



ЕК
ИП
ЕКСПЕРТЕН КЛУБ ЗА
ИКОНОМИКА И ПОЛИТИКА

Цени в здравеопазването: проблеми и решения



Автори: Аркади Шарков, Стоян Панчев
София, 2023 г.

- Цените в здравеопазването consistently изостава от останалите в икономиката. Това изоставане достига 13,6 п.п. от началото на Ковид – 19 пандемията до днес. Промени в индекс на потребителските цени (ИПЦ) и под индекса „Здравеопазване“ са съответно 24,9% и 11,3%.
- От началото на 2022 г. общата инфлация в икономиката е 16,9%, докато тази в здравеопазването само 8,7% – 10,4% за лекарски услуги и 8,2% за лекарствени продукти.
- За някои големи многопрофилни университетски болници в страната средните цени на клиничните пътеки по Националния рамков договор (НРД) покриват само около 20-40% от средната реална цена на лечение.
- Съотношението цена на клинична пътека/ реална цена на лекуване е най-лошо в кожни и венерически болести и пневмология и фтизиатрия – средно около 3 пъти по-ниско от реалната стойност на лечение.
- Липсата на достатъчна ценова индексация води до увеличено време за чакане за оказване на медицинска помощ, липса на определени лекарствени продукти от пазара, прехвърляне на разходи върху пациента, заобиколни методи за неформално повишаване на цените, понижаване на качеството на предоставяната услуга, „долекуване“ извън болничните заведения, свръхнатовареност на персонала и др.
- Предлагаме три подхода за адресиране на проблема – допълнително финансиране чрез акцизи за здраве, ваучери за здравни услуги и улеснено и прозрачно доплащане от пациента на пазарна основа.

Целта на този анализ е да посочи проблемите в системата на здравеопазването, възникващи след средата на 2021 г., в следствие на забързания темп на ръст на цените в икономиката.

Както други обществени системи със значителен елемент на административно регулиране на цените, здравеопазването се оказва притиснато от инфлацията в суровините, горивата и труда и политиката за ограничаване ръста в цените на предоставяната услуга.

В публичното пространство са излагани различни подходи за решаване на този проблем – увеличаване на здравната вноска, демонаполизирание на НЗОК и др. От ЕКИП предлагаме три политики за адресиране на посочените проблеми, които са относително лесни за прилагане и достатъчно обществено приемливи, за да не станат жертва на политическата несигурност в страната.

I. Изоставащите цени в здравеопазването

Проблемите с ценообразуването в здравеопазването предшестват високата инфлация от последните две години, но биват изострени от останалите процеси на поскъпване в икономиката. В тази секция от изследването демонстрираме по два начина същественото изоставане на цените на здравните стоки и услуги – чрез (1.) ценовите индекси и (2.) чрез разбивка на разходите за клинични пътеки в голяма областна болница.

1. Ръст на цените в икономиката и в здравеопазването

Бързият ръст в цените на различни стоки и услуги и повишението на общото ценово равнище са в центъра на общественото внимание от 2021 г. насам, когато започнаха да се отчитат първите проявления на по-висока инфлация (над 2% годишно). Съсредоточаването на повишението в цените на храните, енергията и стоките от първа необходимост оставя на заден план проблемите на конкретни сектори, при които под въздействие на набор от пазарни и регулаторни специфики, инфлацията изглежда по различен начин и води до свои характерни проблеми.

Такъв сектор е здравеопазването, изпитало редица трудности по време на Ковид-19 пандемията, и в някаква степен вече напуснало позицията на първостепенен сектор, що се отнася до вниманието и усилията на хората, които взимат решения у нас. Както и други

части на икономиката, доминирани от гържавата, предоставянето на здравни грижи изпитва специфични затруднения със следването на бързо променящите се пазарни цени.

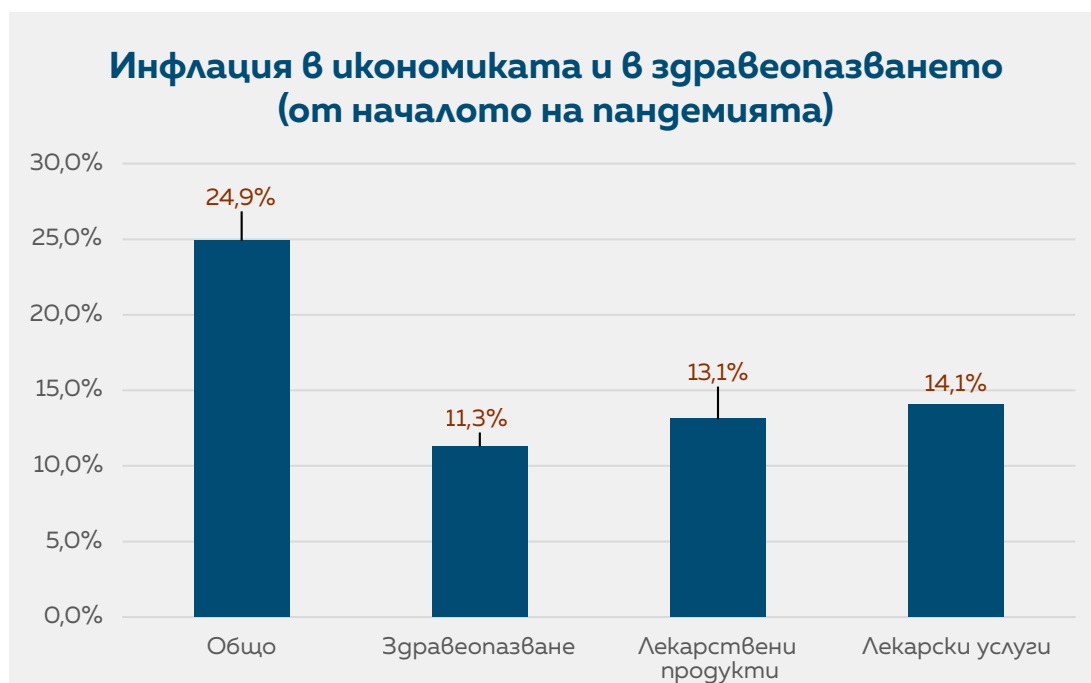
В ръцете на публичните власти са много от инструментите за влияние и директно определяне на цените в здравеопазването – цени на клиничните пътеки, размери на бюджета на НЗОК и МЗ, пределни цени на лекарствените продукти, договори със съсловните организации на лекари, зъболекари и останалите медицински специалисти, голям брой болнични и доболнични заведения, които са обществена собственост и др.

Публичните власти, както е видно и в други подобни сектори, като например образованието и обществения транспорт, често изостават с темпа на индексация на цените в периоди на по-бързо нарастване на общото ценово равнище. Причината е в различните стимули, влияещи при взимането на решение за повишаване на цените. В публичния сектор имаме силен политически уклон за ограничаване на резките скокове в цените на стоки и услуги, които се възприемат като „социални“. Комбинирано с тромавостта на административните и законодателни процеси, изискващи прилагането на едно евентуално индексирание, можем да очакваме значително изоставане на темпа на ръст на цените в здравеопазването спрямо останалата част от стопанството.

Теоретичното очакване се потвърждава и от наличните данни за периода на завишена инфлация в България. На **Графика 1** са посочени увеличенията на цените в икономиката като цяло, сравнени със сектор Здравеопазване, както и два от неговите подкомпонента – лекарствени продукти и лекарски услуги. С просто око се вижда разликата в темпа на промяна между цялата икономика и сектор Здравеопазване – разликата между Общия индекс на потребителските цени (ИПЦ) и този за здравеопазване е 13,6 п.п., 11,8 п.п. при лекарствените продукти и 10,8 п.п. за лекарските услуги.



Графика 1: Ръст на индекса на потребителските цени (ИПЦ) за периода януари 2020 – декември 2022 г.



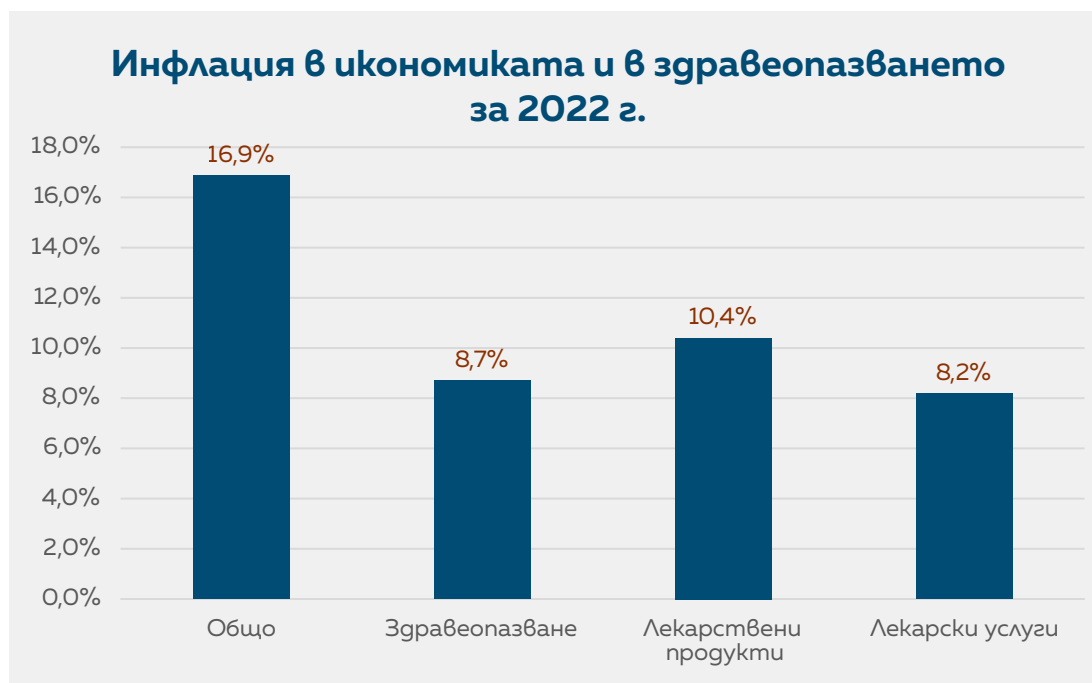
Източник: НСИ

За по-малко от две години темпът на ръст на цените в здравеопазването изостава от този при останалата част от икономиката почти двойно.

На **Графика 2** можем да сравним данните за движението при същите показатели през последната една година. Индекс на потребителските цени от декември 2021 г. до декември 2022 г. – общ, за здравеопазване, лекарствени продукти и лекарски услуги. Само за една година цените в здравеопазването изостават спрямо общия индекс на потребителските цени с 8,2 п.п., цените на лекарствените продукти с 6,5 п.п. и лекарските услуги с 8,7 п.п. Отново виждаме почти двойно изоставане на цените в здравеопазването спрямо останалата част от икономиката за последните 12 месеца.



Графика 2: Ръст на индекса на потребителските цени за периода декември 2021 г. – декември 2022 г.

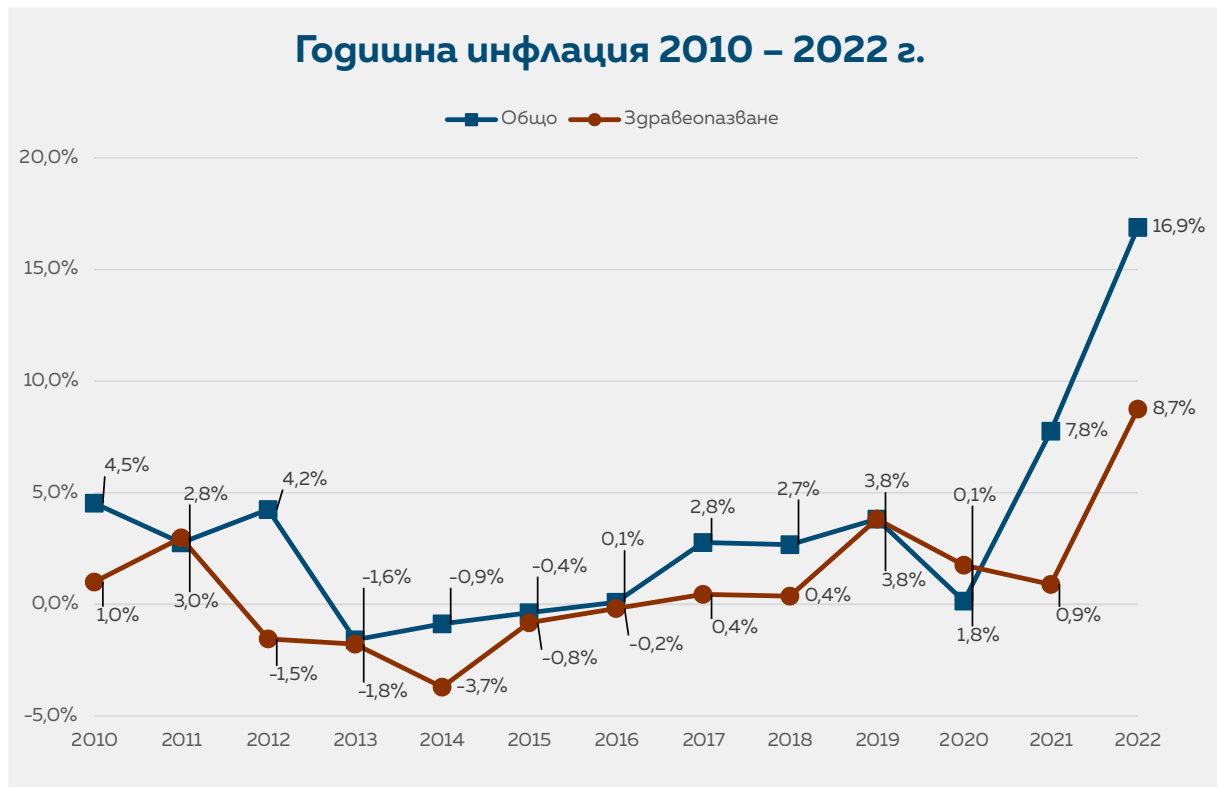


Източник: НСИ

Един по-дългосрочен поглед като този от **Графика 3** може да ни покаже, че цените в сектор Здравеопазване консистентно изостават от останалите в икономиката през последното десетилетие. Редки са изключения като 2011 г. и 2019 г., когато виждаме еднакъв темп на ръст на цените при индекса и подиндекса. Пандемичната и силно дефлационна 2020 г. е единствената, в която здравеопазването настига ценово останалата част от икономиката.



Графика 3: Годишна промяна в индекса на потребителските цени (ИПЦ) в периода 2010 – 2022 г.



Източник: НСИ

Промяната от 2021 г. насам е, че се променя общият темп на инфлацията. По този начин неблагоприятното за здравния сектор съотношение придобива реални размери, които бързо водят до неспособност различни части от здравната система да издържат на ценовия натиск. Дългосрочното изоставане на цените в здравеопазването придоби се задълбочи точно през 2021 г., когато започнахме да чуваме за болнични заведения, които не могат да покрият режийните си разходи.¹

Липсата на гостатъчна ценова индексация ще доведе до редица проблеми, произтичащи от натрупване на дефицити в системата. Някои от възможните ефекти ще са свързани с намален достъп до здравни грижи, увеличено време за чакане за оказване на медицинска помощ, липса на определени лекарствени продукти от пазара, прехвърляне на разходи върху пациента (болнични заведения без санитарни необходомости), заобиколни методи за неформално повишаване на цените, понижение на качеството на предоставяната ус-

1 Болници и училища изпитват трудности с повишаващата се цена на газа. NOVA телевизия, 15.10.2021 г. : <https://nova.bg/news/view/2021/10/15/343058/%D0%BD%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%B3-%D0%BD%D0%B0-%D0%B4%D1%8A%D1%80%D0%B2%D0%B0-%D0%B8-%D0%BF%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%B8-%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B8-%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BF%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D1%81%D0%B5%D0%B7%D0%BE%D0%BD/>

луга, повече „долекуване“ извън болничните заведения, специалисти, концентрирани върху работа с по-голям брой пациенти и др.

2. Клинични пътеки

Друг начин за измеряване на разликата между реалните цени в здравеопазването и номиналните такива е през стойността на клиничните пътеки (КП). Въпреки „на теория“ ежегодното предоговаряне на цените на клиничните пътеки в Националния рамков договор, се оказва, че командното договаряне е една от основните причините да изостава спрямо общото развитие на цените в икономиката, както и за догонването на последните течения в развитието на здравеопазването. Уникалността за лечение на различните групи заболявания изисква прогнозиране и планиране при подхода на договаряне, който следва да е съобразен със спецификите на лечебното заведение за болнична помощ на територията на страната.

В настоящото изследване за пример е взета многопрофилна болница от голям областен град, чрез която да се онагледят разликите в реалната цена на лечение и тази, зададена в НРД. Лечебното заведение за болнична помощ има договор за почти всички клинични пътеки, заложи в НРД. Големината на болницата е ключова по отношение на възможностите за икономии от мащаба. За целта разходите по лечение са структурирани и консолидирани по групи дейности с оглед по-удобното им разчитане. Цените са разделени на две – средна цена на лечение, нормативно зададена в здравната номенклатура и средна реална цена за лечение като реален разход, който лечебното заведение извършва за конкретната група заболявания. В **Таблица 1** е заложи базова година 2020, а в **Графика 4** с цел сравнение са използвани данни за същото лечебно заведение през 2022 г.

В **Таблица 1** се виждат разликите в съотношението на средната реална цена на лечение спрямо нормативно заложи цена на клинична пътека в примерната болница през 2020 г. и 2022 г. През 2020 г. най-голяма разлика се наблюдава при акушерство и гинекология – приблизително 4,5 пъти по-висока реална цена спрямо заложи в НРД, а именно 425 лв. спрямо 1666 лв. Най-малка разлика в пропорциите наблюдаваме при кардиохирургията, където разликата е 1,9 пъти. През 2022 г. има разлика в съотношението в полза приближаване към реалната цена на същите две респективно с 2,5 и 1,5 пъти. Въпреки това номиналната стойност на разликата за кардиохирургията през 2020 г. е 11 644 лв. спрямо 21 834 лв., което е висока сума спрямо останалите групи. За 2020 г. при ушно-носно-гърлените болести разликата в цената за лечение е 2,8 пъти, като за консервативно парентерално лечение при ушно-носно – гърлени боле-



сти тя достига 6,3 пъти – заложената цена в НРД е била 150 лв., а реалната цена на изпълнение на дейността през 2020 г. е била на стойност от 946 лв.

Таблица 1: Съотношение на цена на клинична пътека спрямо реална цена на лечение в лв. по групи (примерна болница) 2020 и 2022 г.

КП	Реална цена / Цена на КП (2020)	Реална цена / Цена на КП (2022)
Акушерство и гинекология	4,5	2,5
Кожни и венерически болести	4,2	3,9
Ушно-носно-гърлени болести	4,1	1,8
Детски болести/ неонатология	3,6	1,9
Пневмология и фтизиатрия	3,3	1,5
Неонатология	2,9	1,6
Нефрология	2,8	1,7
Ушно-носно-гърлени болести	2,8	1,8
Нервни болести	2,8	1,7
Токсикология и алергология	2,7	2,2
Хирургия	2,7	1,7
Урология	2,7	2,1
Неврохирургия	2,6	1,9
Ендокринология	2,6	1,8
Очни болести	2,6	2,1
Анестезиология и интензивно лечение	2,6	1,6
Ортопедия и травматология	2,5	1,7
Инфекциозни болести	2,5	1,7
Клинична имунология	2,5	1,5
Пневмология и фтизиатрия	2,5	1,5

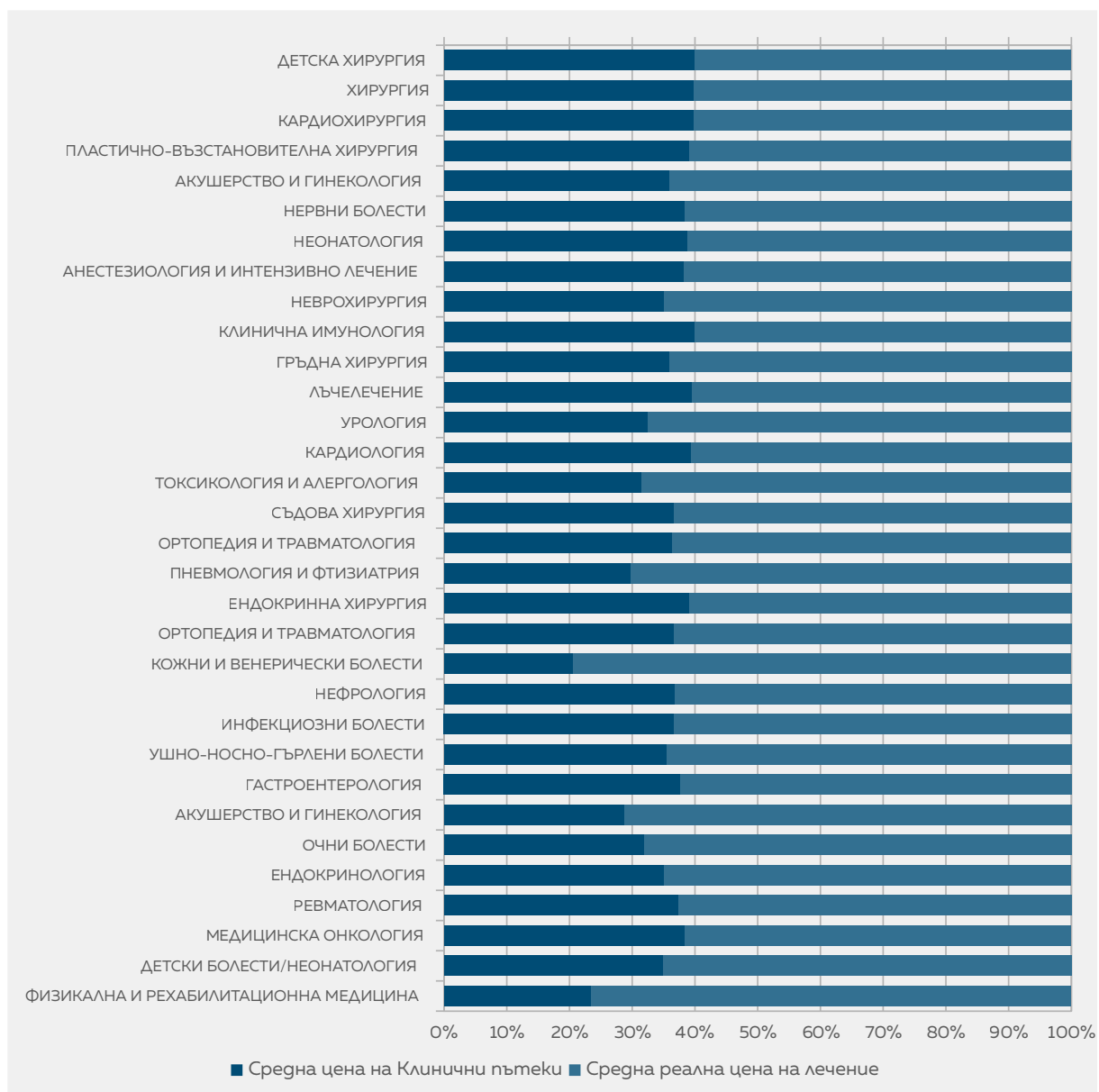
КП	Реална цена / Цена на КП (2020)	Реална цена / Цена на КП (2022)
Детска хирургия	2,5	1,5
Съдова хирургия	2,5	1,7
Гастроентерология	2,5	1,7
Ендокринна хирургия	2,4	1,6
Кардиология	2,4	1,5
Ревматология	2,4	1,7
Пластично-възстановителна хирургия	2,3	1,6
Гръдна хирургия	2,1	1,8
Медицинска онкология	2	1,6
Лъчелечение	2	1,5
Кардиохирургия	1,9	1,5

Източник: Финансови разчети на ЛЗ, собствени изчисления

Графика 4 касае лечението в използваното за илюстрация ЛЗ през 2022 г. Съпоставена с данните за 2020 г. от **Таблица 1** се наблюдават финансови подобрения в няколко конкретни области, сред които акушерството и гинекологията. С цел да се онагледят първата група от дейности се слага фокус върху разликата в нормативно зададената стойност на пътеките за детска хирургия и разходите, които лечебното заведение извършва. Тази разлика достига 1,5 пъти. Или ако средната цена на клиничните пътеки в групата, за които дадената болница има договор с НЗОК е 15 601 лв., то реалната стойност на лечение възлиза на 23 401 лв. Най-голяма разлика между зададена цена и реална стойност на лечението се наблюдава при Кожните и венерически болести.



Графика 4: Средна цена на клинична пътека съотнесена към средна реална цена на лечение в лв. по групи (УМБАЛ) 2022 г.



Източник: Финансови разчети на ЛЗ, собствени изчисления

При ушно-носно-гърлените (УНГ), където средно разликата между стойностите се разминава 1,8 пъти, като при УНГ средната цена на КП е 1377 лв., а средната реална цена на лечение е 2506 лв. Обръщайки внимание на по-разходоёмките дейности като кардиохирургия се стига до сериозна ценова разлика от 1,5 пъти, която, въпреки че, е намаляла спрямо предходния обследван период, отново е висока. Средната цена на договорените КП за кардиохирургия е 14 445 лв., а реалната средна цена на лечение е 21 898 лв. За онагледяване на конкретен вид дейност се взема КП за нормално раждане, чиято стойност е 1566 лв., а реалният разход на ЛЗ достига 2778 лв. или разлика от 1,8 пъти.



Аналогично за лечение на хронична бъбречна недостатъчност при лица над 18 години, цената на КП е 899 лв., а реалната стойност е 2276 лв. или 2,5 пъти по-висока. Вземайки предвид рисковете от бъдещи пандемии, може да се обърне внимание и на дейностите по диагностика и лечение на контагиозни вирусни и бактериални заболявания, където стойността на КП е 1512 лв., а реалната стойност на лечение е 5108 лв. или 3,4 пъти по-висока. Кумулативно разликата от всички сключени договори за дейности и реалната цена на лечение в конкретното лечебно заведение е 1,9 пъти през 2022 г. спрямо 2,7 пъти за 2020 г. Тук, естествено, трябва да се вземе предвид лимитацията, касаеща сключването и прекратяването на договори за КП с НЗОК в съответния период.

II. Реформи за по-ефективно финансиране на здравеопазването

Политическата и стопанска конюнктура ограничават възможностите за лесно индексирание на цените в здравеопазването. В ситуация с намаляващи реални доходи на населението и политическа нестабилност непопулярни мерки като увеличаване на здравните осигуровки са извън „прозореца на Овертън“. Затова във втората част на настоящата публикация представяме три идеи за подпомагане финансирането в здравеопазването, които са относително лесно приложими, обществено приемливи и могат съществено да компенсират изоставането на цените в здравеопазването. Нашите предложения са – (1.) ваучери за здравни услуги и лекарства (2.) акцизи за здраве и (3.) свобода на доплащането.

1. Ваучери за здравни услуги и лекарства

Ваучерите са инструмент, който осигурява достъп до определени стоки и/или услуги за специфични групи от потребители с конкретна социална или икономическа цел. В свой доклад от 2021 г., Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) препоръчва използването на социални ваучери като „иновативни инструмент за социално приобщаване и местно развитие“².

„Независимо дали на хартиен или цифров носител, социалните ваучери са придобивки, най-често регулирани от закона и подкрепени от специфични публични политики и фискална рамка, за да дадат достъп до конкретни стоки или услуги в определени мрежи от гос-

2 OECD (2021), “Social Vouchers: Innovative Tools for Social Inclusion and Local Development”, OECD. Local Economic and Employment Development (LEED) Papers, No. 2021/08, OECD Publishing, Paris.



тавчици и институции. Ваучерите могат да се използват на национално или местно ниво като алтернатива на парични надбавки или стоки в натура и обикновено са адаптирани към местния контекст“.

Най-популярни в България са ваучерите за храна, които се предоставят от работодатели на техните служители с цел увеличаване на мотивацията и покупателната способност. Тези ваучери могат да се използват в широка мрежа от търговски обекти и ресторанти, които имат сключен договор с издател на ваучери, и могат да бъдат разменяни само за храна и хранителни продукти. С тях не може да се закупуват алкохол и цигари.

В други държави в ЕС и по света ваучерите се използват за постигане на различни цели: от по-балансирано хранене и по-висока продуктивност за работещите до подпомагане на и създаване на работни места в някои сектори (например туризъм, култура и др.). Те могат да се използват и за насърчаването на гадено поведение (напр. по-здравословно хранене, употреба на екологични продукти и услуги и др.). В някои държави местните власти предоставят ваучери за публични услуги, до които иначе населението не би имало достъп, например ваучери за учебни пособия на деца от уязвими групи в Румъния, ваучери за култура за младежи във Франция, ваучери за колело във Франция и т.н.

Ето защо създаването на ваучери за здравни услуги и лекарства биха били добро решение за сектора на здравеопазването, тъй като могат да гарантират целево използване на публични средства – било то под формата на данъчно облекчение за работодатели или на отпуснати от държавата средства за определени случаи.

Социалните ваучери имат следните характеристики:

- Могат да бъдат използвани само в рамките на една държава;
- Регулирани са от конкретна социална или данъчна нормативна уредба, целяща да насърчи социалните политики на държавата;
- Предоставят достъп само до определени стоки/услуги;
- Могат да се ползват в мрежа от обекти, които имат сключен търговски договор с издателя на ваучера;
- Не могат да бъдат заменяни срещу пари в брой.

За постигането на определени социални цели биха могли да бъдат въведени ваучери за здравни услуги и/или лекарства, които да се из-



ползват за точно определени цели в мрежа от лечебни заведения и аптеки, които имат сключен договор с издателя на ваучерите. Така ще се гарантира целевото използване на тези средства за конкретната цел, за която са били предвидени. Ваучерите не могат да бъдат заменени срещу пари в брой и не може да се връща ресто, което минимизира риска от измами. Те могат да бъдат поименни, за да се гарантира употребата им от конкретен ползвател в случаите, когато това е необходимо.

Ваучери за здравни услуги и/или лекарства биха могли да бъдат създадени, за да подкрепят определена група от населението – например пенсионери, деца от семейства с ниски доходи, хора с увреждания и др. Предимството пред предоставянето на пари в брой е, че изразходваните средства под формата на ваучери са лесно проследими и могат да бъдат насочени към определени бенефициенти. Може да бъде създаден и контролен механизъм, който да гарантира правилното използване на ваучерите само за здравните услуги и/или лекарства, за които са предназначени. Ваучерите се използват в определена мрежа от обекти, като по този начин може да се стимулира използването на конкретни здравни услуги или здравни заведения.

Друг вариант за предоставяне на ваучери за здравни услуги и/или лекарства е създаването на данъчен стимул за работодателите, които под формата на здравен ваучер да могат да се погрижат за поддържането и подобряването на здравословното състояние на своите служители. В някои държави вече масово навлизат и услуги в областта на емоционалното благогенствие (wellbeing) и психичното здраве, които също се поемат от работодателя, за да допринесат за баланса между работа и личен живот и за да предотвратят състоянията на професионално прегаряне и съпътстващите го усложнения. Подобни ваучери биха били предоставяни според възможностите на работодателя на служителите при определени условия, т.е. не всеки работодател да е задължен да ги предоставя.

Ако използваме за модел начинът, по който функционира сегашната система на ваучери за храна в България, здравният ваучер би се предоставял от работодателя под формата на допълнителна придобивка към месечната заплата. Работодателите са заинтересовани да използват подобен подход заради данъчните облекчения, докато държавата може да провежда свои политики като насочва потреблението на работещите, предоставяйки положителни стимули вместо често неработещи ограничения.

Още по-удобно при потенциалното използване на здравни ваучери е премахване нуждата от централно планиране на нуждите на пациентите, веднъж имайки достъп до своя ваучер, те могат да изберат



какъв вид здравни услуги и/или лекарства да получат. Тази свобода може да се калибрира според нуждите на провежданата здравна политика, както е примерът със забраната ваучери за храна да се използват за закупуване на алкохол и тютюневи изделия.

Настоящата програма за ваучери за храна (и други услуги) в България има годишна квота от 1 млрд. лв. и максимален номинал на месечния ваучер от 200 лв. – тези средства се предоставят от работодателите на работещите. Потенциалните данъчните и осигурителните вноски, които пропуска републиканския бюджет за 2023 г. са в размер на до 7,8% от размера на квотата, като в проучване от 2018 г.³ беше ясно доказано, че значителна част от тези пропуснати приходи се компенсират от увеличено потребление и съответното облагане на това потребление с ДДС, както и от изсветляването на доходите на работещите.

Дори и при по-ограничена възможност за компенсиране на пропуснатите постъпления, например заради липсата на ДДС за здравни услуги, прави впечатление високата възвръщаемост на инвестицията за всяко правителство. Държавата дава възможност на системата да съществува, поставя я в контекста на своята политика, докато мнозинството от разходите се покриват от частния сектор като част от възнагражденията на работещите.

2. Акцизи за здраве

Друг бюджетно неутрален метод за подпомагане и допълване на перата в здравния бюджет са акцизите. Прозрачността за тяхното разпределение изисква те да бъдат насочени към бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Постъпленията могат да бъдат използвани за пропорционално финансово стимулиране на бюджета за болнична, извънболнична медицинска помощ, както и за лекарства и медицински изделия. В предишни [анализи](#)⁴ на Експертния клуб за икономика и политика, те са представени като бюджетно неутрален инструмент за целево заделяне от държавния към здравния бюджет. По същество акцизът има две функции – от една страна, да ограничава или възпрепятства използването на определен тип продукт, считан за вреден за човешкото здраве и природата, а от друга – да служи като източник за финансиране на програми по превенция, профилактика и лечение на заболявания, свързани с неговата

3 Проучване на пазара на ваучерите за храна: Състояние на системата, социално-икономически въздействия и перспективи за либерализация, ЕКИП, 2018 г. <https://ekipbg.com/vaucheri-analysis/>

4 Акцизи по предназначение. Подобряване на публичното финансиране на здравеопазването чрез бюджетно неутрални инструменти, ЕКИП, 2020 г. <https://ekipbg.com/wp-content/uploads/2020/10/Excise Tax Funding Health EKIIP.pdf>



употреба. В години на икономическа несигурност и липса на предвидимост те представляват устойчив, допълнителен източник на средства, който да бъде заделян целево за лечението на заболявания, индуцирани от употребата на акцизни стоки като тютюневи изделия, алкохол, в т.ч. и горива.

В настоящото предложение за целево заделяне от акцизи е използвана примерна ставка от 1%, 5% или 10% от годишните постъпления от акцизите за горива, тютюневи изделия и алкохол и реципрочното им разпределение по пера в бюджета на НЗОК. Той е консолидиран в съответните групи – извънболнична медицинска помощ (ИМП), обединяваща Първична (ПИМП) и Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП), болнична медицинска помощ (БМП), както и лекарства, медицински изделия и диетични храни.

В **Таблица 2** се наблюдават годишните приходи от акцизи за горива, тютюневи изделия и алкохол в държавния бюджет. Основното, което се вижда е, че от 2014 г. насам имат естествен прираст, дължащ се, както на факторите на потребление и събираемост, така и на постепенно повишаване на акцизните ставки в унисон с европейското законодателство. Движение надолу се наблюдава през 2020 г., което може да се обясни с множеството наложени мерки по отношение на Ковид-19 пандемията, водещи до спад в потреблението на алкохолни напитки и горива. През 2021 г. ръстът на постъпленията поетапно се покачва, единствената разлика е при приходите от акцизи от алкохол, вероятно отново дължащи се на мерките за възпиране развитието на пандемията в България. Кумулативно приходите за 2021 г. са приблизително 5,6 млрд. лв. През 2022 г. ръстът на приходите от акцизи постепенно се забавя, достигайки 5,7 млрд. лв. Факторите за забавянето на ръста са най-вече нормативни и касаят актуализацията на акцизния календар през годината.

Таблица 2: Годишни постъпления на приходи от акцизи в млн. лв. (горива, тютюневи изделия, алкохол) (2014-2022)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Горива	1949	2118	2164	2273	2316	2393	2289	2441	2414
Тютюн	1787	2082	2304	2369	2536	2735	2778	2843	2931
Алкохол	262	279	296	300	311	311	286	308	320

Източник: Министерство на финансите



В **Таблица 3** е направена процентова извадка на кумулативните приходи от акцизи от горива, тютюневи изделия и алкохол. Разделението е на три процентови групи – съответно 1%, 5% и 10%. При сценарий минимум – ако 1% от постъпленията от акцизи за 2021 г. се заделят, то това означава 56 млн. лв., които да бъдат заделени за здравеопазване. При програма максимум от 10%, те нарастват значително и достигат сумата от 559 млн. лв., които да бъдат разпределени за различни дейности в здравната сфера. През 2022 г. кумулативните приходи от акцизи се покачват бавно поради редица от гореизброените фактори. При равни групи условия това би означавало, че ако се заделя само 1% за здравеопазване, това биха били допълнително 57 млн. лв., при 10% заделяне – 567 млн. лв., които допълнително да подпомогнат бюджета на НЗОК.

Таблица 3: Процентно съотношение и разпределение от годишните постъпления на приходите от акцизи в млн. лв. (горива, тютюневи изделия, алкохол) (2014-2022)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1,00%	40	45	48	49	52	54	54	56	57
5,00%	200	224	238	247	258	272	268	280	283
10,00%	400	448	476	494	516	544	535	559	567

Източник: Министерство на финансите, собствени изчисления

В **Таблица 4** е представено разпределението на заделеното от акцизи (1%,5%,10%) със съответната пропорционалност спрямо бюджета на НЗОК. При сценарий минимум (1%) за 2022 г. могат да бъдат заделени 11 млн. лв. за извънболнична помощ, 25 млн. лв. за болнична и 14 млн. лв. за лекарства, мед. изделия и храни. При програма максимум (10%) за същия период могат да бъдат заделени 110 млн. лв. за извънболнична помощ, 254 млн. лв. за болнична помощ и 140 млн. лв. за лекарствени продукти и др. Кумулативно сумата представлява приблизително половин млрд. лв. допълнително за дейности в здравеопазването.



Таблица 4: Процентно заделяне и разпределение от годишните постъпления на приходите от акцизи към извънболнична, болнична медицинска помощ и лекарства, мед. изделия и храни

% задел- яне	2018			2019			2020			2021			2022		
	1,00%	5,00%	10,00%	1,00%	5,00%	10,00%	1,00%	5,00%	10,00%	1,00%	5,00%	10,00%	1,00%	5,00%	10,00%
Извън- болнична помощ	8	42	85	9	43	87	9	45	90	8	42	85	11	55	110
Болнична помощ	23	116	231	24	119	238	26	129	258	27	133	265	25	127	254
Лекар- ства, ме- дицински изделия и храни	13	63	127	13	66	133	14	71	143	13	67	133	14	70	140
Общо	44	221	443	46	229	457	49	245	490	48	242	484	50	252	504

Източник: Министерство на финансите, ЗБНЗОК, собствени изчисления

3. Медицинска помощ, извън пакета, гарантиран от бюджета на НЗОК

Регламентирането на доплащането в системата на здравеопазването има няколко основни цели – от една страна, да допринесе за подобряването на финансирането към лечебните заведения за болнична помощ, като допринесе за финансирането на подценени дейности. От гледна точка на прозрачността, регламентирането на доплащането, съпроводено с публичност на цените, може да подобри конкурентната среда, като предостави възможно най-голям избор на пациентите къде и на каква цена да се лекуват. Друг важен елемент на регламентирането касае двойната верификация от страна както на платеща, така и на държавата по отношение на реално извършената дейност. Важна функция на регламентирането на доплащанията е възможността за по-обективни финансови отчети на лечебните заведения, които да спомогнат за подобряване на устойчивостта им, както и обратната връзка към принципала.

Съгласно чл. 45, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), НЗОК заплаща за медицинска помощ, определена като пакет с наредба, издавана от Министъра на здравеопазването. Актуалната наредба в тази връзка е Наредба No 9/2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК.

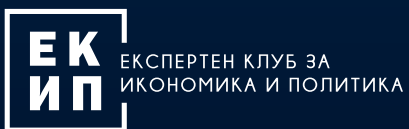
По аргумент от противното, всички медицински дейности, в това число медицински изделия, необходими за провеждане на диагностика и/или лечение на пациенти, се заплащат от пациента. Отделно от

казаното, следва да се отбележи, че чл. 52, ал. 1 от ЗЗО предвижда, че изпълнителите на медицинска помощ, сключили договор с НЗОК за оказване на медицинска помощ, включена в пакета, определен с наредбата по чл. 45, ал. 2, са длъжни да оказват на задължително здравноосигурените лица, без да изискват и приемат от тях плащане и/или доплащане (...). Следователно, медицинската помощ, която не е включена в пакета или по някаква причина не се заплаща от НЗОК, подлежи на заплащане или доплащане от страна на пациента.

В извънболничната помощ такива дейности са например провеждане на някои лабораторни изследвания извън пакета. В болничната помощ такава ще бъде медицинската помощ, свързана с лечение на заболявания, невключени като критерии за хоспитализация в алгоритмите на клиничните пътеки. Тук се включват и медицинските изделия, за които изрично е посочено в алгоритъма на клиничните пътеки, че стойността на медицинското изделие не се заплаща от НЗОК (например различни ушиватели, пирони, кейджове и други), както и различни иновативни методи за лечение, които не са включени в алгоритъма на клиничната пътека и изискват използване на различна апаратура, инструментариум или техники.

В посочените случаи пациентите заплащат медицинска помощ, която принципно е включена в посочения в т. 1 пакет, но поради наличие на регулативни стандарти в извънболничната помощ дадена медицинска дейност не може да бъде извършена своевременно поради изчерпване на медико-диагностични направления за извършване на изследвания или достъп до специалист. В тези случаи пациентите заплащат оказаната им медицинска помощ в случай, че не желаят да изчакат следващия отчетен период, в който ще е възможно издаване на такова направление. В болничната помощ при изчерпване на максимално определения ресурс за съответния отчетен период лечебното заведение следва да отложи приема на пациенти и да ги включи в листата за планови хоспитализации, като няма пречка пациентът да бъде приет и лекуван след заплащане на дейностите по ценоразпис. Тук обаче следва да се отбележи, че актуалната съдебна практика на ВКС приема, че в случай на изчерпване на т.нар. лимити и оказване на медицинска помощ над тези стойности на ЗЗОЛ, последната следва да бъде заплатена от НЗОК.





София, 2023