

Оценка на ефективността на здравното осигуряване в България¹

Лъчезар Богданов

Асенка Йонкова

Институт за пазарна икономика

Увод

Настоящият материал е опит за оценка на ефективността от прилагането на Закона за здравното осигуряване през последните две години. Той не претендира за представителност за страната. Поради ограничените познания на авторите в медицинската наука, докладът не прави опит за професионална преценка на качеството на здравните услуги. Целта на усилието е да се направи приблизителна оценка на разходите по прилагането на новата система за здравно осигуряване, както и разпределението им между осигурени, лекари и администрация.

Ефективността на здравноосигурителната система, или разходите, произтичащи от прилагането на законодателството, може да се измери като се сравнят разходите за осигуряване със стойността на здравните услуги. Разликата между това, което осигурените плащат, и това, което получават, представлява “вътрешно съпротивление” за функциониране на системата. Разходите и получаваните срещу тях услуги могат да се разглеждат както на индивидуално ниво, т.е. разходи за осигуровки на човек и получаваната услуга в рамките на определено време, така и на макро ниво – общият размер на осигурителните вноски и съответно предоставените здравни услуги.

1. Методологични пояснения

В основата на това изследване е разбирането, че всяка размяна на пазара се осъществява с някакво усилие, или “разход”. В икономическата теория тези разходи се наричат “транзакционни”, или “разходи по сделките”. Те най-общо включват усилията, които участниците в сделката трябва да положат, за да може тя да се осъществи. Такива са например набирането на информацията, разходите по правното оформяне на договора, гарантирането на изпълнението, и т.н. Тези разходи се плащат от участниците (или от данъкоплатците) и трябва да се вземат предвид при вземането на решения. Например, при продажба на недвижим имот с цена 10000 долара, трябва да се платят държавни такси, такса на посредника, банкови комисионни, на обща стойност, да речем, 1000 долара. В такъв случай продавачът получава 9000 долара, които отразяват стойността, която той иска да получи в замяна на собствеността си. В случай, че разходите по сделката бяха 2000 долара, за крайна цена от 10000 долара на пазара ще се продават имоти, оценени от собствениците на 8000 долара, т.е. с по-малка стойност. От този пример се вижда, че при една и съща пазарна цена, купувачът получава различна стока или услуга в замяна в зависимост от разходите по сключване на сделката.

Подобен подход може да се приложи и към предлагането на здравни услуги според ЗЗО и Националния рамков договор. Подобно на всяка сделка, отношенията между пациент и лекуващ лекар поражда разходи. Това, което плаща осигуреният, е относително ясно измеримо – здравноосигурителната вноска, потребителската такса при посещение на лекар/стоматолог и разходите

¹ Изследването е в рамките на проект “Предварителна оценка на въздействието на регламентите”, финансиран от German Marshall Fund of the US.

по плащането и декларирането на вноските според изискванията на ЗЗО. Последните включват разход на време (пряко за лицето или на счетоводителя) и преки разходи по банкови такси. От друга страна, каква е стойността на услугата, която лекарите предоставят? При вземането на индивидуалното решение какви усилия да полага, лекарят прави за себе си преценка за стойността на труда си, и я сравнява с това, което получава в замяна. В такъв смисъл, стойността на здравната услуга е не по-голяма от нетния доход на лекаря за положен труд и за покриване на инвестициите в техника и оборудване. Трябва да се отбележи, че става въпрос единствено за лекарския труд по лечението, а не например за попълването на формулярите за пациента. Например, ако разходите на осигурените са 100 лв., а лекарят получава за оказаната помощ и подсиурената техника 50 лв., то можем да кажем, че стойността на здравната услуга, реално потребена от пациента е 50 лв., а не 100 лв.

Разликата между разходите на осигурените лица и реалният доход, който лекарите получават за извършването на здравни услуги, е измерител за ефективността на системата. Колкото разликата е по-малка, толкова по-ефективно работи системата.

2. Бюджет на здравната каса

Бюджетът на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) дава информация за общия размер на направените осигурителни вноски от лицата и начина на изразходването им². Текущите разходи на НЗОК по прилагане на закона според обнародваните пера в бюджетите са разходи за персонал, разходи за издръжка, капиталови разходи. По-висока ефективност на здравноосигурителната система предполага по-нисък дял на тези разходи, и обратно.

Таблица 1: Текущи разходи на НЗОК (в хил. лв. и %)

	1999	2000	2001	1999-2001
Общ приход от вноски и субсидии	200,492	549,195	628,826	1,378,513
Текущи разходи на НЗОК	92,840	29,349	51,047	173,237
Дял на текущите разходи	46.3%	5.3%	8.1%	12.6%

Както се вижда от таблицата, 12.6% от общите приходи на НЗОК за трите години отиват за покриване на административните разходи на касата, или средно по около 58 млн. на година. Ако не включваме в сметките 1999г, когато по разбираеми причини трябваше да се направят по-големи разходи по основаването на касата, средният разход на година е около 25 млн. лв., или 4.3% от общите разходи.

² НЗОК отказа да предостави информация за изпълнението на бюджетите за 1999 и 2000 г., както и за бюджетите на РЗОК. ИПИ обжалва този отказ пред ВАС по Закона за достъп до обществена информация. След подаване на жалбата, НЗОК предостави годишния си отчет за 2000г., който така или иначе вече бе качен на интернет-страницата на касата.

От бюджетите на НЗОК за периода 1999-2001 г. се вижда също, че касата отделя значителна сума от приходите си като резерв. Погледнато в краткосрочен план (до 4 години, засега), тези вноски са заплатени, а срещу тях не е предоставена никаква здравна услуга. Т.е., те за момента те могат да се разглеждат като пряк разход по функциониране на системата, който осигурените са заплатили. Към 2001 г. размерът на платените вноски, срещу които не са получени услуги, би трябвало да бъде около 680 млн. лв., или 49.3% от общите разходи на гражданите за осигуряване (вж. Таблица 2). Не е случайна тогава лошата представа за ефективността на здравната реформа, която явно съвсем реално отразява разликата между платено и получено. В дългосрочен план, все някога (най-рано през 2002 г.) този резерв ще бъде използван за предоставяне на някакви здравни услуги; следователно, в момента осигурените лица безлихвено финансират държавата. Общественият разход на отложените частни инвестиции и потребление трудно може да се прецени. Според бюджетите на НЗОК е ясно, че поне до 2002 г. натрупаните резерви няма да се похарчат за здравни услуги. Това означава, че заделените резерви през 1999 г. представляват отложено потребление с поне 3 години, през 2000 г. – с поне 2 г., а през 2001г. – с поне 1 г. В случая използваме предположението, че капиталът носи повече доход, когато е инвестиран в стопанска дейност, отколкото ако стои на депозит в сметките на НЗОК. На практика това означава, че със 100 лева, инвестирани в бизнес-проект през 1999 г., могат да се платят повече здравни услуги през 2002 г., отколкото със 100 лв., държани от НЗОК на депозит като резерв на касата. Именно тази разлика можем да определим като алтернативния разход на поддържане на резерв. Сравняваме осигурителните плащания през съответната година (които са натрупани като резерв) с нетната настояща стойност на здравните услуги през 2002г. По-долу са направени няколко изчисления на тази основа:

Таблица 2: Алтернативни разходи за натрупване на резерв към 2002 г. (в хил. лв. и %)

Алтернативни разходи от поддържане на резерва (в хил. лв.)	1999	2000	2001	1999-2001
Натрупан резерв за периода	107,652	422,902	149,469	680,022
Нетна настояща стойност към съответната година на услугите, които могат да се потребят през 2002г. с натрупания за годината резерв	80,880	349,505	135,881	-
Алтернативен разход за съответната година	26,771	73,396	13,588	-
Дял на алтернативните разходи от общите приходи на НЗОК	14.0%	13.4%	2.2%	-
Дял на натрупания резерв към общите приходи на НЗОК	53.7%	77.0%	23.8%	49.3%

* Предполагаема изискуема норма на възвръщаемост - 10%; доходността на депозитите на НЗОК е може би 4-5%, а нормата на възвръщаемост на капитала в

частния сектор е поне равна на лихвите по кредитите на търговските банки, т.е. 14-15% за периода.

Използваният подход не претендира за пълна достоверност. Целта беше да се покаже, че трупането на резерв има своята цена, която се заплаща от осигурените и представлява разход по функционирането на действащата осигурителна система.

При така направените предположения, общите разходи по администрирането на здравното осигуряване от НЗОК са представени в долната таблица:

Таблица 3: Административни разходи на НЗОК (в хил. лв. и %)

Административни разходи на НЗОК	1999	2000	2001	1999-2001
Дял на текущите разходи от общите приходи на НЗОК	46.3%	5.3%	8.1%	12.6%
Дял на алтернативните разходи по резерва от общите приходи на НЗОК	14.0%	13.4%	2.2%	8.3%*
Общ дял на административните разходи по функциониране на системата	60.3%	18.7%	10.3%	20.9%*

* Средно претеглени за съответните години

От таблицата се вижда, че за период от 3 години НЗОК поддържа съществуването на системата с 20.9% от направените до момента вноски. Положителната тенденция е спадът на административните разходи през 2001 г. в сравнение с 2000 г. от 18.7% на 10.3%, но това се дължи изцяло на намаляването на заделения резерв през 2001 г.

И накрая, долната таблица е илюстративна за това какво осигурените лица са платили и ще платят до края на 2001г. и стойността на извършените плащания към лицата и организациите, които предоставят извънболнична помощ:

Таблица 4: Платено и получено от НЗОК (в хил. лв.)

Приходи и разходи	1999	2000	2001	1999-2001
Общ приход	200,492	549,195	628,826	1,378,513
Плащане за здравни услуги	0	126,832	399,244	526,076
Разлика	200,492	422,363	229,582	852,437

След “теглени на чертата” излиза, че за три години гражданите в България са платили осигуровки на стойност 842 млн. лв., срещу които до момента не са получили нищо насреща. Което на практика означава, че всеки здравноосигурен е дал средно по 118 лв. безлихвен кредит на здравната каса. Голяма част от тези средства в някакъв бъдещ период ще се превърнат в здравни услуги, но дотогава негативния образ на здравноосигурителната система не би трябвало да учудва никого.

Потребителска такса

Освен вноските за НЗОК, осигурените плащат при всяко посещение потребителска такса от 1% от минималната работна заплата. При

предполагаемите около 30 млн. посещения (виж по-долу), общите разходи за такси са около 25 млн. лв. годишно.

3. Разходите на общопрактикуващите лекари по прилагане на действащия модел

Както бе казано и по-горе, реалната стойност на оказваните здравни услуги не е равна на изплатените на лекарите суми по договори с НЗОК. През 2001 г. например, според бюджета на НЗОК, касата ще преведе на изпълнители на медицински услуги близо 400 млн. лева.

Ако не включваме разходите за стоматологично лечение и лекарства, за доболничната помощ се разходват около 53% от разходите за здравноосигурителни плащания. Това заплащане е в замяна на две неща – предоставяния от лекарите квалифициран труд и нужната медицинска техника, и спазването на всички изисквания според ЗЗО и НРД. За всякакви практически цели, осигурените лица се интересуват от първия вид дейност на лекаря, т.е. от самото лечение, а не от съпътстващата административна работа по съществуване на системата. Можем да твърдим, че една здравноосигурителна система работи по-ефективно, когато делът на дейностите по лечение е по-голям, за сметка на административните дейности.

За всеки записан възрастен пациент общопрактикуващият лекар получава от здравната каса по 0.60 лв. Можем да предположим, че от тези суми лекарят покрива разходите си по наем на кабинета, инвестира в техника, плаща заплатата на медицинската сестра и формира личен доход. Тези разходи не зависят от броя на прегледаните пациенти (т.е. от оказаните здравни услуги) и са извън обсега на нашето изследване. По-долу правим опит да оценим минимума на административните разходи на лекарите от доболничната помощ. Хипотетично можем да приемем, че по-голямата част от тях се покриват от потребителската такса (1 % от МРЗ, или 0.85 лв. в момента), която се заплаща от пациента при посещение на личния лекар.

Преки разходи за документация

Съгласно Националния рамков договор, общопрактикуващите лекари са длъжни да имат в амбулаторията си 34 медицински документи (бланки, книги, журналы и др.). Осем от тях са първични медицински документи (като поне 5 се използват най-често). Лекарите закупуват за своя сметка необходимите им формуляри. При проведените от нас интервюта лекарите оценяват месечните си разходи за медицински документи на около 150 лв. Тук ще се спрем на най-често използваните формуляри (изключваме закупуването на журналы, книги и др., тъй като разходите за тях се извършват за по-голям период от време) и ще се опитаме да оценим разходите на общопрактикуващия лекар, свързан с тяхното попълване.

При всеки преглед на пациент лекарят е задължен да попълни амбулаторен лист в 3 екземпляра. Цената на този лист е 0.1344 лв. Това означава, че при оптимистичния вариант, при който взаимоотношенията лекар-пациент се ограничават на фазата на прегледа, това е фиксираният пряк разход на лекаря за оказаната здравна услуга. Ако допуснем, че средно на ден един общопрактикуващ лекар преглежда 25 пациента (макар и това допускане да е консервативно), то прекият дневен разход при този сценарий е 3.36 лв. на ден,

или 73.92 лв. месечно. Ако умножим този разход по броя на лекарите, сключили договор с касата, излиза, че минималният месечен разход на системата за попълването на амбулаторни листа е 320 886 лв., или 3 850 640 лв. годишно. Това на практика е около 1.7 % от средствата, отпускани от касата за доболнична медицинска помощ, или около 0.02% от БВП за 2001 г.

Ако разширим горният сценарий с предписването на лекарства, поемани частично или напълно от касата, то лекарят има допълнителен пряк разход от 0.074 лв. за рецептурна бланка. На годишна основа това означава допълнителни 2 120 144 лв. Така общите разходи са 0.21 лв. на пациент.

Вторият сценарий е изпращането на пациента на специалист и/или на изследвания (медикодиагностична дейност). Трудно е да се определи какви са средните месечни разходи при този сценарий, защото при ограничената дълбочинност на изследването ни е трудно да се определи какъв процент от пациентите биват насочвани към специалист или за лабораторни изследвания. По данни от годишния отчет на НЗОК за 2000г., прегледите от специалисти са били 2 647 000 (за шест месеца). От тях 55%, или около 1 357 000 са първични, а останалите 1 110 000 – вторични. Нека допуснем, че броят на прегледите се запази през 2001г. Тогава, разходите за талон за медицинско направление и амбулаторен лист при първичните прегледи са около 37 180 лв. на месец, или около 446 160 лв. на година. За вторичните прегледи се попълват амбулаторни листа, разходите за които на месец са около 24 860 лв., или около 298 320 лв. годишно. Разходите за талони за медико-диагностична дейност добавят още 57 000 лв. годишно.

Така, можем да оценим разходите за необходимите формуляри при най-опростен сценарий на доболнична помощ на около 6 772 264 лв.

Непреки разходи по отчетността

Дотук се спряхме само на разходите за закупуване на медицински формуляри. Административното обслужване на дейността на лекаря обаче не се ограничава само с тях. Тези формуляри се попълват, което означава разход на време. Средно при прегледа на един пациент времето за попълване на необходимите формуляри е 15 мин. (голяма част от това време се използва за попълването на едни и същи “паспортни” данни за лекаря и практиката му). В повечето случаи с попълването на бланките се занимава медицинската сестра, но и лекарят отделя определено време за тази цел. Отделно от формулярите се попълват различни журнали и книги. Подготвят се и периодични (месечни, шестмесечни и годишни) отчети за РЗОК. Нашето изследване показва, че месечната отчетност отнема 2 дни.

Ако предположим, че 2/3 от работното време на медицинската сестра е посветено на попълването на бланки, то можем условно да приемем, че и 2/3 от заплащането на нейния труд е непряк разход, който лекарят прави за администриране. При тази хипотеза, ако средната месечна заплата на сестрата от 160 лв., която с осигуровките (за 2001 г.) възлиза на 215 лв., то непрекият административен разход на лекаря е около 143 лв. месечно. Умножено по броя на общопрактикуващите лекари, общият среден разход е 620 763 лв. месечно, или 7 449 156 годишно (тук не вземаме предвид разхода на време на самия лекар, който е трудно да се остойности). Това е около 0.03 % от БВП.

Така минималната **оценка на административните разходи** в доболничната помощ показва годишен разход от около 14 221 420 лв. Тук не включваме

разходите по обслужването на фирмата на лекаря, като например заплащането на счетоводител.

Изводи

1. Делът на текущите разходи за издръжка на здравната каса засега е нисък, и това е показател за добра ефективност. Трябва да се има предвид обаче, че все още нямаме база за сравнение с разходите за издръжка при една конкурентна частно-осигурителна система. Възможно е и постигането на “добри” резултати по отношение на разходите да се дължи до голяма степен на завишени прогнози в бюджета на касата.
2. Значителният резерв, натрупан от касата, на практика представлява замразен капитал, който чака своето оползотворяване в неопределен бъдещ момент. *Де факто* този резерв е безлихвено кредитиране на държавата от страна на здравно-осигурените лица.
3. Административната дейност на лекарите във връзка със спазването на изискванията на ЗЗО и НРД, съотнесена към оказваните здравни услуги, е съществена – най-малко 10%, или поне 0.05% от БВП. От тази гледна точка ефективността на системата все още не е на необходимото ниво.

Най-показателен е обаче фактът, че подобни сметки изобщо отсъстват от годишния отчет на НЗОК. Рационалният избор на най-ефективно финансиране на здравните услуги предполага правителството да предостави оценка на въздействието на действащия модел, включително и за начина на разпределение на ползите и разходите.

Схема на разходите за здравеопазване по ЗЗО за 2001 г.

