г. Факултет по обществено здраве, сп. Медицински преглед, бр. 3., Плевен.

(Vekov, T. 2011 Neformalnite patsientski plashtania v usloviata na finansova kriza – Bulgaria 2011g. Fakultet po obshtestveno zdrave, sp. Medicinski pregled br. 3, Pleven.)

Георгиева, Н. (2008), Модели на здравно осигуряване. Годишник на техническия университет – Варна.

(Georgieva, N. 2008, Modeli na zdravno osiguryavane. Godishnik na tehnicheski universitet – Varna)

Актуални нерешени проблеми на здравеопазването в България. Източник [www.bgeconomist.bg](http://www.bgeconomist.bg) от 24.03.2013г. посетен на 16.02.2016 г.

(Aktualni neresheni problem na zdraveopazvaneto v Bulgaria. Iztochnik [www.bgeconomist.bg](http://www.bgeconomist.bg) от 24.03.2013г. poseten na 16.02.2016 г.)

Нинов, Д. (2013), Здравеопазването в България – вътрешни проблеми, основни причини и насоки за решение. София.

(Ninov, D. 2013, Zdraveopazvaneto b Bulgaria – vutreshni problem, osnovni prichini i nasoki za reshenie Sofia)

Министерство на здравеопазването (2015); Международна банка за възстановяване и развитие. Междинен доклад: проект на анализ на състоянието,

актюерски разходен модел и набор от варианти за реформиране на сегашната система. Март.

(Ministerstvo na zdaveopazvaneto (2015); Mezhdunarodna banka za vazstanovyavane i razvitie. Mezhdinen doklad: proekt na analiz na sastoyaniето, aktuerski razhoden model i nabor ot varyiyant za reformirane na segashnata sistema. Mart)

Атанасова, Е. (2018), Потребителски плащания в здравния сектор, ИК "Стено", Варна.

(Atanasova, E. 2018, Potrebiteliski plashtania v zdravnia sector. IK "Steno", Varna)

Неева, М. (2014), Системата на здравеопазване в България в числа и цифри. Институт за пазарна икономика.

(Neeva, M. 2014, Sistemata na zdaveopazvane v Bulgaria v chsila i cifri. Institut za pazarna ikonomika)

Димитров, Д., М. Баймакова, Г. Попов (2014), Разходи за здравеопазване в условия на криза. сп. Ик. и социални алтернативи, бр. 4, София.

(Dimitrov, D, M. Baimakova, G. Popov 2014, Razhodi za zdaveopazvane v usloviyata na kriza. Sp. Ik. i socialni alternative, br. 4, Sofia)

Министерство на финансите, (2014). Секторен анализ – Финансиране и управление на здравеопазването.

(Ministerstvo na finansite, 2014. Sektoren analiz – Finansirane I upravlenie na zdaveopzvaneto)

Делчева, Е. (2013). Финансови дисбаланси в здравните разходи на България, сп. Ик. и социални алтернативи бр. 2, София.

(Delcheva, E., 2013, Finansovi disbalansi v zdravnite razhodi na Bulgaria. sp. Ik. i socialni alternative, br. 2, Sofia)

Салчев, П., П. Атанасов, Т. Димитрова, (2015), **Анализ на структурата на разходите на лечебните заведения за болнична помощ за периода 2012 – 2014., София**, Национален Център по обществено здраве и анализи.

(Salchev, P., P. Atanasov, T. Dimitrova, 2015. Analiz na strukturata na razhodite na lechbnite zavedenia za bolnichna pomosht za perioda **2012 – 2014 g. Sofia, Nacionalen centar po obshestveno zdrave i analizi**)

Александрова, Е. (2012), Здравното осигуряване в Германия и България и усъвършенстването на българската здравноосигурителна система. дисертация. МУ София, Дисертация.

(Aleksandrova, E. 2012, Zdravnото osiguriavane v Germaniа i Bulgaria i usavarshenstvane na bulgarskata zdravnoosiguritelna sistema, Disertacia, MU Sofia)

Министерство на финансите (2011). Добрите практики в областта на прогнозирането и моделирането на разходите за здравеопазване.

(Ministerstvo na finansite, 2011. Dobrite praktiki v oblastta na prognoziraneto i modeliraneto na razhodite za zdraveopazvane)

Отдел "Микроикономически анализи", Дирекция "Бюджет. Министерство на финансите. Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции. <https://www.minfin.bg/document/2891:1>.

(Otdel "Mikroikonomisheski analizi", Direkcia "Budzheta". Ministerstvo na finansite. Finansirane i upravlenie na zdraveopazvaneto. Teoretichno osnovi, modeli, problemi i tendentsii. <https://www.minfin.bg/document/2891:1>)

Горанова, Б. (2007), Здравните реформи в Германия през последните десет години. Икономически и социални алтернативи, бр. 3, с. 71-85, Sofia.

(Goranova, B. 2007, Zdravnire reformi v Germania prez poslednite deset godini. Ikonomisheski i socialni alternativi, br. 3, s. 71-85. Sofia)

Горанова, Б. (2011), Реформите в системата на здравеопазването на Германия и възможности за приложение на опита ѝ в България. Дисертация за ОНС "доктор", УНСС.

(Goranova, B. 2011, Reformite v sistemata na zdraveopazvaneto na Germania i vazmozhnosti za prilozhenie na opita i v Bulgaria. Disertacia za ONS "doctor", UNSS)

Евростат, (2016). Индекс на европейския здравен потребител.

Evrostat, (2016). Indeks na evropeyskia zdraven potrebitel.

Sepehri A, Chernomas R. (2001), Are user charges efficiency- and equity-enhancing? A critical review of economic literature with particular reference to experience from developing countries. *Journal of International Development*, 13: 183-209.

## **ЕФЕКТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА РАЗХОДИТЕ В ЗДРАВЕОПЗВАНЕТО**

### **Резюме**

Статията има за цел да представи голямото значение на разходите за здравеопазване и да акцентира върху ефективното им разходване, като един от главните инструменти за постигане на баланс и справедливост в системата на здравеопазване в България. Задачите за постигане на целта са свързани с представянето на здравно-демографски показатели на редица европейски страни включително и България, и изразходваните средства за здраве. Изследвания период е 20 г. от 1995 – до 2014 г. За постигането на целта се прилагат сравнително съпоставителен анализ. Получените резултати дават възможност за вземане на адекватни и навременни управленски решения в сферата на здравеопазването.

**Ключови думи:** ефективно управление, здравни разходи,, директни плащания, здравни системи, контрол.

**JEL:** I11, H5

## EFFICIENT MANAGEMENT OF THE EXPENDITURE IN HEALTHCARE

Lachezar Lazarov\*

### Abstract

The article aims to highlight the importance of health care spending and to focus on their cost-effective spending as one of the main tools for achieving balance and justice in the healthcare system in Bulgaria. The tasks to achieve the goal are related to the presentation of health-demographic indicators of a number of European countries including Bulgaria and the expended funds for health. The research period is 20 years, from 1995 to 2014. The goal is achieved through comparative approach and analysis. The results obtained make it possible to make adequate and timely management decisions in the sphere of healthcare.

**Key words:** effective management, health costs, direct payments, health systems, control.

**JEL:** I11, H5

---

\* Lachezar Lazarov, PhD student, Department of Public Administration, University of National and World Economy, Sofia, email: united69@abv.bg