

СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКО РАЗСЛОЕНИЕ И СОЦИАЛНИ НЕРАВЕНСТВА В ЗДРАВЕТО

доц. д-р Божидар Ивков¹

Резюме: Значимостта на проблемите, свързани със социално-икономическото разслоение и здравето на населението, в резултат на задържащите се на постоянно високи нива социални неравенства и имащо пряко отношение към динамиката на здравните показатели за нивото на общественото здраве и влошаването на здравното състояние на населението, не подлежи на съмнение. Като резултат на това България заема челни позиции в отрицателната класация сред страните от ЕС по показателите за обща смъртност, смъртност по причини, свързани със социално значими заболявания, детска смъртност и средна продължителност на предстоящия живот. В същото време непрекъснатото увеличение и на личните, и на държавните разходи за здраве, особено през последните 2-3 години, показват тяхното неефективно изразходване. Това е съпроводено с още една характерна слабост на българската социална политика и по-специално в областта на здравеопазването – постоянното увеличение на разходите за здраве от джоба на българските граждани. Реализираният проект през 2015-2017 г. „Здраве, качество на живот, неравенства“, финансиран от фонд „Научни изследвания“, показва, че едномесечния разход за здраве от джоба на едно домакинство се равнява на 102 лева, а на едно лице 42 лева. Тези стойности дават основание да се предположи, че през 2015 г. домакинствата в България са изразходвали за здраве от джоба 3 630 мил. лв., което представлява 52% от разходите за здраве през същата година на НЗОК. Преобладаващата част от изразходваните средства са насочени за закупуване на лекарства и медицински изделия. В същото време са установени сериозни различия в разходите от джоба, направени за болнично лечение в публичните болници, от една страна, и в частните болници, от друга страна. Стойността на разходите от джоба за 1 леглоден в публичните и в частните болници се различава съществено и представлява 32 лв. в публичните и 160,70 лв. в частните болници. Същевременно броя на оказаните услуги в публичните болници е 154, а в частните 2,3 пъти по-малък.

На основата на анализа на публично достъпни статистически данни и на данните от проведените 4 социални изследвания, са изведени предложения за публични политики в сферата на здравеопазването.

Ключови думи: здраве, здравеопазване, социални неравенства, социално разслоение, разходи за здраве от джоба.

Съдържание

Въведение	2
Доходи на домакинствата в България	3
Разходи на домакинствата за здравеопазване	7
Разходи на домакинствата за здраве от джоба (Резултати от проведено социално изследване – 2015 г.)	9
Разходи за здраве от джоба за болнична медицинска помощ	16
Лекарствена политика	22
Основни изводи	23
Препоръки	24
Заклучение	25
Литература	27

¹ Д-р Божидар Ивков е доцент в Института за изследване на обществата и знанието при БАН, секция „Публични политики и социални промени“. Адрес за кореспонденция: bivkov56@gmail.com.

Въведение

Значимостта на здравето като интегрален показател за социално-икономическото развитие, както на всяка отделна страна, така и на цели региони, трудно може да бъде надценена. Фактът, че здравето чрез индикатора „продължителност на предстоящия живот“ влиза при изчислението на индекса на развитие на човешките ресурси, е достатъчно красноречив сам по себе си. Значимостта на здравето се потвърждава и от това, че то „може да бъде разглеждано като един от най-фундаменталните ресурси за социален и икономически напредък” Mladovski et al. (2009), както и един от най-чувствителните индикатори за благосъстояние и свобода Marinker (2002).

Комплексното и едновременно въздействие на множество биологични и социално-икономически фактори – пол, възраст, местоживеене, образование, трудов статус, обща и здравна култура, поставят своя отпечатък върху здравния статус, здравното поведение, неравенството на отделни групи и общности и в крайна сметка върху качеството на живот както на отделния индивид, така и на населението като цяло.

Доходите на населението, продължаващото доходно разслоение и наличието на елементи на фрагментация на обществото, като последица на подобно разслоение, продължават да бъдат едно от предизвикателствата пред страната. Значим, сам по себе си, проблемът с доходите на населението придоби още по-сериозно звучене след присъединяването на страната към ЕС. България, наред с Румъния получиха „статут” на най-бедни страни, а доходите на населението в тях са в пъти по-ниски не само от доходите на икономически най-развитите страни от съюза, но и от тези на по-голямата част от присъединилите се преди 2007 г. други 10 посткомунистически страни.

Естествено през годините на прехода и по-специално след 1997 г. са положени и продължават да се полагат усилия за повишаване на доходите на населението. Номиналните размери, както на паричните доходи, така и на общия доход бележат нарастване, но темповете на това нарастване са твърде ниски, а процесите на инфлация свеждат почти до изходна позиция номиналното нарастване. Това важи както за доходите от труд, така и за всички доходи от групата на т.нар. защитени плащания (пенсии, обезщетения, социални помощи и семейни помощи за деца). Докато индексите на нарастване на различните видове доходи се измерват с проценти, то цените на широко потребяваните стоки и услуги нарастват в пъти, а част от тези услуги и тяхното ценообразуване преминава в сивия сектор. Жизнено необходими услуги като отопление, транспорт и особено здравеопазване и лекарствоснабдяване започват да се превръщат в услуги на лукса.

Доходи на домакинствата в България

Отсъствието на политически консенсус и стратегия за развитие на социално-икономическите процеси в страната през последните десетилетия могат да бъдат определени като една от основните причини за задълбочаване или задържане на постоянно високо рисково ниво на социално-икономическото разслоение през този период. Динамиката на доходите на домакинствата и на лицата през периода показва белези на недобро балансиране на нарастването на основните източници на доходи. Доходите от работна заплата за последните 10 години (2008-2017) нарастват средно месечно с 20,63 лв. на едно домакинство. При доходите от пенсия това нарастване е в размер на 11,58 лв. За този период нарастването на доходите на лице от работна заплата е с 10,18 лв., а от пенсии с 5,58 лв. Тези темпове на нарастване, макар и клонящи към минималния необходим минимум, прикриват зад могъщата средна аритметична величина сериозни проблеми, свързани с генезиса, развитието и отсъствието на желание на власт имащите за управление на процесите на сериозно социално разслоение и на драстични социални неравенства в българското общество (таблица 1.).

Особено ярко потвърждение на ясно очертаните тенденции в социално-икономическото разслоение на населението и съществуващите драстични социално-икономически неравенства в достъпа до медицински услуги и реализацията на конституционно закрепеното право на здравеопазване на българските граждани, се вижда при анализ на данните, свързани с паричните доходи на домакинствата и на лицата по децилни групи – средно на домакинство и средно на лице (фиг. 1, 2, 3 и 4).

Таблица 1.

Паричен доход на домакинствата по източници на доходи

Източници на доходи	2008	2010	2015	2017
Средно на домакинство – левове				
Паричен доход	8 353	8 826	11 723	12 697
Брутен паричен доход	7 897	8 453	11 373	12 151
- Работна заплата	4 505	4 592	6 541	6 980
- Извън работна заплата	422	188	379	296
- От самостоятелна заетост	441	429	753	761
- От собственост	77	69	65	118
- Пенсии	2 010	2 791	3 085	3 399
- Обезщетения за безработни	17	57	48	46
- Семейни добавки за деца	57	81	94	91
- Други обезщетения и помощи	266	163	273	289
- Регулярни трансфери от други домакинства	104	81	152	171
Приходи от продажби	192	87	72	94
Други приходи	264	286	304	452

Средно на лице - левове				
Паричен доход	3 368	3 568	4 886	5 526
Брутен паричен доход	3 184	3 418	4 741	5 288
- Работна заплата	1 816	1 857	2 726	3 038
- Извън работна заплата	170	76	158	129
- От самостоятелна заетост	178	174	314	331
- От собственост	31	28	27	51
- Пенсии	810	1128	1 286	1 479
- Обезщетения за безработни	7	23	20	20
- Семейни добавки за деца	23	33	46	39
- Други обезщетения и помощи	107	66	103	126
- Регулярни трансфери от други домакинства	42	33	60	74
Приходи от продажби	77	35	30	41
Други приходи	106	116	116	197

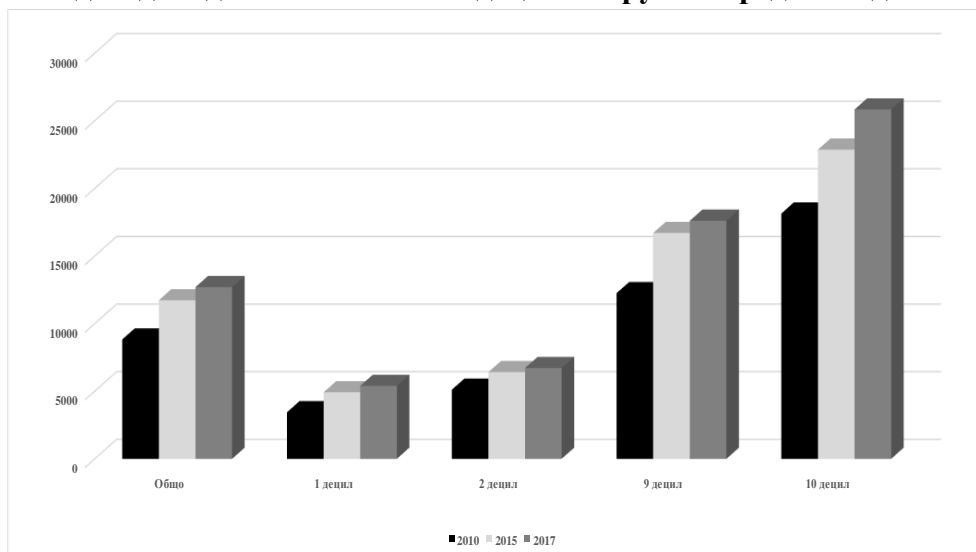
Източник: НСИ, бюджети на домакинството.

Съотношението между доходите на най-нискодоходните и на най-високодоходните групи показва, че всъщност в страната съществуват паралелно живеещи общности с коренно различни възможности за задоволяване дори на най-елементарните базисни човешки потребности и то след 30-годишни опити за трансформация и изграждане на едно по-справедливо общество.

Различието в доходите най-нискодоходните и най-високодоходните слоеве на населението от порядъка на 8,6 пъти през разглеждания период, са достатъчно красноречиви и говорят за реално и устойчиво съществуващи проблеми, свързани с подоходното разслоение.

Фигура 1.

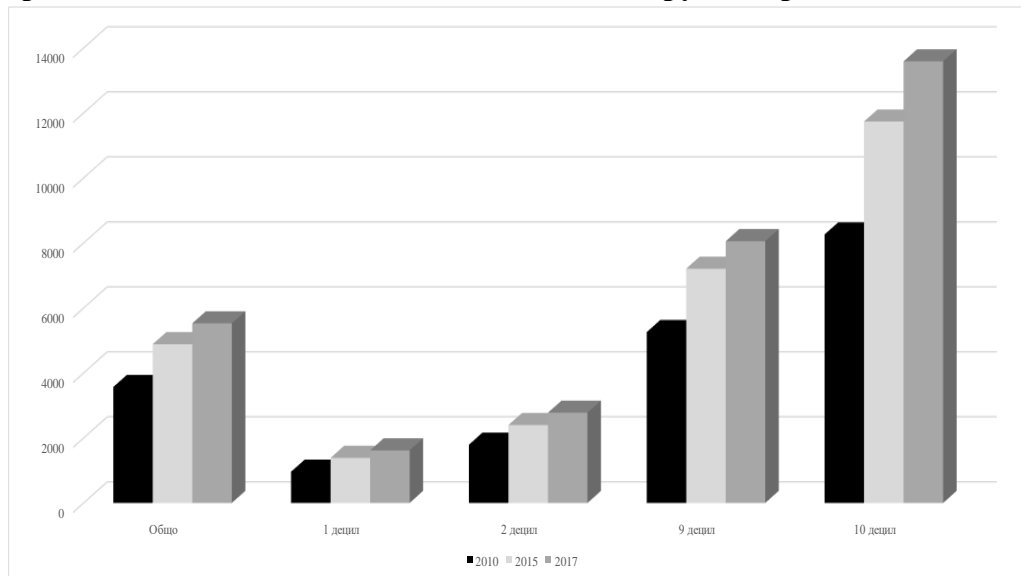
Паричен доход на домакинствата по децилни групи – средно на домакинство



Източник: НСИ, бюджети на домакинството за съответните години.

Фигура 2.

Паричен доход на домакинствата по децилни групи – средно на лице

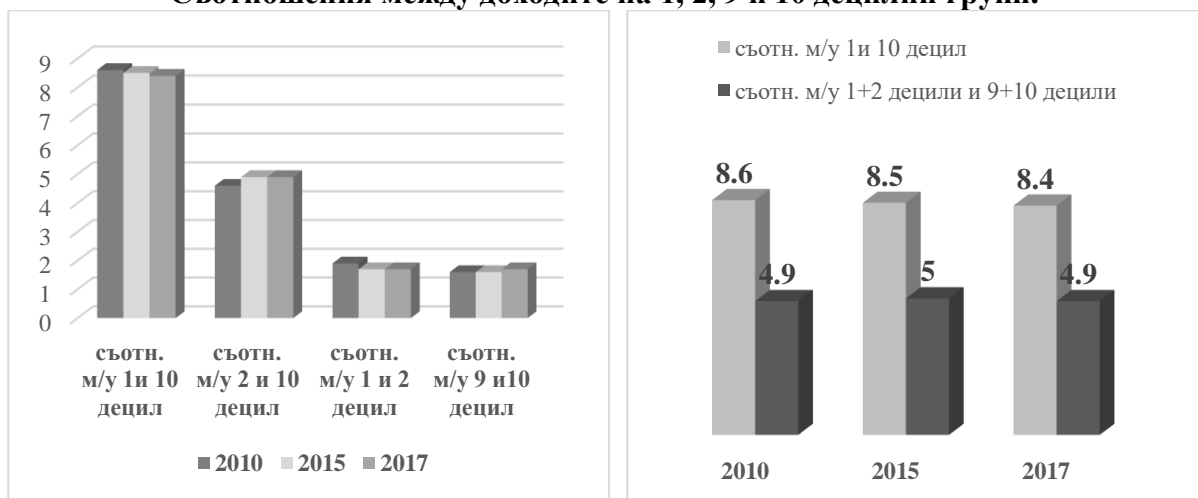


Източник: НСИ, бюджети на домакинството за съответните години.

Налице са и сериозни различия в равнищата на средномесечния общ доход на лице между 1-а и 2-а и 9-а и 10-а децилни групи (фиг. 3 и 4), като и в двете крайни двойки се регистрират значими разлики между по-ниско доходната и по-високо доходната група. При проведени предишни изследвания е установено, че след 2005 година и до днес съотношението в доходите между 1-а и 10-а децилни групи се задържа от порядъка на 8-8,5 пъти (Тонева 2011: 246-247).

Фигура 3 и 4.

Съотношения между доходите на 1, 2, 9 и 10 децилни групи.



Източник: НСИ, бюджети на домакинството за съответните години.

В същото време методиката за изчисление на коефициента на Джини се основава на сравнение между доходите на 20% най-бедни и 20% най-богати групи от населението. Характерен за България е факта, че обединяването на 1-а и 2-а децилни групи и на 9-а и 10-а децилни групи, всъщност изкривява реалната картина на неравенствата, като „повишава“ дохода на лицата от първа група и „понижава“ дохода на втората група (фиг.3 и 4). Този подход прикрива наличието на сериозни социални противоречия в обществото, които в определени моменти и при определени ситуации биха могли да доведат до екстремни ситуации. „Това неминуемо навежда на мисълта, че в страната са налице, поне от гл. т. на доходите, паралелно съществуващи сегменти от населението, между които, както диалога, така и икономическите, културните и социални взаимодействия и взаимоотношения са най-малкото силно затруднени или прекъснати“ (Тонева 2011: 247).

Не бива да се отминава без внимание и факта, че в 1-а децилна група 24,6% от лицата са на възраст под 16 години, докато в 10-а децилна група техният относителен дял е само 5,9%. Същото съотношение – макар разликите да са по-малки – се наблюдава и във 2-а и 9-а децилни групи – съответно 13,4% и 6,4%. Следователно над една трета (38%) от децата на България живеят в най-нискодоходните групи, а само 12,3% живеят в най-високо доходните групи. Подобно социално-икономическо разслоение, задържащо се в продължение на десетилетия гарантира появата на редица междупоколенчески проблеми в близка и средносрочна перспектива. Пораждат се т.нар. „ниши на бедността“, които се унаследяват от поколенията.

В най-нискодоходните групи попадат и 41,2% от жените на 60 и повече години и 22% от мъжете на 63 и повече години. С основание би могло да се твърди, че преобладаващата част от най-нискодоходните групи на България са предимно жени. Икономически активни са 45,6%, докато икономически неактивните са 54,4% в 1-а децилна група. В 10-а децилна група икономически активни са 75,6%, а икономически неактивни са 24,4%².

Тези данни дават достатъчно основание да се направи извода, че политиката по доходите през последните почти 30 години е погрешна и неадекватна на потребностите на общественото развитие.

² Данните са за 2017 и се отнасят за структурата на лицата в домакинствата по децилни групи.

Разходи на домакинствата за здравеопазване

През същия период паричните разходи, пряко свързани със здравето, показват интересна динамика и тенденции (таблица 2.).

Таблица 2.

Избрани групи парични разходи, пряко свързани със здравеопазването

Групи разходи	2008	2010	2015	2017
Средно на домакинство – левове				
Паричен разход	7 857	7 924	11 047	11 860
Потребителски паричен разход	6 684	6 774	9 182	9 706
- Храна и безалкохолни напитки	2 750	2 837	3 370	3 489
- Алкохолни напитки и тютюневи изделия	348	367	484	501
- Здравеопазване	385	447	594	642
- Свободно време, културен отдих и образование	298	282	545	528
Данъци	253	301	555	666
Социални осигуровки	299	358	727	822
Регулярни трансфери към други домакинства	147	137	136	145
Други разходи	493	353	460	521
Средно на лице - левове				
Паричен разход	3 175	3 204	4 605	5 161
Потребителски паричен разход	2 695	2 739	3 827	4 224
- Храна и безалкохолни напитки	1 109	1 147	1 405	1 518
- Алкохолни напитки и тютюневи изделия	140	148	202	218
- Здравеопазване	155	181	248	280
- Свободно време, културен отдих и образование	120	114	227	230
Данъци	102	122	231	290
Социални осигуровки	120	145	297	358
Регулярни трансфери към други домакинства	59	55	57	63
Други разходи	199	143	193	227

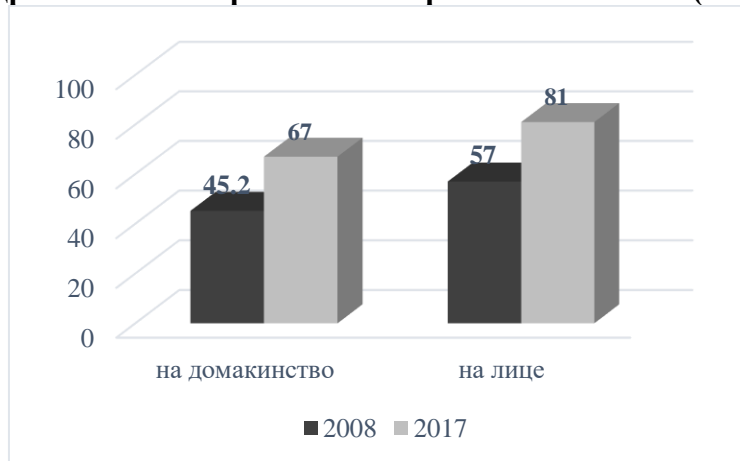
Източник: НСИ, бюджети на домакинството за съответните години.

Потребителският паричен разход нараства за периода 2008-2017 г. с 3022 лв., като разходите за здравеопазване на едно домакинство, в рамките на този разход, нарастват с 257 лв. Средно на лице от домакинството това нарастване е съответно с 1529 лв. и с 125 лв. Като относителни стойности обаче, установеното нарастване на потребителските парични разходи средно на домакинство е с 45,2%, а средно на едно лице – с 57%. Още по-демонстративни са нарастванията на потребителския паричен разход на домакинствата за здравеопазване. Средно на домакинство през визирания 10-годишен период това нарастване е с 67%, а средно на лице – с 81%. И в двата случая (средно на домакинство и средно на лице) нарастването на разходите за здравеопазване изпреварва осезаемо с по-високи темпове нарастването на потребителския паричен разход, т.е. в

първия случай има нарастване с 21,8 процентни пункта, а във втория с 24 процентни пункта (фиг. 5).

Фигура 5.

Нарастване на паричните потребителски разходи и на разходите за здравеопазване през 2017 г. в сравнение с 2008 г. (в %)³



Източник: НСИ, бюджети на домакинствата за съответните години.

Таблица 3

Структура на избрани групи парични разходи, пряко свързани със здравеопазването

Групи разходи	2008	2010	2015	2017
Средно на домакинство – %				
Паричен разход				
Потребителски паричен разход	100,0	100,0	100,0	100,0
- Храна и безалкохолни напитки	41,1	41,9	36,7	35,9
- Алкохолни напитки и тютюневи изделия	5,2	5,4	5,3	5,2
- Здравеопазване	5,8	6,6	6,5	6,6
- Свободно време, културен отдих и образование	4,5	4,2	5,9	5,4
Средно на лице - %				
Паричен разход				
Потребителски паричен разход	100,0	100,0	100,0	100,0
- Храна и безалкохолни напитки	41,2	41,9	36,7	35,9
- Алкохолни напитки и тютюневи изделия	5,2	5,4	5,3	5,2
- Здравеопазване	5,8	6,6	6,5	6,6
- Свободно време, културен отдих и образование	4,4	4,2	5,9	5,4

Източник: НСИ, бюджети на домакинството.

За периода 2008-2017 г. данните сочат, че разходите за здравеопазване нарастват и след 2010 г. твърдо се установяват на ниво 6,6% от потребителския паричен разход. В сравнение с разходите за здравеопазване по-висок е относителния дял само на разходите

³ Посочената информация е изработена въз основа на данните от НСИ за домакинските бюджети за потребителските парични разходи, тъй като разходите за здравеопазване попадат именно в тази група разходи.

за храна (35,9%), за жилище, вода, електроенергия и горива (18,2%) и транспорт (8,3). С други думи, тези 4 групи парични разходи оформят над две-трети от потребителския паричен разход (69%).

Разходи на домакинствата за здраве от джоба (Резултати от проведено социално изследване – 2015 г.)

От 2000-та година и до днес здравната система у нас продължава да търси „златното сечение“ за балансиране на финансовите интереси на държавата, обществото и доставчиците на доболнична и болнична медицинска помощ, от една страна, здравето състояние на населението – от друга страна. Именно в тази пресечна точка ние разглеждаме разходите за здраве от джоба (out-of-pocket expenditure). За изходен пункт в по-нататъшния анализ е прието **определението на разходи от джоба на ISPOR**: „...тази част от плащането, предоставена от физическо лице с негови или нейни собствени пари, за разлика от частта, която се плаща от застрахователя“ (ISPOR 2012: 55-56). Като вземаме предвид посоченото определение за „разходи от джоба“, освен наблюдаваните от НСИ посредством домакинските бюджети разходи, са включени и следните разходи:

- разходи за собствена сметка,
- потребителски такси,
- преки плащания на стоки и услуги, невключени в основния пакет на НЗОК на определени цени,
- преки плащания за услуги и стоки, включени в основния пакет на НЗОК, но пациентите са предпочели (или са били принудени от обстоятелствата) да ги получават извън техните регламенти (напр. без направление – независимо от причината) или от доставчик на медицински услуги без договор с НЗОК, както и
- заплащане от неосигурените лица, освен в случаите на животозастрашаваща ситуация,
- неформалните плащания. Като такива се приемат всички неофициални плащания, както и всички официални плащания, за които не е издадена фактура или касов бон, включително и корупционните практики, както в болничното, така и в доболничното здравеопазване.

Както се вижда в разработения от екипа, провел изследването, класификатор на разходите от джоба, са налице плащания и разходи, които в класификатора на НСИ са отнесени към други раздели. Това е и основната причина за съществените различия

между стойността на измерените от изследователите разходи от джоба и тези, установени от НСИ. Такова различие в подхода е възможно, тъй като НСИ работи по класификатор общ и единен за всички страни, членки на Евростат. Подобни изследвания на бюджетите на домакинствата, имат доста по-различни цели и функции от тези, които са поставени пред споменатия проект.

Въз основа на резултатите, получени от измерването на разходите на домакинствата за здраве от джоба, може да се изчисли в абсолютен размер средният разход на едно домакинство. Общият размер на регистрираните едномесечни разходи за здраве от джоба се равнява на 81 626 лв. Регистрираният среден месечен разход на едно домакинство е 102,03 лв., а на едно лице – 42,07 лв. Следователно, би могло да се приеме, че средният годишен разход на едно домакинство е 1 224,36 лв. и 504,84 лв. на едно лице (ЕСИ 2015). Национално представителният характер на изследването позволява допускането, че подобен е бил средногодишния разход на всеки от 7 202 200 граждани на България към 31.12.2014 г. (Здравеопазване 2016). Тези данни дават основание да се предположи, че през 2015 г. заплатените разходи за здраве от джоба могат да бъдат оценени между 3 630 000 000 лв. и 3 680 000 000 лв. Измерените стойности на разходите са подобни на аналогичните разходи, представени в „Проект на анализ на състоянието на финансирането на здравеопазването в България. Декември 2014 г.” (Проект 2014). В същия Проект „частният разход за здравеопазване се е увеличил от 26% през 1995 г. до 48,6% през 2012 г. като дела на плащанията със собствени средства се е покачил от 26% на 47,5%“ (пак там).

Резултатите от проведеното през 2015 година изследване „Разходи от джоба за здраве“, съпоставени с някои официални статистически данни, показват тревожното състояние и застрашителните потенциални опасности от дълбоко социално разслоение в страната (табл. 5, 6, 7 и 8).

Посочените средномесечни разходи за здраве от джоба, се разпределят, както следва (табл. 4):

Естествено възниква въпроса в каква степен тези разходи са в границите на възможностите на нискодоходните домакинства. Представа за това може да бъде получена от данните в таблици 5, 6, 7 и 8⁴.

⁴ Таблици от 1 до 8 вкл., са цитирани по: Ивков, Б., П. Попиванов, Д. Драганов, З. Тонева (2016)

Таблица 4.

Разходи на домакинствата за здраве от джоба по групи разходи

Групи разходи	Общ разход за групата (в лв.)	Брой домакинства, с такъв разход	Среден разход в лева		Разлика между колони 4 и 5	
			На 1 дом. (N=800)	На 1 дом., с такъв разход	В лева	В %
1	2	3	4	5	6	7
Болнична мед. помощ	5 157,00	53	6,4	97,3	90,9	1 520,3
Извънболнична мед. помощ	17 705,00	433	22,1	40,1	18,0	181,4
Мед. услуги при домашно лечение	567,50	19	0,7	29,9	29,2	4 271,4
Рехабилитационни мед. услуги	3 181,60	24	4,0	132,6	128,6	3 315,0
Допълнителни мед. услуги	3 235,30	174	4,0	18,6	14,6	465,0
Мед. продукти за извънболнично лечение	51 778,00	792	63,6	65,4	1,8	102,7

Бележка: Броят на домакинствата, имали разходи по отделните групи разходи надхвърля 800 поради това, че почти всяко домакинство е имало разход по повече от една група.

Таблица 5.

Средни месечни работни заплати и пенсии на наетите лица и пенсионерите и относителен дял на средния месечен разход за здраве от джоба на едно лице през 2015 г.

Среден месечни работни заплати и пенсии на наетите лица и пенсионерите	Размер в лева месечно	Отн. дял на средния разход за здраве от джоба на лице с такъв доход
Средна работна заплата	893,67	4,7
- обществен сектор	930,08	4,5
- частен сектор	881,75	4,8
Средна пенсия (всички видове, общо лични и наследствени)	321,78	13,1
Средна пенсия за осигурителен стаж и възраст (общо лични и наследствени)	339,68	12,4
Средна пенсия за инвалидност поради общо заболяване (общо лични и наследствени)	234,51	17,9
Средна пенсия поради трудова злополука и професионална болест (общо лични и наследствени)	271,30	15,5

Източник: НОИ, <http://www.noi.bg/>. **Бележка:** Стойностите на всички показатели за размера на работните заплати и пенсиите, са средно за периода от 1.01.-31.12.2015 г. Среден разход за здраве от джоба на едно лице – 42,00 лв. (ЕСИ 2015)

Таблица 6.

Минимални месечни размери на работната заплата и пенсиите на наетите лица и пенсионери и относителен дял на средния месечен разход за здраве от джоба на едно лице през 2015 г.

Минимални месечни работни заплати и пенсии на наетите лица и пенсионерите	Размер в лева месечно	Отн. дял на средния разход за здраве на лице с такъв доход
Минимална работна заплата (МРЗ)	370,00	11,4
Минимална пенсия за осигурителен стаж и възраст (ОСВ - лична)	157,44	26,7
Минимална пенсия за инвалидност поради общо заболяване (лична) в т.ч.		
- без група инвалидност	115,15	36,6
- над 90% тр.н.р.	181,60	23,2
- от 71 до 90% тр.н.р.	165,31	25,5
- от 50 до 70, 99% тр.н.р.	133,82	31,5
Минимална пенсия за инвалидност поради трудова злополука и професионална болест (лична) в т.ч.		
- без група инвалидност	115,15	36,6
- над 90% тр.н.р.	196,80	21,4
- от 71 до 90% тр.н.р.	181,06	23,2
- от 50 до 70, 99% тр.н.р.	157,44	26,7

Източник: НОИ, <http://www.noi.bg/>. **Бележки:** (1) Данните за размера на минималната работна заплата се отнасят за периода от 1.01.-31.12.2015 г., а за останалите плащания – към 31.12.2015 г. Среден разход за здраве от джоба на едно лице – 42,00 лв. (ЕСИ 2015); (2) тр.н.р. – трайно намалена работоспособност.

Таблица 7.

Видове социални пенсии (лични) и относителен дял на средния разход за здраве от джоба на едно лице през 2015 г.

Вид на месечната социална пенсия	Размер в лева месечно	Отн. дял на средния разход за здраве от джоба на лице с такъв доход
Социална пенсия за инвалидност (лична)		
- без група инвалидност	115,15	36,6
- над 90% тр.н.р.	138,18	30,5
- 71%-90% тр.н.р.	126,67	33,2
Социална пенсия за старост (лична)	115,15	36,6

Източник: НОИ, <http://www.noi.bg/>. **Бележка:** Данните за размера на социалните пенсии се отнасят към 31.12.2015 г. Среден разход за здраве от джоба на едно лице – 42,00 лв. (ЕСИ 2015).

Резултатите от изследването показват, че макар разходите за здраве от джоба да се приемат като някакъв общ интегрален показател, те имат своя специфична структура. Наблюдават се три агрегирани групи разходи. Първата са **разходите за лечебни услуги**, включващи болничната, извънболничната медицинска помощ и медицински услуги при домашно лечение. Това са здравни услуги, осъществявани почти изключително с жив труд на високо квалифицирани специалисти от болничната и извънболничната здравна

мрежа. Различните групи и видове разходи в тази агрегирана група разходи, са на обща стойност 23 430 лв. или 28,7% от общия разход. Налице обаче е ярко изразено разсейване около средния разход и най-вероятно именно това разсейване е основание за формиране на негативно обществено мнение.

Таблица 8.

Размер на общия доход на различни типове хипотетични домакинства и относителен дял на средния разход за здраве от джоба на едно домакинство през 2015 г,

Типове домакинства	Общ доход от всички източници		Общ доход от социални плащания		Общ доход от социални помощи при липса на други доходи	
	абсол. размер на дохода	% на средния разход за здраве	абсол. размер на дохода	% на средния разход за здраве	абсол. размер на дохода	% на средния разход за здраве
Двама родители, работещи на МРЗ, с 2 деца между 7-16 г., посещаващи редовно училище	825,00	12,4	85,00	120,0	204,10	50,00
Двама родители, неработещи и без право на обезщетение за безработица, с 2 деца под 7 г.	204,10	50,0	204,10	50,0	204,10	50,0
Двама родители, работещи на МРЗ, с дете с увреждане	1050,00	9,7	310,00	33,9	150,80	67,6
Родител, неработещ и без право на обезщетение за безработица, отглеждащ сам дете до 3 г. без увреждане	137,15	74,5	137,15	74,5	137,15	74,5
Родител, неработещ и без право на обезщетение за безработица, отглеждащ сам дете до 3 г. с увреждане 50%-70%	310,00	32,9	310,00	32,9	143,00	71,3
Двама възрастни над 65 г. на минимална пенсия за ОСВ, без увреждане	311,94	32,7	311,94	32,7	85,90	118,9
Двама възрастни над 65 г. на минимална пенсия за ОСВ, единият с 50%-70% тр.н.р.	330,79	30,8	330,79	30,8	107,90	94,5
Двама възрастни над 65 г. на минимална пенсия за ОСВ, единият с 71%-90% тр.н.р.	361,88	28,2	361,88	28,2	120,90	84,4
Двама възрастни над 65 г. на мин. пенсия за ОСВ, единият с над 90% тр.н.р. с чужда помощ	463,14	22,0	463,14	22,0	120,90	84,4
Самотен възрастен над 75 г. с 70%-90% тр.н.р.	206,02	49,5	206,02	49,5	107,25	95,1

Самотен възрастен над 75 г. с над 90% тр.н.р. с чужда помощ	307,17	33,2	307,17	33,2	107,25	95,1
---	--------	------	--------	------	--------	------

Бележка: При изчисляване размера на дохода на хипотетичните домакинства са отчетени възможните парични доходи от работни заплати, пенсии, социални помощи по Закона за социално подпомагане, семейни помощи по Закона за семейни помощи за деца и добавки за социална интеграция по Закона за интеграция на хората с увреждания. Социалните помощи в натура и целевите социални помощи, помощите по Закона за закрила на детето и по другите нормативни актове извън вече посочените, както и доходите от други възможни източници на пазарен доход извън социалните плащания (хonorари, дивиденди, лихви, доходи от собственост, приходи от продажба на имущество или от произведена селскостопанска продукция), не са вземани предвид. Среден месечен разход за здраве от джоба на едно домакинство – 102,00 лева.

Рехабилитационните и допълнителните медицински услуги представляват втората агрегирана група. По същество тя обединява медицинска помощ и услуги, които имат ясно изразен възстановителен характер или изпълняват спомагателни функции. В конкретния случай това са преди всичко транспортни услуги от и до здравните заведения. Тези услуги са отнесени към разходите за здраве поради факта, че те не биха били направени ако не са съществували съответните здравни потребности. Рехабилитационните дейности заслужават специално внимание поради факта, че разсейването около средния разход (4 лв.) е с много висока стойност. При домакинствата, които вероятно са могли да си позволят ползването на извънболнична рехабилитация, процентното увеличение на разхода е над 3 000% по-високо от средния разход. Това навежда на мисълта, че медицинската рехабилитация, като неотменима част от оздравителния процес, се е превърнала от необходимост в лукс.

Особен интерес предизвиква групата на **медицинските продукти за извънболнично лечение** (лекарства, протези, ортези и др.). За нея са изразходвани най-голям обем средства от джоба – 51 778 лв. или 63,6% от общия разход за здраве от джоба. В тази група са регистрирани разходи почти всички наблюдавани домакинства (729). Именно тук се крият и възможности за корекция и усъвършенстване на социалните и здравни политики чрез защита на обществения интерес и намаляване на бремето на разходите за здраве от джоба върху бюджетите на домакинствата на най-уязвимите социални групи и категории.

Обобщаването на изразходваните средства за здраве от джоба в една глобална сума крие опасност от замъгляване на реалните разходи, направени от различни категории от населението в зависимост от доходите, участието или неучастието им в разхода за различните групи разходи, местоживеенето и др. Средният разход за здраве от джоба между различните типове населени места показва тенденция за разделянето им в две групи – големи градове (София и областни градове) и малки градове и села. Тази

тенденция показва, че с намаляване на териториалната и организационната достъпност и на възможностите за потребление на здравни услуги и медицински продукти в малките населени места, разходите за здраве от джоба се увеличават. Тази нормативно гарантирана достъпност е съпроводена от недостатъчна и некачествена инфраструктура, по-високи нива на безработица в малките населени места, по-ниско заплащане на труда, липса на инвестиции и силно влошена демографска структура. Всички тези проблеми са едновременно и причина, и следствие на здравни неравенства, продуцирани преди всичко от публични политики в социалната сфера.

Друга, много сериозна разделителна линия на неравенства в разходите за здраве от джоба, са доходите на лицата и домакинствата. Според относителния дял на разходите за здраве от джоба спрямо месечните заплати и пенсии на наетите лица и пенсионерите ясно се обособяват три групи. Група на изразходващите за здраве от джоба **под 5%** от месечния си доход. В тази група влизат само работещите, чиято средна месечна работна заплата, както в обществения, така и в частния сектор, е между 881,75 лв. и 930,08 лв. Втората група включва в себе си лицата, чийто среден разход за здраве от джоба е между **11,4% и 17,9%**. Това са лицата, получаващи минимална работна заплата или различни видове средни пенсии. Тук се включват всички лица със среден месечен доход над линията на бедността за 2015 година, т.е. 286 лв. В третата група влизат лицата, получаващи всички видове минимални или социални пенсии. Разходите за здраве от джоба тук се движат в границите от **една четвърт до над една трета** от пенсиите им. Ако вземем предвид факта, че средните разходи за здраве от джоба при заболяване много лесно могат да се превърнат в екстремни, то ясно е, че за преобладаващата част от населението в страната дилемата здравословно хранене или лечение съвсем не е имагинерна. Това поддържа прогресиращото обедняване на населението и води до критично увеличаване на дълбочината на бедността, а като следствие се влошава здравословното състояние на населението. С други думи порочния кръг се затваря. Доказателство за подобно твърдение е констатираната разделителна линия, показваща факта реализирало ли е лицето или домакинството разход за здраве от джоба по една или повече групи разходи или не е. Потребността от ползване и съответно разход в посочените групи автоматично увеличава величината на средния разход, който не рядко придобива катастрофални размери. В такива случаи лицата и домакинствата са поставени в ситуации на принудителен избор. Наличието на подобна принуда е сериозно доказателство за съществуване на депривация по отношение на разходите за здраве от джоба.

Разходи за здраве от джоба за болнична медицинска помощ

Болничната медицинска помощ⁵ и по-специално нейното качество, обем, достъпност, финансиране, оборудването на болниците със съвременна апаратура, наличието на достатъчен, висококвалифициран и мотивиран персонал, винаги са стояли в основата на формирането на обществените нагласи, очаквания и оценки, както за здравеопазването като система, така и за медицинското съсловие.

Общият годишен разход от джоба за болнична медицинска помощ за 2014 г. се равнява на 90 236 лева⁶. В тази сума се включват разходите от джоба за реализираните 174 хоспитализации и проведените 1 468 леглодни. Същият разход за първото четиримесечие на 2015 г. се равнява на 30 339 лева. В тази сума се включват разходите за 109 хоспитализации и 733 леглодни (таблица 9).

Структурата на таблица 9 е изградена от 3 панела. В първия е представена информация за съобщените от респондентите разходи по групи разходи, а относителните дялове са изчислени съответно спрямо 35 229 лв. (за 2014 г.) и 13 780 лева (за 2015 г.) Във втория панел е посочен разхода в случаите, когато респондентите са посочили глобална сума, но не са могли да посочат сумите по отделните групи разходи, а относителния дял е изчислен спрямо ред „Всичко“ (3-и панел).

Събраната информация осигурява възможност да бъдат анализирани и съпоставени разходите от джоба за болнична медицинска помощ за публичните болници, от една страна, а от друга страна – за частните болници. Проблемите, свързани с разходите от джоба за болнично лечение от гледна точка на собствеността на болниците представлява особен интерес. За целите на структурирането, различните групи разходи са разпределени в четири блока в зависимост от характера на всеки разход, принадлежността му към различни нормативни и поднормативни актове, както и легитимността на разхода от гледна точка на медицинската етика и право. Естествено, както при всяко структуриране, подобно подреждане е повече или по-малко атакуемо от гледна точка на пристрастност или субективизъм. Включването на групите разходи в новосформираните блокове обаче, дава възможност проблемите да бъдат погледнати от ъгъл, осигуряващ по-голяма конкретизация на анализа.

⁵ В текста термините „болнична медицинска помощ“ и „болнично лечение“ се използват като синоними.

⁶ Отговорите за размера на направените разходи се базират на съобщения от интервюираните домакинствата за изминали периоди.

Таблица 9⁷.

Разходи от джоба за болнична медицинска помощ за периода 01.01.2014 – 31.12.2014 г.

Групи разходи	Брой случаи	Разходи (в лева)	Относителен дял
Такси, консумативи, медицински изделия	132	8155,00	23,2
Лекарства	34	3354,00	9,3
Изследвания	18	2425,00	6,9
Консултации	13	591,00	1,7
Избор на екип	3	1380,00	3,9
Операция, раждане	16	7260,00	20,7
Пари на ръка	9	1160,00	3,3
Храна за болния	67	2415,00	6,8
Транспорт	135	3911,00	11,1
Предметни подаръци	32	924,00	2,6
Дарения	4	1490,00	4,2
Друго	6	2164,00	6,1
Разходи по групи	469	35229,00	39,0
Разходи, без да е посочена групата	104	55007,00	61,0
Всичко	573	90236,00	100,0
01.01.2015 – 30.04.2015 г.			
Такси, консумативи, медицински изделия	66	3181,00	23,1
Лекарства	15	822,00	6,0
Изследвания	9	544,00	3,9
Консултации	3	125,00	0,9
Избор на екип	1	800,00	5,8
Операция, раждане	7	3662,00	26,6
Пари на ръка	4	1010,00	7,3
Храна за болния	29	1176,00	8,5
Транспорт	63	1573,00	11,4
Предметни подаръци	12	605,00	4,4
Дарения	1	150,00	1,1
Друго	2	132,00	1,0
Разходи по групи	210	13780,00	46,4
Разходи, без да е посочена групата	104	16559,00	54,6
Всичко	314	30339,00	100,0

Първият блок разходи отчита доколко всяка от групите разходи са присъщи или не за болничното лечение. Тук влизат като косвен разход транспортът и разходите за храна на болния в болницата. Храненето придобива характер на косвен разход за болния, тъй като в клиничните пътеки то не е посочено, независимо че в болниците организират и осигуряват храненето на болните в зависимост от финансовите средства, които могат да заделят за тази цел. Поради това то е неприемливо качествено и количествено за

⁷ Таблици от 9 до 11 са цитирани по: Попиванов, Пл., Б. Ивков, З. Тонева, Д. Драганов (2017)

мнозинството болни и те са принудени да разходват средства от джоба за изхранването си. В някои нормативни документи то съществува, но без да е уточнено по какъв начин ще бъде финансирано. С други думи, към настоящия момент болничното хранене изкуствено е поставено в статус на косвени разходи за болния и неговото домакинство и следователно се приема, че то не е присъщо за лечебния процес, колкото и парадоксално да звучи това.

Вторият блок разходи включва нормативна и административна регулация, която носи принудителен характер, а някои от разходите са резултат на недобре обмислени решения на НЗОК и МЗ. Това, от една страна, е свързано с концепцията за доплащане (copayment) като средство за регулиране на правото на болнично лечение и предотвратяване на възможните злоупотреби с него. От друга страна, решението за доплащане се основава на стремежа масовият индивидуален рекет над пациентите да бъде изведен на светло и овладян.

По-внимателното вглеждане в характера и видовете на тези нормативно и административно регулирани разходи поражда съмнения за обмислен и успешно реализиращ се институционален рекет на пациентите.

Третият блок разходи включва корупционните практики, съществуващи в болниците. Трябва да се има предвид факта, че не малка част от предметните подаръци се правят след изписване от болницата и по-скоро са жест на благодарност и/или остатъци от обичайната практика в България медицинският персонал да бъде почерпен за здраве (на болния). Фактически тези случаи трудно се вметват в дефиницията на понятието „корупция“. Според чл. 2 на Гражданската Конвенция за корупция тя представлява „искането, предлагането, даването или приемането... на подкуп или всяка друга неследваща се облага или обещаването на такава“. Несъмнено подлежи на дискусия доколко и на какво основание един предметен подарък (най-често това е букет цветя, бутилка скъп алкохол, кутия бонбони, торта), направен след приключило лечение, може да бъде разглеждано като подкуп и/или корупция. Подобно поведение в рамките на нашата културна традиция се приема преди всичко като символен жест на благодарност за положените грижи.

Четвъртият блок е формиран от други разходи, които не попадат в горните три блока.

Средният разход от джоба на домакинствата за болнична медицинска помощ в публичните и частните болници за един случай е следната (таблица 10)

Таблица 10.

Структура на средния разход от джоба за болнична медицинска помощ в публични и в частни болници за 1 случай (в лв.)

Групи разходи	Разходи в публични болници	Разходи в частни болници
1.01.2014-31.12.2014 г.		
1. Неприсьщи за болнично лечение разходи		
1.1. Храна за болния	35,42	40,62
1.2. Транспорт	23,79	52,92
Общо	27,83	49,84
Относителен дял	27,1	11,7
2. Нормативно регулирани и административно принудителни разходи		
2.1 Разходи по желание на пациента		
2.1.1. Избор на екип	800,00	290,00
2.1.2. Операция, раждане	185,00	255,20
2.1.3. Дарения	410,00	335,00
2.2. Разходи поради грешки и недомислици на НЗОК и МЗ		
2.2.1. Такси, консумативи, медицински изделия	36,24	144,96
2.2.2. Лекарства	107,91	76,40
2.2.3. Изследвания	59,46	330,40
2.2.4. Консултации	30,85	62,50
Общо	88,06	198,20
Относителен дял	57,0	77,4
3. Корупционни разходи		
3.1. Пари на ръка	137,14	100,00
3.2. Предметни подаръци	25,18	48,80
Общо	48,24	63,43
Относителен дял	9,4	3,3
4. Други разходи, непопадащи в горните разходи		
Общо	283,75	514,50
Относителен дял	6,5	7,6
1.01.2015-30.04.2015 г. (в лв.)		
1. Неприсьщи за болнично лечение разходи		
1.1. Храна за болния	32,52	71,34
1.2. Транспорт	24,75	25,67
Общо	27,28	38,71
Относителен дял	28,7	11,6
2. Нормативно регулирани и административно принудителни разходи		
2.1 Разходи по желание на пациента		
2.1.1. Избор на екип	800,00	-
2.1.2. Операция, раждане	555,00	510,40
2.1.3. Дарения	-	150,00
2.2. Разходи поради грешки и недомислици на НЗОК и МЗ		
2.2.1. Такси, консумативи, медицински изделия	32,16	76,25
2.2.2.. Лекарства	58,62	30,00
2.2.3. Изследвания	46,50	88,33
2.2.4. Консултации	20,00	52,50
Общо	66,49	134,10
Относителен дял	64,1	70,5
3. Корупционни разходи		
3.1. Пари на ръка	90,00	415,00
3.2. Предметни подаръци	33,89	300,00

	Общо	44,09	376,70
	Относителен дял	7,2	16,1
4. Други разходи, непопадащи в горните разходи			
	Общо	-	66,00
	Относителен дял	-	1,9

Резултатите показват, че разходите от джоба на домакинствата в двата вида болнични заведения – публични и частни, са много близки по размер. В същото време разликите в разходите от джоба по показатели за дейност между публичните и частните болници, са твърде сериозни (таблица 11).

Таблица 11.

Разлики в разходите от джоба по показатели за дейност между публичните и частните болници

Показатели	Публични болници (ПБ)	Частни болници (ЧБ)
1.01.2014-31.12.2014 г.		
Разход от джоба	46 851,00 лв.	43 385,00 лв.
Хоспитализации	174 бр.	40 бр.
Леглодни	1468	270
Стойност на един леглоден от джоба	31,91 лв.	160,68 лв.
Стойност на една хоспитализация от джоба	269,25 лв.	1084,62
Съотношение брой хоспитализации ПБ към ЧБ	4,35	1
Съотношение брой леглодни ПБ към ЧБ	5,43	1
Съотношение разходи от джоба ПБ към ЧБ	1,07	1
Съотношение стойност на един леглоден ПБ към ЧБ	1	5,43
Съотношение в стойността на една хоспитализация в ПБ към ЧБ	1	4,02
1.01.2015-30.04.2015 г.		
Разход от джоба	16008 лв.	14331 лв.
Хоспитализации	84 бр.	25 бр.
Леглодни	601	132
Стойност на един леглоден от джоба	26,63 лв.	108,56 лв.
Стойност на една хоспитализация от джоба	190,57 лв.	573,24 лв.
Съотношение брой хоспитализации ПБ към ЧБ	3,36	1
Съотношение брой леглодни ПБ към ЧБ	4,55	1
Съотношение разходи от джоба ПБ към ЧБ	1,01	1
Съотношение стойност на един леглоден ПБ към ЧБ	1	4,07
Съотношение стойност на една хоспитализация в ПБ към ЧБ	1	3,00

Бележка: Под леглоден се визират само разходите от джоба за 1 ден престой в болница.

Всичко казано до тук показва, че разходите от джоба за болнично лечение представляват сериозен проблем за българските домакинства, в случаите в които се налага да бъде хоспитализиран някой от членовете на домакинството. Общата стойност на разходите от джоба за болнично лечение през 2014 г. е 90 236 лева, а през първите четири месеца на 2015 г. – 30 339 лева. Или средно месечно 7519 лева през 2014 г. и 7585 лева през първото четиримесечие на 2015 г. Всяка хоспитализация е натоварила бюджета на 174-те домакинства през 2014 г. с 422 лева допълнителни разходи годишно. За първото четиримесечие на 2015 г. тази сума е 278 лева, заплатена от 84 домакинства.

Разгледани по групи разходи, разходите от джоба, дължащи се на нормативно регулиране и административна принуда, представляват 68,7% през 2014 г. и 67,4% през първото четиримесечие на 2015 г. По същество тези разходи се дължат от една страна на евфемистични „желания“ на пациентите да заплатят определени средства, а от друга са следствие на грешни и не добре обмислени решения на МЗ и НЗОК. Не рядко тяхното съществуване е резултат на поднормативни актове и при по-прецизен анализ се вижда, че те противоречат в не малка степен на Конституцията на страната и на действащото законодателство.

Собствено корупционните разходи и по-специално тези, с платени пари на ръка, всъщност представляват рядка практика. През 2014 г. това са 9 случая или 1,9%, а през 2015 г. 4 случая, също 1,9% от регистрираните разходи по групи.

Съотношението между разходите от джоба в публичните и в частните болници доказва неколкократно по-високите стойности на тези разходи в болниците с частно финансиране (табл. 9 и 10). Това, само по себе си, е предпоставка за асиметрия на потоците пациенти на такива, които са достатъчно платежоспособни, за да платят от джоба 1084 лева за 1 хоспитализация в частна болница, и такива, които трябва да се ориентират към публичните болници, в които за оказаните дейности и услуги, ще изразходват 3-4 пъти по-малко средства.

Лекарствена политика

Разходите на домакинствата за **извънболнично лечение** заемат водещо място сред всички останали видове и групи разходи. Те представляват 64,3% от общите разходи на домакинствата за здраве. Казано с други думи – почти две трети от всички разходи. Средният разход на едно домакинство за медицински продукти за извънболнично лечение е 66,65 лв, като разходи в тази група разходи не са имали само 12 домакинства. Всичко това налага тези разходи да бъдат подложени на анализ не само за тяхното

разпределение вътре в групата разходи, но и да се потърсят водещите особености и причини, отнасящи се до формирането на цените на лекарствата у нас.

Несъмнено България е малък пазар за лекарствени средства и поради това фармацевтичните фирми приоритизират по-големите европейски пазари. В резултат, медикаментите идват по-късно в България и са скъпи по отношение на доходите на българските домакинства.

Официалната политика на ЕС стимулира паралелната търговия на лекарствени средства и медикаменти. При наличие на големи разлики в цените на медикаментите за производител лекарствата се трансферират от страните с по-ниска цена (например България) в страните с по-висока цена (например Германия) и се генерират печалби за търговците на едро. Това създава изкуствен дефицит на лекарства, които вече са внесени в България (например някои видове инсулини, медикаменти за лечение на онкозаболявания и др.) и са обект на паралелна търговия. Това поддържа по-високи цените на лекарствата в по-бедните пазари, за да са по-близки с тези в богатите пазари. Паралелната търговия би могла да стане неизгодна и по този начин да не се генерират загуби от реекспорта за фирмите производителки.

В България регламентиращото законодателство за генеричните продукти, намалява цената на генеричния продукт с минимум 20% в сравнение с оригинала, докато например във Франция намалението е с минимум 40%.

По принцип цените на оригиналните продукти на западните фирми са високи. Те обаче в редица случаи са склонни да намалят цените (особено при тръжни процедури), при условие, че това няма да бъде официално регистрираната цена, защото регистрирането на по-ниска цена за България автоматично става референтна за много страни от ЕС. Фармацевтичните фирми са склонни да предложат по-ниски цени само ако това няма да повлияе върху цените на по-големите европейски пазари. В това отношение българското законодателство реагира неадекватно спрямо съществуващите възможности за намаление на цените на дребно на лекарствените средства.

Лекарствата в България са натоварени с 20% ДДС, така както този данък се заплаща за всички останали стоки и услуги. Той се заплаща пряко от потребителя. У нас болните плащат за необходимите им лекарства точно такъв по размер ДДС, какъвто се плаща за закупуване на луксозни стоки и значително по-висок ДДС от този за хазарта. Не може да се приеме като състоятелен аргумента на част от политиците и финансистите, че при различна стойност на ДДС за лекарствата контролът ще бъде затруднен. В същото време

в страните от Европейския съюз ДДС върху лекарствата е по-нисък от този в България, в някои случаи в пъти.

Регламентираните надценки на търговците на едро и на търговците на дребно у нас, са по-високи от тези в редица страни от ЕС. В България търговците на едро (дистрибуторите) начисляват 6% от крайната цена или максимално 10 лева, а търговците на дребно (аптеките), начисляват 15% или максимално 25 лева, т.е. сумарно се увеличава цената за крайния потребител с 21% или максимално с 35 лева. *Политиците у нас се хвалят, че стойността на закупените от производител лекарствени продукти е най-ниска в сравнение с останалите страни в ЕС, но премълчават, че търговските надценки и ДДС увеличават с 40% цената за потребителя.*

В резултат на всичко изложено до тук фирмите производителки на оригинални лекарствени продукти изтеглят някои от тях от българския пазар и не предлагат по-ниски цени, съобразени с възможностите на потребителите у нас. В следствие на това намалява разнообразието от медикаменти и цените им са по-високи.

Основни изводи

На основата на всичко казано до тук могат да се направят следните **основни изводи** по отношение на разходите за здраве от джоба на домакинствата в България и на предизвиканите от тях социални неравенства в здравето:

1. Разходите за здраве от джоба на преобладаващата част от домакинствата в България са непропорционално високи в сравнение с доходите.

2. Тези разходи водят до здравни неравенства, особено силно изразени при лицата и домакинствата, живеещи с доходи под линията на бедност. Подобни са и здравните неравенства между живеещите в големите градове и в малките населени места.

3. При заболяване на член от домакинството високите разходи за здраве от джоба достигат катастрофални размери (36%), особено силно изразени при лицата с минимални месечни размери на работна заплата и пенсия. При най-силно уязвимите групи месечните разходи за здраве от джоба достигат абсурдни стойности – 50%, 90% и дори 118%.

4. Високите разходи за здраве от джоба, особено в случаите на тежко и/или хронично заболяване, са основен фактор за изпадане в абсолютна бедност и социална депривация.

5. Широко отворената ножица между неравенствата в доходите и в разходите за здраве от джоба допуска две хипотези. От една страна, доходът като фактор опосредства ролята на множество други фактори, но не е пряка причина за нивото на здравния статус.

От друга страна, влиянието на доходите само по себе си е опосредствано от други фактори (състояние на системата за здравеопазване и нейната правна основа, възраст, образование, местоживеене и др.). Втората хипотеза показва, че модела на връзката и влиянието ѝ не е линейно, т.е. нарастването на дохода не води автоматично до по-висока самооценка на здравето, а следва по-сложни закономерности.

6. Резултатите, както от наблюдението на домакинските бюджети на НСИ, така и на проведеното изследване на разходите на домакинствата за здраве от джоба показват, че най-висок е абсолютния размер и относителния дял на разходите за извънболнична помощ и най-вече на разходите за лекарствени средства и други фармацевтични продукти.

7. Резултатите от изследването на разходите за здраве от джоба на българските домакинства, ясно показват неефикасност на лекарствената политика у нас, поради несъвършено законодателство, липса на гъвкавост и дисбаланс между пазарната и социалната ориентираност на институциите и нормативната база. Често се забравя, че здравеопазването е една от най-съществените социални функции на държавата. За съжаление лекарствените политики и практики са по-скоро „силови”, отколкото „добри” и балансирано пазарни и в това отношение ние изоставаме от старите страни на ЕС.

Препоръки

1. Необходимо е усъвършенстване на съществуващите социални и здравни политики и насочването им към намаляване на тежестта на разходите за здраве от джоба, с цел смекчаване на тенденциите, водещи към социално изключване и маргинализация на значителни по брой социални групи.

2. Резерви за това могат да се търсят във въвеждане на семейно подоходно облагане на пропорционален принцип, изпълнение от страна на държавата на поетите ангажименти за заплащане на осигурителните вноски в НЗОК в пълен размер на определени категории лица и възстановяване на солидарния принцип на организация на осигурително здравеопазване, на което да подлежат всички доходи на всички физически лица, независимо от техните размери.

3. Министерство на труда и социалната политика да поеме чрез специални програми **разходите за здравеопазване** на лицата с доходи под гарантирания минимален доход.

4. Министерство на здравеопазването, Министерство на труда и социалната политика и НЗОК да разработят механизъм за възстановяване на разходите за болнично

лечение на здравно неосигурени лица, които **са** контингент на службите за социално подпомагане.

5. Министерство на здравеопазването, Министерство на труда и социалната политика, Министерство на финансите, НАП и НЗОК да разработят механизъм за възстановяване на разходите за болнично лечение на здравно неосигурени лица, които **не са** контингент на службите за социално подпомагане.

6. Да се възстанови възможността на НЗОК да провежда търгове за внос на лекарствени средства и медицински изделия, както и да сключва договори за здравни грижи само със здравни заведения и аптеки, отговарящи на критериите на НЗОК.

7. Ежегодно да се коригират бюджетите на МЗ и НЗОК с процента на инфлация за предходната година.

Заклучение

На пръв поглед се създава впечатлението, че българският законодател е създал стройна, взаимосвързана и допълваща се нормативна уредба, която създава условия за достъпна безплатна здравна помощ и гаранции за нейното упражняване, скрепени със силата на държавната принуда. На практика, обаче в сферата на здравеопазването съществуват повече от 100 нормативни акта, които създават повече хаос, отколкото ред. Нещо повече – повечето от разписаните права на гражданите не са гарантирани със съответна санкция, която да гарантира тяхното упражняване. В много от случаите няма ясно разписани правила кой е компетентният орган, който следва да гарантира достъпа до съответната услуга, да следи за нейното изпълнение и съответно да налага санкции при неизпълнение. Повечето от нормите са общи, бланкетни. Създадената уж стройна система от министерство, каса, изпълнителни агенции на практика води до прехвърляне на отговорност и колективна безотговорност.

Какво означава да бъде гарантиран достъп до една услуга? – Да бъдат създадени такива правни и фактически механизми, които да позволят на практика нейното ползване от всички правоимащи лица. Тоест субектът на едно право да може действително да го реализира. И тъй като на всяко право стои насрещно задължение на друг правен субект, то следва да бъдат създадени и санкции при неизпълнение на задължението на насрещния субект.

Ето защо достъпът до медицинска помощ, разгледан в широк смисъл, следва да включва правна и фактическа възможност на правоимащото лице за безплатно възползване от следните дейности:

- Превоз/транспорт на пациента до изпълнителя на медицинска помощ /ИМП/ и обратно до дома му;
- Административни услуги – издаване на удостоверения и др. документи, свързани с лечението му;
- Диагностика/Изследвания– лабораторни, инструментални, манипулационни /биопсия/;
- Специализирана медицинска консултация – обсъждане на диагнозата и взимане на решение за вида лечение – съвместно от лекаря-специалист и пациента;
- Хоспитализация;
- Лечение – консервативно /медикаментозно/;
- Лечение – манипулационно /оперативно или друго/;
- Осигуряване на медицински изделия /протези, планки, пирони, стентове, пейсмейкър и др./;
- Осигуряване на медицински консумативи /марли, бинтове, игли/;
- Осигуряване на храна по време на престоя му лечебното заведение;
- Грижа от неспециализиран медицински персонал /санитари/;

Само тогава, когато едно правоимащо и нуждаещо се от медицинска помощ лице е в състояние да получи всички тези блага, в моментът, в който са му необходими, само тогава може да се говори за достъпна медицинска помощ. Всички останали случаи на несвоевременна, забавена, лоша услуга са приравнени на липса на услуга.

Съгласно чл.12 от Международния пакт за икономически, социални и културни права (обн. ДВ бр.43 от 28 май 1976 г.) “Държавите –страни по този пакт признават правото на всяко лице да постигне възможно най-добро състояние на физическо и душевно здраве. Мерките, които държавите –страни по този пакт ще вземат, за да се осъществи това право, трябва да включват и мерките, необходими за: d) създаването на условия, които да осигурят на всички медицинска помощ и медицинско обслужване в случай на болест”.

Литература

Здравеопазване (2016) *Здравеопазване 2015*. НСИ и НЦОЗА, София.

ЕСИ (2015) *Разходи за здраве от джоба на домакинствата в България*. ЕСИ реализирано в рамките на проект „Здраве, качество на живот, неравенства“, 2015-2017 г., финансиран от фонд „Научни изследвания“.

Здравеопазване (2015). Кратък статистически справочник, МЗ – НЦОЗА, стр. 12

- Ивков, Б., П. Попиванов, Д. Драганов, З. Тонева (2016) Разходи за здраве от джоба на домакинствата в България. В: *Социална медицина*, бр. 2, сс. 41-44.
- Попиванов, П., Б. Ивков, З. Тонева, Д. Драганов (2017) Разходи за здраве от джоба на домакинствата в България за болнично лечение. В: *Социална медицина*, бр. 1, сс. 36-41.
- Проект (2014) Проект на анализа на състоянието на финансирането на здравеопазването в България. Декември, 2014 г. Финансиране на здравния сектор в България. Програма за консултантски услуги, стр. 182.
- Тонева, З. (2011) Доходи и имущество на населението. В: П. Найденова (ред.) *Населението на България в началото на XXI век. Състояние и тенденции*. АИ „проф. Марин Дринов“, София, сс. 240-275.
- ISPOR (2012) *Разходи, качество и резултати в здравеопазването*. Мерилин Д. Смит (гл.ред.). Изд. Инфофарма, сс. 55-56.
- Marinker, M. (ед.) (2005) Madrid's Framework. In: *Eurohealth*, Vol 11 No 1, 2.
- Mladovsky, P., S. Allin, C. Masseria, C. Hernández-Quevedo, D. McDaid, E. Mossialos (2009) *Health in the European Union. Trends and analysis*. European observatory on Health systems and Policies.