

ФИНАНСОВИ ДЕФИЦИТИ И СОЦИАЛНИ НЕРАВЕНСТВА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Валери Апостолов¹

Резюме

Настоящата студия анализира връзката между финансовите дефицити и социалните различия в здравната система на България, Германия, Чехия и Естония, като поставя акцент върху достъпа до услуги, различията град-село, проблемите на неосигурените лица и допълнителните финансови бариери пред пациентите. Финансирането на здравеопазването е не само икономически въпрос, но и въпрос на социална справедливост. Недостигът на ресурси води до ограничен достъп до медицински услуги, а това поражда социални неравенства.

Ключови думи: финансиране на здравеопазването; социални неравенства; медицински услуги; достъп до услуги;

JEL: I13;I14; I18;

FINANCIAL DEFICITS AND SOCIAL INEQUALITIES IN HEALTHCARE

Valeri Apostolov²

Abstract

This study analyzes the relationship between financial deficits and social disparities in the healthcare systems of Bulgaria, Germany, the Czech Republic and Estonia, focusing on access to services, urban-rural disparities, the problems of the uninsured and additional financial barriers for patients. Healthcare financing is not only an economic issue, but also a matter of social justice. The lack of resources leads to limited access to medical services, which in turn creates social inequalities.

Keywords: health financing; social inequalities; medical services; access to services;

JEL: I13;I14; I18;

¹ Доц. д-р, катедра „Човешки ресурси и социална защита“, Университет за национално и световно стопанство, : valeriapostolov@unwe.bg

² Assoc. Prof., PhD Department Human Resources and Social Protection, University of National and World Economy, : valeriapostolov@unwe.bg

Увод

Здравната система в България се финансира основно чрез задължителното здравно осигуряване, администрирано от Националната здравноосигурителна каса. Към това се добавят публични трансфери от държавния бюджет, както и значителен обем преки плащания от страна на пациентите. Този модел на „смесено финансиране“ цели да осигури универсален достъп до медицинска помощ, но на практика е белязан от три особености.

Първо, делът на публичното финансиране е относително нисък в сравнение със средното за ЕС – под 8,5% от БВП срещу близо 10% в ЕС [7]. Преките плащания от домакинствата са сред най-високите в Европа – над 35% от всички здравни разходи [8]. Трето, междуболничната задлъжнялост, която вече надхвърля 1 млрд. лева, се превърна в хроничен симптом на системата.

Така „снимката“ на модела показва здравна система, която формално следва принципите на солидарност и универсалност, но реално страда от недофинансиране, високи нива на доплащане и ограничена финансова устойчивост. Именно в тази рамка възникват социалните неравенства – по доход, по регион, по осигурителен статус – които ще разгледаме по-нататък в текста.

Финансиране и финансови дефицити на системата

Българската здравна система се финансира чрез три основни канала:

- задължително здравно осигуряване чрез НЗОК,
- публични трансфери от държавния бюджет,
- преки плащания от страна на домакинствата.

Този модел отговаря на принципите на солидарност и универсалност, но на практика генерира системен дефицит. Проблемът е двоен: от една страна – ограничен обем на публичното финансиране, а от друга – силна зависимост от джоба на пациента.

Нисък дял на публичното финансиране

България според данните на OECD отделя за здравеопазване приблизително, през 2017 г. около 8,1 % от БВП за здравеопазване, при средно за ЕС около 9,8 %. През 2021 г. този дял се покачва до 8,6 %, докато средният за ЕС

достига 11,0 %. Разликата изглежда малка, но в абсолютни стойности тя е драматична – средните разходи на човек у нас са около 1 100 евро годишно, докато в ЕС надхвърлят 3 500 евро, а в Германия достигат 5 000 евро. Това изоставащо финансиране води до хронична невъзможност да се покриват всички потребности на системата.[16]

Междуболнична задлъжнялост

Характерен симптом на дефицита е междуболничната задлъжнялост, някои оценки сочат, че междуболничната задлъжнялост към 2025 г. би достигнал около 1 млрд. лв. Тя е резултат от недофинансираните клинични пътеки, натрупването на разходи за лекарства и медицински изделия, апаратура, ремонти, вследствие на недостига на механизми за финансова дисциплина. Всичко това поставя болниците в ситуация да избират между икономическо оцеляване и качествено лечение.

Високи нива на заплащане

Още по-значим е фактът, че над една трета (около 37%) от всички здравни разходи в България се поемат директно от пациентите. Това е един от най-високите дялове в ЕС, почти два пъти над средното за Съюза. Наличието на толкова голямо частно финансиране подкопава принципа на равнопоставен достъп и засилва социалните неравенства.

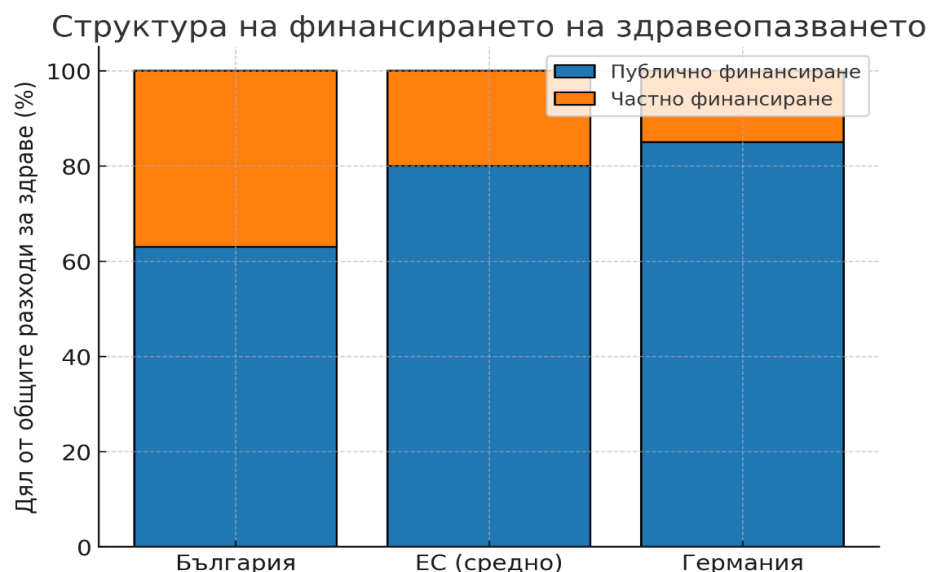
Структура на разходите

Финансовата рамка се изкривява и от структурата на разходите: близо половината отиват за болнична помощ, докато превенцията и профилактиката получават минимален дял. Това е обратен модел спрямо развитите здравни системи, където превенцията се финансира приоритетно като по-ефективна и по-евтина мярка за общественото здраве.

Недостатъчна предвидимост

Системата се характеризира и с ниска предвидимост – бюджетите на НЗОК често се актуализират по средата на годината, за да се покрият натрупани дефицити. Това води до несигурност както за лечебните заведения, така и за персонала, и пречат дългосрочните инвестиции.

Фигура 1: Структура на финансиране



Източник: Евростат (Health care expenditure by financing scheme, 2023), НСИ

Социални неравенства и достъп до здравеопазване

Финансовите дефицити в системата неизбежно се отразяват върху достъпа до здравни услуги. България е пример за държава, в която финансовите бариери се превръщат в социални неравенства – по географски признак, по доходи, според осигурителния статус и дори според възможността за избор на лекарски екип.

Географски различия: град – село

Здравната карта на България показва силна концентрация на лечебни заведения и специалисти в големите градове. В София, Пловдив и Варна са съсредоточени над 40% от всички лекари-специалисти в страната [6]. В редица малки общини липсват болници и дори аптеки, което прави достъпа до услуги изключително труден. Тази тенденция води до чести случаи, при които жителите на отдалечени региони са принудени да пътуват десетки километри за елементарна медицинска консултация. Това „географско разслоение“ е един от основните фактори за социално неравенство в системата и допринася за по-високата заболяемост и смъртност в периферията.

Доходи и „джобни разходи“

България е сред държавите в ЕС с най-висок дял на директни плащания – около 37% от всички здравни разходи [13]. За домакинствата с ниски доходи тези доплащания често са непосилни, което води до отказ от медицинска помощ. Според данни на Евростат [14] близо 8% от населението е отложило или се е отказало от медицинска услуга поради финансови причини, като делът е почти два пъти по-висок сред бедните домакинства. В резултат на това се наблюдава порочен кръг – по-бедните слоеве отлагат лечението, здравословното им състояние се влошава, което впоследствие води до по-високи разходи за здравната система. Това прави проблема не само социален, но и икономически.

Неосигурени лица

По данни на Министерството на здравеопазването и НАП около 500–600 хиляди души в България са без здравни осигуровки. Това означава, че значителна част от населението остава извън системата на публично финансиране и може да получи достъп само при спешни състояния или чрез директни плащания. Този феномен е уникален за България и е сериозен фактор за социална изолация и неравенство в здравеопазването. Често това са хора в уязвими социални групи – дълготрайно безработни, сезонни работници или роми, за които липсата на достъп до превантивна и доболнична помощ води до сериозни дългосрочни последици за общественото здраве. Проблемът с неосигурените лица е и институционален – системата не предлага устойчив механизъм за връщането им в обхвата на осигуряването.

Избор на екип и неформални плащания

Друг източник на социални различия е практиката за „избор на екип“, при която пациентът заплаща допълнителна сума, за да бъде лекуван от определен специалист. Макар законово регламентирана, тази практика често се превръща в бариера за хората с по-ниски доходи. Тя на практика създава паралелна „двустепенна система“ – за тези, които могат да си позволят да плащат, и за тези, които са принудени да приемат назначения екип. Наред с това, макар и в намаление, нерегламентираните плащания („пликовете“) продължават да съществуват. Те са силно деструктивни, защото подкопават доверието в системата, водят до усещане за корупция и задълбочават неравенствата в достъпа до качествено лечение.

Таблица 1: Неравенства в достъпа до здравеопазване

Показател	България	Средно за ЕС	Източник
Дял на директни плащания (%)	37%	20%	WHO, Eurostat (2022)
Неосигурени лица	~500–600 хил.	почти 0	МЗ, НАП (2023)
Отказ от медицинска услуга (%)	8%	3,7%	Eurostat (2022)
Лекари в столицата (% от всички)	40%+	–	НСИ (2023)

Здравни системи на България, Германия, Чехия и Естония

Демонстрират разнообразни подходи към ключови предизвикателства, свързани със социалната справедливост, достъпа и устойчивостта. Сравнението между тях откроява добри практики в няколко основни области – електронно здравеопазване, ограничаване на доплащанията от пациентите, подобряване на достъпа в отдалечени райони, контрол върху цените на лекарствата и услугите, както и повишаване на прозрачността и ефективността. Тези аспекти са от решаващо значение за гарантиране на по-равнопоставен и навременен достъп до медицински грижи, финансова защита на гражданите и дългосрочна устойчивост на системата. По-долу разглеждаме всяка от областите и сравняваме подходите на четирите държави, като изтъкваме добрите практики и тяхната връзка със социалната справедливост, достъпа и устойчивостта.

Електронно здравеопазване (e-health)

Развитието на електронното здравеопазване е приоритет в различна степен и в четирите държави. Естония е широко призната като лидер в дигитализацията на здравния сектор. В Естония 100% от жителите имат електронно здравно досие, а 99% от всички рецепти се издават електронно досие, което значително улеснява достъпа до лечение и обмена на информация. Електронната инфраструктура позволява провеждане на онлайн консултации и дистанционен мониторинг, които особено през COVID-19 пандемията спомогнаха за поддържане на достъпа до медицинска помощ.

Германия, макар исторически по-бавно да е възприела e-health решения, в последните години инвестира значителни средства в дигитализация на здравеопазването. Например, чрез Плана за възстановяване и устойчивост са отделени стотици милиони евро за усъвършенстване на дигиталната инфраструктура в болниците и общественото здраве. Германия въведе национална електронна здравна картотека (електронно пациентско досие) през 2021 г. и прави стъпки към задължително електронно досие на принципа „opt-out“ до 2025 г., с цел масовото му използване. Освен това, германското законодателство от 2018 г. премахна ограниченията пред теле-медицината, позволявайки на лекарите да консултират пациенти дистанционно – реформа, която създава условия за по-широко приложение на теле-здравеопазването, особено в контекста на пандемията.

Чехия също демонстрира прогресивен подход към цифровизация. Правителството е приело Национална стратегия за електронно здравеопазване 2016–2026, която залага визия за по-качествено и ефективно здравеопазване чрез дигитализация. От 2018 г. електронната рецепта е задължителна, като е въведен централен електронен регистър на предписанията и споделен фармацевтичен досие за пациентите. Налична е и национална здравна информационна платформа (NZIP), предоставяща онлайн портал с достъп до информация за здравни услуги и регистър на медицинските специалисти. Тези мерки улесняват координацията между различните звена на системата и предоставят на гражданите прозрачност и лесен достъп до здравни данни.

България изоставаше в дигитализацията, но последните години предприема стъпки в тази. През януари 2024 г. е приета Национална стратегия за e-здравеопазване и дигитализация на здравната система 2021–2030, която въвежда законова рамка за електронни рецепти, телемедицина (вкл. телеконсултации, теледиагностика и мониторинг) и електронни здравни досиета. [7] В рамките на Националната здравно-информационна система (НЗИС) вече са реализирани модули като електронни направления, рецепти и имунизационен регистър, както и мобилно приложение “eЗдравеопазване”, което дава на пациентите достъп до собствените им здравни досиета. Тези реформи целят да увеличат ефективността и обхвата на здравните услуги, като намалят бюрокрацията и подобрят обмена на информация между лекарите и болниците. В обобщение, опитът на Естония и Чехия показва ползите от ранното внедряване на e-health – по-добър достъп, по-

малко грешки и по-висока прозрачност – което мотивира България и Германия активно да навакват в тази сфера в името на по-устойчиво и достъпно здравеопазване.

Ограничаване на доплащанията и директните плащания от гражданите

Размерът на директните доплащания (out-of-pocket) от пациентите е ключов показател за финансовата защита и социалната справедливост в здравната система. България традиционно се отличава с много висок дял на разходите, плащани от джоба на пациентите. По данни на ОИСР и ЕК, „България има най-високите разходи за здравеопазване от страна на пациентите като дял от общите разходи за здравеопазване в ЕС, като през 2019 г. те са били 37,8%. Този дял е повече от два пъти по-висок от средния за ЕС.“ [17] Въпреки лекото намаление през последните години (около 34% през 2021 г.), делът на частните плащания остава най-висок в ЕС и е далеч над средното за Съюза (~15%) . Високите доплащания в България се дължат на съвкупност от фактори – законови потребителски такси (напр. фиксирани суми за преглед при лекар и за болничен ден), ограничен пакет на НЗОК, непълно покриване на цените на лекарствата и неформални плащания към лекари. Тази ситуация води до нарушена финансова достъпност – част от пациентите отлагат или изобщо се отказват от лечение поради цени, което е в противоречие с принципа на социална справедливост. Добра практика в отговор на този проблем е планираното разширяване на обхвата на публично финансираните услуги в новата Национална здравна стратегия, както и засилването на контрола за ограничаване на нерегламентираните плащания.

За разлика от България, Германия и Чехия постигат сравнително ниски нива на доплащания, благодарение на широкото публично покритие и политики за защитни горни граници на разходите. В Чехия здравноосигурителният модел осигурява почти универсално покритие и много широк пакет услуги, финансирани от задължителните здравни застраховки.

Делът на публичните разходи за здраве е най-високият в ЕС – 86.4% от общите здравни разходи през 2021 г., а доплащанията от домакинствата са сведени до 12.7% . Ниските лични разходи в Чехия се дължат главно на символичните потребителски такси и ограничените съучастия (предимно малки ко-плащания за

лекарства), при почти пълно покриване на прегледи и болнично лечение от осигурителните фондове.

Германия също демонстрира ефективен механизъм за защита на пациентите от високи разходи. Делът на доплащанията там е сред най-ниските в Европа – около 12% от общите здравни разходи. Това е постигнато чрез комбинация от богато финансиран солидарен модел и конкретни защитни мерки: в Германия е въведен годишен таван на доплащанията, равен на 2% от дохода на домакинството (1% за хронично болни). След достигане на този праг през дадена година, пациентът се освобождава от по-нататъшни плащания по покритите от касата услуги. Освен това децата и младежите под 18 години са напълно освободени от потребителски такси. Този модел на капиране на разходите гарантира, че нито едно домакинство няма да изпадне в катастрофални здравни разходи, което е пример за успешна политика на финансова защита и социална справедливост. Чехия няма формален процентен таван като германския, но на практика ниските доплащания и високо публично финансиране изпълняват сходна защитна роля.

Естония заема междинна позиция – публичните средства покриват около 75% от здравните разходи, а останалата четвърт (25%) тежи на пациентите като доплащания, основно за лекарства и дентална помощ.

Това ниво е над средното за ЕС и показва известни предизвикателства във финансовата защита, тъй като лекарствата извън болница и стоматологичните услуги често изискват значимо заплащане от пациента. В отговор, Естония постепенно разширява обхвата на фармацевтичните компенсации и услуги за уязвими групи, както и използва инструменти като референтно ценообразуване (виж по-долу) за да държи цените по-ниски.

Въпреки това, сравнителният опит сочи, че най-добрите практики в ограничаването на доплащанията са именно налични в страни като Германия и Чехия – политически ангажимент към универсално покритие, достатъчно публично финансиране и механизми за предпазване на гражданите от прекомерни лични разходи. Тези подходи пряко допринасят за социалната справедливост, тъй като намаляват неравенствата в достъпа до здравеопазване между различните социално-икономически групи.

Достъп до здравни услуги в отдалечени райони

Географският достъп до медицински грижи е важно измерение на справедливостта – жителите на селски и периферни райони често са изправени пред недостиг на лекари, болници и специализирани услуги. България се характеризира с неравномерно териториално разпределение на здравните кадри и инфраструктура. Гъстотата на лекарите и болничните легла е значително по-висока в градовете (особено там, където има университетски болници), докато отдалечените селски райони страдат от недостиг на общопрактикуващи лекари и специалисти. Това води до свръхнатоварване на наличните лекари и затруднен достъп – малки населени места понякога остават без постоянно медицинско обслужване. Ключово предизвикателство пред българската система е привличането на млади лекари в обезлюдени и отдалечени райони, за да заместят застаряващите кадри. В отговор, в последните години се въвеждат финансови стимули и програми за специализация с условие за практикуване в недостатъчно обслужвани общини, както и мобилни медицински кабинети за периодични прегледи в селските региони. Макар тези мерки тепърва да дават резултат, необходимостта от системно решение остава.

Останалите три държави също срещат предизвикателства с равномерното осигуряване на услуги, но прилагат различни добри практики. Германия като цяло има висока плътност на медицински персонал и леглова база, но въпреки това в някои селски области (особено в Източна Германия или отдалечени провинции) се наблюдава недостиг на лични лекари. За справяне с това, германската система използва комбинация от финансови стимули и иновации: осигурителните каси предоставят бонуси и допълнително заплащане на лекарите, които се установяват в недобре обслужвани райони; разработват се модели на групови практики и ротационни схеми, при които специалисти периодично посещават малките населени места. Също така, Германия узакони и активно развива теле-медицината, което позволява на пациенти в отдалечени райони да получат консултация от специалист чрез видеовръзка. По време на пандемията се наблюдава скок в използването на дистанционни консултации, който тренд продължава и след нея, подпомогнат от това, че здравната каса вече покрива определени теле-медицински услуги.

Чехия е сравнително по-малка по територия и с по-равномерно разпределение на населението, което намалява географските бариери. Въпреки това и там има региони с по-ниска осигуреност – например, малки общини, където няма достатъчно зъболекари или джипита. Чехия адресира тези проблеми чрез целево планиране и инвестиции: Министерството на здравеопазването има програми за подкрепа на местни здравни центрове и субсидиране откриването на практики в селските райони (напр. чрез покриване на разходи за оборудване или жилищни стимули за медицински специалисти). Допълнително, благодарение на силното развитие на e-health, чешките пациенти могат да се възползват от електронни направления и консултации, които улесняват достъпа до второ мнение или специалист, без да се налага първо пътуване до голям град. Законодателни промени по време на COVID-19 позволиха телеконсултиране и в Чехия, а осигурителните фондове експериментират с покриване на такива услуги, което е стъпка към интегрирането им устойчиво в системата.

Естония – с малко население, концентрирано в няколко града – изправя предизвикателство да обслужва отдалечени общности, включително островни региони. Благодарение на високата цифровизация, Естония успява частично да преодолее географските ограничения. Здравно-осигурителният фонд на Естония (EHIF) още през 2020 г. официално включва дистанционните консултации като част от гарантирания пакет услуги .

Това означава, че пациент от отдалечено село може да се консултира по интернет с лекар, като касата заплаща услугата, както би заплатила присъствен преглед. Данните показват, че по време на пандемията Естония е имала най-висок дял от населението в ЕС, ползвало телеконсултации – 46% през първата година на COVID-19, в сравнение със средно 39% за ЕС.

Съществуващата дигитална инфраструктура (електронни досиета, онлайн записване на час и др.) позволява на малкото налични лекари в селските райони да се свързват с по-големи центрове за експертна помощ или обратна връзка. Освен това, Естония използва мобилни аптеки и клиники за обслужване на труднодостъпни места.

Обобщено, добрите практики за подобряване на достъпа в отдалечени райони включват комбинация от телемедицина, финансови стимули за здравните кадри и иновативни модели на обслужване.

Естония демонстрира как дигитализацията може да компенсира географската изолация, докато Германия и Чехия показват значението на целеви политики и инвестиции. За България внедряването на тези подходи е ключово за постигане на по-равномерен достъп и намаляване на регионалните неравенства в здравеопазването – една важна страна на социалната справедливост и устойчивото развитие на системата.

Контрол върху цените на лекарства и услуги

Контролирането на цените на медикаментите и медицинските услуги е от съществено значение за гарантиране на достъпността и за устойчивото финансово управление на здравната система. И четирите държави прилагат регулаторни механизми в тази посока, но с известни разлики в подходите.

България е въвела строги правила за цените на лекарствата, особено на тези, заплащани с публични средства. По закон се прилага външно референтно ценообразуване – цената на даден медикамент у нас не може да надвишава най-ниската цена на същия продукт в група от 10 референтни държави от ЕС. Практически, това означава, че България поддържа едни от най-ниските официални цени на лекарства в Съюза, като средство да защити бюджета и пациентите от прекомерни разходи. Също така, действа референтна система на вътрешния пазар – сходни лекарства (генерици) са групирани и НЗОК покрива цената до най-евтиния продукт в групата. Пациентът доплаща разликата, ако избере по-скъп еквивалент. Тези механизми стимулират използването на генерични лекарства и ограничават възможността за неконтролируемо високи цени. От 2019 г. в България функционира и система за оценка на здравните технологии (НТА), като нови лекарства за включване в позитивния списък трябва да докажат терапевтична ефективност и икономическа обосновааност. Така се избягва заплащането на скъпоструващи терапии без достатъчна полза. Предизвикателство остават плащанията в брой за лекарства: въпреки ниските цени, ограниченото покритие от касата (напр. само 50% или 75% реимбурсация за много лекарства) води до това, че покупката на медикаменти съставлява около две

трети от всички лични разходи за здраве в България. В отговор, България сключва отстъпкови споразумения с фармацевтични фирми и централизира търгове за скъпите лекарства, за да намали ценовата тежест.

Германия има дългогодишни традиции в ценовия контрол. Още през 1989 г. Германия първа в Европа въвежда вътрешно референтно ценообразуване – групиране на лекарства с еднаква активна съставка и налагане на максимална референтна цена, която осигурителните фондове възстановяват. Това предпазва пациентите и фондовете от прекомерно високи цени на медикаменти, когато са налични по-евтини алтернативи. За новите, иновативни лекарства Германия прилага модел на оценка на добавената стойност и договаряне на цени (процеса AMNOG). След пускане на пазара на нов медикамент, независимият институт IQWiG оценява дали той носи допълнителна клинична полза спрямо съществуващото лечение. Ако няма доказана по-голяма полза, здравните каси отказват по-висока цена и медикаментът се реимбурсира по цена, сравнима със съществуващите терапии. Ако има полза, започват преговори между производителя и обединението на здравните каси за определяне на приемлива цена за реимбурсация. Този процес ефективно удържа цените на новите лекарства – след 2011 г. (когато влиза в сила AMNOG) редица скъпи медикаменти са получили сериозни отстъпки или са отпаднали от реимбурсация поради недоказани преимущества. Германия също определя пределни цени на медицински услуги чрез преговори между касите и съсловните организации, както и глобални бюджети за болниците по DRG система, което контролира разходите и стимулира ефективност.

Чехия прилага сходни механизми за контрол на цените на фармацевтичните продукти. Държавният институт за контрол на лекарствата (SÚKL) определя максимално допустими цени и реимбурсни нива. Обикновено, максималната цена на лекарство в Чехия се определя като средната от три най-ниски цени в референтни страни от ЕС, което е форма на външно рефериране. Също така, SÚKL използва вътрешно рефериране – групиране на взаимозаменяеми медикаменти и определяне на референтна база за заплащане. В последните години Чехия развива и национална система за НТА оценки за скъпите терапии, подобно на българския опит, изисквайки фармако-икономически анализ преди включване на нови молекули в списъка за осигурително заплащане. Позитивният списък се обновява

регулярно, а конкуренцията между седемте здравноосигурителни фонда също играе роля – фондовете имат интерес да договорят по-добри условия, защото всяко неоправдано високо плащане би ги поставило в неблагоприятна позиция. Тази динамика, заедно с държавната регулация, помага да се държат цените на услугите и лекарствата под контрол.

Естония, като малък пазар, също разчита на външно референтно ценообразуване и централизирани преговори. Естонската Здравноосигурителна каса ежегодно предоговаря с фармацевтичните компании отстъпки за включените в списъка лекарства и изисква доказателства за ефективност. Системата на референтни цени за генерични лекарства в Естония гарантира, че при наличието на по-евтин генерик, пациентът или касата заплащат само по-ниската цена, а ако пациентът настоява за оригинал на по-висока цена – доплаща разликата. Освен това, Естония участва в регионални инициативи (напр. с другите балтийски страни) за съвместно договаряне и обществено снабдяване на определени лекарства, с цел постигане на по-ниски цени чрез по-голяма преговорна мощ. По отношение на медицинските услуги, Естония държи стриктен бюджетен контрол – Здравната каса договаря с болниците годишни обеми и цени на клиничните пътеки, следейки да няма преразходи извън планираното.

В обобщение, четирите страни прилагат набор от пазарни и регулаторни инструменти за контрол на цените: референтно ценообразуване (външно и вътрешно), здравно-технологична оценка, централизирано договаряне и бюджети. Добра практика тук е прозрачността и предвидимостта на тези правила – например, в България е ясно дефинирано спрямо кои държави се сравняват цените и как се определят максималните стойности, а в Германия – че новите лекарства минават през системна оценка преди да получат премиум цена. Тези мерки допринасят за устойчивостта на здравната система, като ограничават неоправданите разходи, и за достъпността, като държат цените по-ниски за пациента.

Прозрачност и ефективност на системата

Повишаването на прозрачността и ефективността в здравеопазването е фундаментално за изграждането на доверие у обществото и за гарантиране на оптимално използване на ресурсите. Прозрачност означава яснота относно

качеството на услугите, разходването на средствата и вземането на решения в системата, докато ефективност предполага постигане на по-добри здравни резултати с наличните ресурси и минимизиране на прехосването.

Германия има утвърдени практики за прозрачност, особено в болничния сектор. По закон всички германски болници са задължени да публикуват детайлни качествени отчети на всеки две години, включващи показатели за дейността и резултатите. Тези публични отчети дават възможност за сравнителен анализ и информиран избор на пациентите, както и служат за основа на регулаторите при планиране и контрол. Допълнително, Германия от 2017 г. въведе използването на показатели за качество и ефективност при планирането на болничните услуги – например, при разпределяне на капацитет и бюджети се отчитат нива на усложнения, реадмисии и др., с което ефективността става измерим критерий в управлението. Немският модел с многото здравни каси също налага конкуренция за качество – касите публикуват сравнителни данни за удовлетвореност на пациенти, превантивни програми и др., стимулирайки се взаимно да подобряват услугите си. Силната финансова дисциплина (напр. глобални бюджети, DRG заплащане) държи разходите под контрол, но Германия все пак има един от най-високите здравни бюджети на глава от населението. Въпреки високите разходи, ефективността се проявява в показатели като ниско ниво на неудовлетворени медицински потребности – Германия е сред страните с най-нисък дял на хора, отчели неудовлетворени нужди от лечение, практически без разлики между бедни и богати групи. Това говори за сравнително успешно достигане на ресурсите до всички слоеве на обществото (справедливост) и ефективно покриване на потребностите.

Чехия също полага усилия за прозрачност – здравната система се наблюдава от Министерството на здравеопазването, което публикува ежегодни доклади и статистики. Съществува Институт за здравна информация и статистика, който поддържа отворени данни за дейността на лечебните заведения, финансите и здравните показатели. Чехите въведоха и Национален здравно-информационен портал (споменат по-горе), който не само предоставя образователна информация на гражданите, но и насочва към регистри на доставчиците – инструмент за прозрачност спрямо пациентите. По отношение на ефективността, Чехия успява да постига добри здравни резултати (напр. висока продължителност на живота

спрямо вложените средства) благодарение на централизираното и конкурентно закупуване през здравните фондове и контролираното разширяване на болничния капацитет според нуждите. Високият дял на публичните разходи (над 85%) означава, че повечето средства минават през някаква форма на обществен отчет, което повишава прозрачността – всяка изразходвана корона от осигурителните каси подлежи на отчет пред надзорни съвети, включващи представители на държавата, работодатели и осигурени лица.

Естония разчита много на дигиталните технологии за постигане на прозрачност и отчетност. Всяка медицинска интервенция, записана в електронната система, оставя дигитална следа, достъпна за контрол – това значително ограничава възможностите за злоупотреби и повишава проследимостта на извършените услуги. Естонският здравноосигурителен фонд периодично публикува отчети за изпълнението на болниците с ключови индикатори за достъп и качество. През 2021 г. Естония с подкрепата на ОИСР разработи рамка за оценка на представянето на здравната система (HSPA), която въвежда систематичен публичен отчет за ефективността . Това е пример за добра практика: институционализирано наблюдение и публично докладване на показатели (като предотвратима хоспитализация, удовлетвореност на пациентите, финансово изпълнение), което помага за идентифициране на проблемни области и насочване на реформи. От гледна точка на ефективността, Естония трябва да балансира ограничен ресурс (едни от най-ниските разходи на глава в ЕС) с нарастващи нужди – тук дигитализацията изиграва роля за спестяване на време и средства (напр. електронните рецепти пестят лекарско време и избягват дублиране на терапии). Естония успешно намалява някои неефективности – например, избягва прекомерни хоспитализации чрез по-добро управление на хроничните заболявания в амбулаторни условия, постигайки по-ниски нива на предотвратима хоспитална смъртност от много страни в ЕС

България стои пред задачата да подобри прозрачността и ефективността, тъй като проблеми като неформални плащания, недоволство от качеството и ниско доверие в институциите подсказват дефицити в тези аспекти. В последно време са предприети стъпки: НЗОК започна да публикува повече данни за плащанията към лечебните заведения; създадени са онлайн регистри – например на чакащите за трансплантация, на специалистите, на проверките от ИА „Медицински надзор“.

Сметната палата и обществени организации обръщат внимание на непрозрачните практики в управлението на болниците, което доведе до настояване за по-строг контрол и въвеждане на електронни търгове за болнични доставки. Откриването на електронни досиета и рецепти (споменати в предната секция) също повишава прозрачността – пациентите вече могат да видят кой лекар е преглеждал досието им, какви процедури са им били отчетени и т.н., което въвежда пациентски контрол върху собствените им данни. По линия на ефективността, България работи по оптимизиране на болничната мрежа (където има дублиращи структури) и усилва първичната помощ, за да намали ненужните хоспитализации.

Като цяло, добри практики за прозрачност включват: законово изискване за публични отчети (както в Германия), центрове за събиране и публикуване на статистика (както в Чехия и Естония), дигитални системи, които проследяват и докладват всяка услуга (Естония). По отношение на ефективността, успешните страни поставят фокус върху превенция и извънболнична помощ (намалявайки скъпите болнични престои), използват модерни методи на заплащане като DRG и обвързват финансирането с резултати. За България, прилагането на подобни подходи би повишило доверието в системата (чрез прозрачност) и би освободило ресурс за нови приоритети (чрез по-висока ефективност), което в крайна сметка значи по-устойчиво и справедливо здравеопазване.

Сравнителна таблица: основни показатели и характеристики

Следващата таблица обобщава някои ключови количествени показатели и качествени характеристики на здравните системи на четирите държави, свързани с разгледаните теми. Тя илюстрира както текущото състояние, така и прилаганите политики, за да улесни сравнението.

Таблица 1. Основни показатели на здравните системи (2021)

Показатели (2021)	България	Германия	Чехия	Естония
Население (млн.)	6.8	83.2	10.7	1.3
БВП на глава (ППС, щ.д.)	26 266	60 208	45 611	38 278
Здравни разходи на глава (ППС щ.д.)	1 820 <i>(най-ниски в ЕС)</i>	7 383 <i>(най-високи в ЕС)</i>	3 111	2 114
Здравни разходи (% от БВП)	8.6%	12.8%	9.5%	7.0%
Публичен дял от здравните разходи	~66% <i>(Най-нисък в ЕС)</i>	~78%	86.4% <i>(Най-висок в ЕС)</i>	~75%
Дял доплащания (ООР) от общите разходи	34% – 38% <i>(Най-висок в ЕС)</i>	~12% <i>(Много нисък)</i>	12.7% <i>(Много нисък)</i>	~25%
Неформално заплащане	Проблем (разпространени подкупи/дарения към лекари)	Малко срещано (строги правила, високо доверие)	Рядко (единични случаи, под обществен контрол)	Минимално (цифрови следи, висока прозрачност)

Електронно здравеопазване в България се осъществява, чрез платформата Националната здравно информационна система /НЗИС/, която функционира за съхранение и обмен на медицинска информация. Системата представлява единна

среда за обмен на медицински данни между заинтересованите страни в сферата на здравеопазването. НЗИС задава единен формат на тези данни, както и единно кодифициране на използваната терминология в общи номенклатури, като е-рецепти и е-направления, които функционират (от 2021-22 г.); Стратегия е-Health 2024; теле-медицина в начален етап, в момента няма задължение информацията за предоставена телемедицинска услуга да се въвежда в Националната здравноинформационна система (НЗИС). С мотива да се защитят личните данни на пациентите Министерството на здравеопазването предложи регулации за медицинската помощ от разстояние чрез проект на наредба, чието обществено обсъждане приключи в края на юли. Документът обаче бе критикуван от сдружения и неправителствени организации, които изтъкват, че единственото, което ще се постигне с него, е монопол върху услугите и блокиране на телемедицината в България. Национално електронно досие (от 2021) – се внедрява бавно, защото исисква значими инвестиции в дигитализацията на болниците; телемедицината законна и развиваща се (особено след 2020) В Чехия действа Национална стратегия 2016–2026; задължителна е-рецепта (от 2018); създаден е национален портал NZIP Open Journal е платформа за публикации, която насърчава достъпа до отворени здравни данни, сътрудничеството в рамките на професионалната общност и споделянето на нови знания с практически последици; е-консултации въведени (COVID-19) Е-здравеопазване на най-високо ниво: 100% дигитални досиета; 99% е-рецепти; телемедицина рутинна и финансирана от касата

Прозрачност и отчетност

Таблица 3. Контрол на цените, прозрачност и ефективност

Показатели	България	Германия	Чехия	Естония
Контрол на цени на лекарства	Външно реф. ценообразуван е ≤ най-ниската в 10 страни; вътрешно реф. групи; НТА; отстъпки	Вътрешно реф. (от 1989); AMNOG оценка на нови лекарства; референтни	Външно реф. (средна от 3 най-ниски); вътрешно реф. за генерици; НТА за скъпи терапии	Външно реф. за лекарства; вътрешно реф. с доплащане над базовата цена; колективни преговори

		цени; преговори за отстъпки		
Прозрачност	Ниска, но въвеждат се е-системи, регистри и електронни търгове	Задължителни публични болнични отчети; сравнителни данни за качество и удовлетвореност	Публични данни чрез NZIP; високо публично финансиране = отчетност	Висока – дигитална следа на услугите; публични отчети на Здравната каса; HSPA рамка
Ефективност	Ниска – дублиращи структури; ниско доверие	Умерена; високи разходи, но ниски недовлетворен и нужди; обвързване на финансиране с качество	Висока; добри резултати при умерени разходи; ниски предотвратими хоспитализации	Висока за нивото на ресурсите; дигитализацията спестява разходи; намалени предотвратими приеми

1. **HTA**- health technology assessment

2. **AMNOG** - е съкращение от „Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz“ (Закон за реструктуриране на пазара на лекарствени продукти)

3. **HSPA**- Health system performance assessment

Сравнителният преглед на България, Германия, Чехия и Естония разкрива ценни уроци и добри практики, които могат да подобрят социалната справедливост, достъпа и устойчивостта на здравната система. Дигиталните решения в здравеопазването, особено демонстрирани от Естония и Чехия, повишават достъпността и прозрачността. Ограничаването на доплащанията чрез адекватно публично финансиране и защитни мерки (както в Германия и Чехия)

предпазва уязвимите групи и гарантира, че здравето не е привилегия само за заможните.

Специалните политики за отдалечените райони и внедряването на телемедицина сближават градовете и селата по отношение на достъпа до грижи – ключов аспект на равнопоставеността. Контролът на цените на лекарства и услуги чрез прозрачни регулации и оценки допринася едновременно за финансовата устойчивост на системата и за достъпа на пациентите до необходимото лечение.

Накрая, прозрачността и ефективността са нишката, която свързва всички останали елементи – една система, която отговорно управлява ресурсите си и е открита пред обществото, може по-успешно да постига целите на здравеопазването.

България, като страна с предизвикателства и ограничени ресурси, може да почерпи от опита на партньорите си в ЕС: електронното здравеопазване на Естония, финансовата защита на пациентите в Германия, солидарния модел на Чехия и комбинираните усилия за прозрачност и контрол на цените на всички тях. Прилагането на тези добри практики, съобразено с местните условия, би ускорило напредъка към една по-справедлива, достъпна и устойчива здравна система в полза на цялото общество.

Изводи и препоръки

Анализът показва, че финансовите дефицити в българската здравна система водят до сериозни социални неравенства. Ограниченото публично финансиране (само около 4% от БВП при 6% средно за ЕС) принуждава пациентите да доплащат близо 39% от разходите – вторият най-висок дял в ЕС. Това води до тежко финансово бреме върху уязвимите групи – приблизително 19% от домакинствата търпят катастрофални здравни разходи, а около 8% обедняват заради директни плащания; най-силно засегнати са най-бедните, възрастните и домакинствата в селските райони. За да се ограничи този процес, са необходими следните стъпки:

- **По-справедливо разпределение на ресурсите:** Налице са съществени дисбаланси в разпределението на здравните ресурси по региони и групи, което

води до неравен достъп до медицинска помо. Особено засегнати са уязвимите общности, при които достъпът до грижи често зависи повече от индивидуалната инициативност на лекари и болници, отколкото от системни механизми. Въпреки че законодателството предвижда механизми за равнопоставено разпределение, на практика те не функционират ефективно поради бюрократични пречки, липса на координация и контрол. Необходимо е въвеждане на прозрачен, основан на данни подход за разпределяне на бюджета и кадрите според здравните потребности на населението във всяка област. Това включва допълнителна подкрепа за слабо обслужваните райони (например стимули за лекари в отдалечени общини) и гарантиране, че ресурсите се насочват с приоритет към области и болници с най-голям недостиг. По-справедливото разпределение на ресурсите ще намали сегашните неравенства и ще повиши общата ефективност на системата.

- **Подобряване на контрола върху доплащанията:** Високият дял на директните доплащания от пациентите е ключов фактор за финансовата непосилност на услугите. България е с едни от най-високите нива на частни разходи – през 2019 г. близо 39% от средствата за здраве са платени директно от домакинствата. Настоящата система на потребителски такси (такси и доплащания) не осигурява достатъчна защита за бедните и хронично болните пациенти. Липсват механизми за освобождаване от доплащания за значителна част от медикаментите, като често се налага пациентите да платят 50% или повече от цената на жизнено необходими лекарства. Резултатът е, че много хора отлагат или се отказват от лечение поради ценови бариери, а мнозина изпадат в катастрофални разходи за здраве. За справяне с този проблем е нужен по-строг контрол и ограничаване на доплащанията – например чрез разширяване на пакета от услуги, покривани изцяло от НЗОК, въвеждане на тавани или намалени потребителски такси за социално слабите и по-добър надзор срещу нерегламентирани плащания. Повишаването на публичното финансиране (което към момента е осезаемо по-ниско от средното за ЕС, би позволило да се намали прякото финансово бреме за пациентите и да се гарантира по-добър достъп до медицински услуги без риск от разоряване.
- **Целенасочено финансиране за уязвимите групи:** Уязвимите социални групи (включително хора с ниски доходи, безработни и неосигурени, възрастни, хора с хронични заболявания, жители на отдалечени и малцинствени общности) понасят най-тежко последиците от дефицитите в системата. Около 15% от населението на

България е здравно неосигурено и има достъп само до ограничен кръг от услуги. Държавата покрива здравните осигуровки единствено за изключително малък кръг от най-бедните, поради което много хора под прага на бедността остават без осигуровки и реално извън системата. Въпреки наличието на нормативни възможности (например за безплатни прегледи на неосигурени бременни жени), на практика тези мерки често не достигат ефективно до нуждаещите се без посредничеството на социални служби или здравни медиатори. Необходими са целенасочени финансираня и програми, които да гарантират, че уязвимите групи няма да бъдат изоставени. Това може да включва разширяване на обхвата на държавно платените здравни вноски (напр. държавата да поеме осигуровките на повече хора с ниски доходи или в затруднено положение) и специални фондове за покриване на скъпо струващи лечения за социално слаби пациенти. Също така е важно да се инвестира в профилактика и първична медицинска помощ в бедни и отдалечени райони, както и в разширяване на мрежата от здравни медиатори и програми за подобряване на здравната култура сред уязвимите общности. По този начин ще се намали неравнопоставеността в здравния статус и достъпа до услуги между различните слоеве на обществото.

- **По-добри условия за труд на работещите в сектора:** Ниският бюджет и неефективното разпределение на средства се отразяват и върху кадрите в здравеопазването. България страда от остър недостиг на медицински специалисти – над 73% от болниците съобщават, че не им достигат лекари, а около 90% изпитват недостиг на медицински сестри. Този кадрови дефицит води до претоварване и прегаряне на наличния персонал и влошаване на качеството на грижите. Основните причини за „изтичането“ на кадри са непривлекателните условия на труд, ниското заплащане и прекомерното натоварване, което често принуждава медиците да търсят по-добри условия в чужбина или извън сектора. Например, в България са необходими още около **30 000** медицински сестри, за да се достигне средното за ЕС равнище (към момента у нас на 100 000 души население се падат 440 сестри при около 840 средно за ЕС). Без подобрене в трудовите условия много лечебни заведения, особено в по-малките общини, са застрашени от закриване на отделения поради липса на персонал. Затова е от ключово значение да се инвестират повече средства в човешкия капитал на здравната система: повишаване на заплатите до конкурентни нива, въвеждане на ясни кариерни перспективи и допълнителни стимули за млади лекари и сестри

(например отпускане на стипендии и гарантирани места за специализация, подпомагане с жилища или бонуси за работа в слабо обезпечени райони). Подобряването на условията на труд ще спомогне за задържане на кадрите в страната и равномерното им разпределение, ще намали текучеството и ще гарантира по-стабилно и качествено здравно обслужване за населението.

Заклучение

Здравната система на България е в ключов момент от своето развитие. Нейното бъдеще не може да бъде оставено единствено в ръцете на държавата или на отделни институции – необходимо е широк обществен дебат и активно участие на всички социални партньори.

Работодатели, синдикати, пациентски организации, професионални съсловия и гражданското общество трябва да бъдат съпричастни в процеса на изграждане на устойчив модел. Само така могат да се преодолеят дефицитите на недофинансиране, неравен достъп и хронична неефективност, които съпътстват системата повече от десетилетие.

Предложеният пакет от мерки очертава рамка за реформа, която съчетава модернизация на модела на финансиране, по-добър контрол и отчетност, ограничаване на тежестта върху гражданите, стимули за медицинските кадри, цифровизация и акцент върху превенцията. Тези мерки не са изолирани, а взаимосвързани – успехът им зависи от тяхното паралелно прилагане и от способността на институциите да ги координират.

Българската здравна система се нуждае от реформа, която да осигури финансова стабилност, справедлив достъп и високо качество на услугите. Постигането на тази цел изисква съвместни усилия, прозрачност и най-вече политическа воля.

Здравето на нацията е обществен договор – то не може да бъде отлагано, компрометирано или сведено до счетоводен баланс. То е фундамент за развитието на държавата и благосъстоянието на бъдещите поколения. Време е обществото да избере пътя на устойчивост, солидарност и доверие, като част от общата европейска рамка за модерно и достъпно здравеопазване.

Без предприемането на реформи рискът от запазване на сегашното статукво е висок – нарастваща междуболнична задлъжнялост, изтичане на медицински кадри и все по-дълбоко недоверие в институциите. Това би довело не само до финансов колапс, но и до трайно влошаване на здравните показатели и социалната устойчивост на страната.

Използвана литература

- [1] Закон за здравното осигуряване, 1999
- [2] НЗОК – Бюджет и отчети, 2025
- [3] Eurostat, WHO – данни за здравно покритие

- [4] Закон за държавния бюджет на Република България, 2025
- [5] Министерство на здравеопазването – годишен отчет
- [6] Eurostat – разходи за здравеопазване
- [7] WHO – Global Health Expenditure Database
- [8] OECD Health Statistics, 2023
- [9] НСИ – здравни разходи на домакинствата
- [10] Комисия за финансов надзор (КФН) – Здравноосигурителни дружества
- [11] НСИ – Доброволно здравно осигуряване
- [12] Eurostat – доброволни здравни застраховки
- [13] Европейска комисия – План за възстановяване и устойчивост, България
- [14] Световна банка – доклади за здравния сектор в България
- [15] UNICEF, WHO – програми за обществено здраве
- [16] НЗОК – Годишен отчет 2025
- [17] Министерство на финансите – Бюджетни актуализации
- [18] OECD Health Statistics – публични разходи за здраве
- [19] Eurostat – Access to healthcare, disparities by income and region
- [20] WHO – Health Inequality Data Repository
- [21] Сметна палата – Одитни доклади за здравния сектор
- [22] Transparency International – Доклади за корупция в здравеопазването
- [23] Министерство на здравеопазването – Национални здравни стратегии
- [24] НЗОК и МЗ – Съвместни отчети и протоколи
- [25] Eurostat – Preventable and treatable mortality, 2023
- [26] WHO – Prevention and public health expenditure
- [27] НСИ – Заетост и миграция на здравни кадри
- [28] Eurostat – Healthcare personnel statistics
- [29] European Observatory on Health Systems – Migration of health workers
- [30] НСИ – Легла и болници по региони
- [31] Eurostat – Hospital beds and regional disparities
- [32] Българска болнична асоциация – Доклади за задлъжнялост
- [33] Министерство на здравеопазването – Финансово състояние на лечебните заведения
- [34] Eurostat – Health expenditure by function and financing, 2023
- [35] OECD – Health at a Glance: Europe 2022
- [36] German Federal Ministry of Health – Health insurance system overview
- [37] French Ministry of Solidarity and Health – Healthcare financing reports
- [38] Czech Institute of Health Information and Statistics – Healthcare system data
- [39] Estonian Health Insurance Fund – Annual report
- [40] WHO – eHealth country profiles, Estonia and Finland
- [41] European Commission – Digital Health initiatives
- [42] OECD – Diagnosis Related Groups in Europe: implementation and results
- [43] European Observatory on Health Systems – Public procurement in healthcare
- [44] Eurostat – Voluntary health insurance coverage statistics
- [45] OECD – Private Health Insurance in OECD countries
- [46] French Mutualité – Data on supplementary health insurance coverage
- [47] НЗОК – Модел „парите следват пациента“, нормативни документи
- [48] Министерство на здравеопазването – анализи за осигурителния модел
- [49] NICE (UK) – Health Technology Assessment reports
- [50] Европейска комисия – Social dialogue in health sector, EU practices