

Ст. н. с. д-р Росица Рангелова, д-р Григор Сарийски

ДЪЛГОСРОЧНО ПРОГНОЗИРАНЕ НА РАЗХОДИТЕ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В БЪЛГАРИЯ, 2005-2050 г.

Изследвани са взаимните връзки между най-важните демографски и икономически показатели, свързани с разходите за здравеопазване в България и чрез прилагането на модел на Международната организация на труда (МОТ) са получени дългосрочни прогнози за тези разходи. Представени са основните черти и особености на модела на МОТ, коментирани са многообразието и проблемите при събиране на необходимите входни данни и след реализация на модела до 2050 г. са очертани основните резултати.

JEL: J00, H5, I18, C32, C53

Разходите за здравеопазване в страните от Централна и Източна Европа (ЦИЕ), които са новите членки на Европейския съюз (ЕС), досега не са били обект на комплексно изследване на взаимозависимостите между социално-икономическите фактори и промяната в структурата на населението. Изследването е в рамките на проекта "Стареене на населението, здравен статус и детерминанти на разходите за здравеопазване" по Шеста рамкова програма на Европейската комисия. Съдържанието на статията е в основата на доклада за България в работен пакет "Развитие на сценарии за разходи за здравеопазване в новите страни-членки на ЕС". В проекта освен България участват Естония, Полша, Словакия и Унгария.

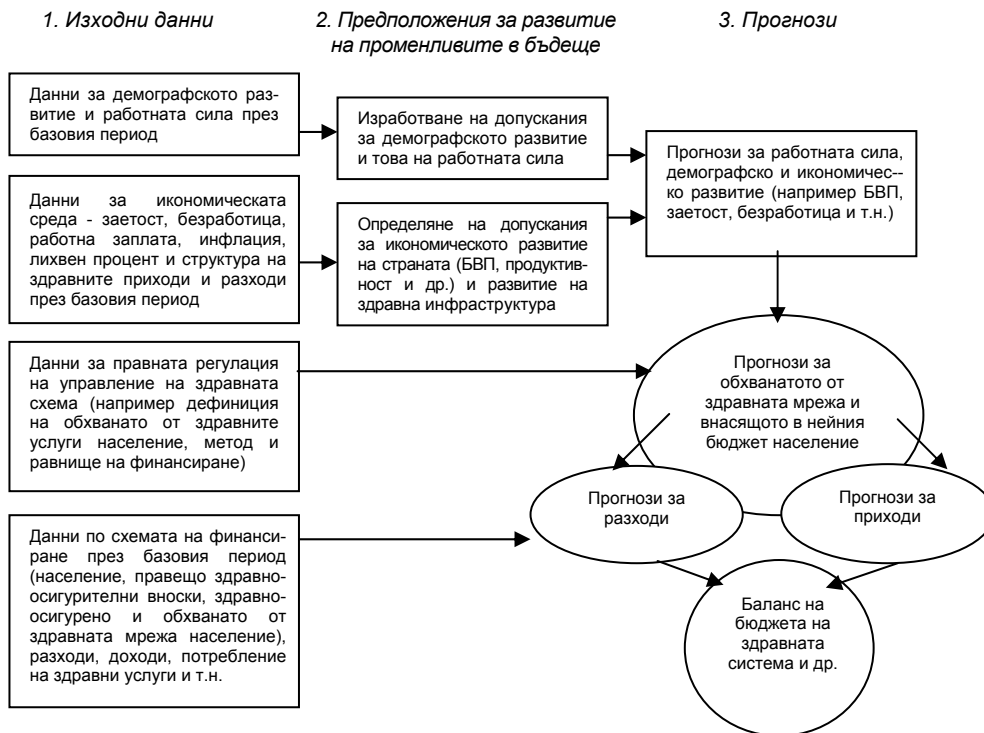
Описание на модела на МОТ

Основните черти на използвания модел на МОТ, който е предназначен за дългосрочно прогнозиране на разходите на здравеопазването в дадена страна, са описани пространно в книгата на група автори.¹ Според тях най-важното предимство на модела се състои в това, че обхваща множество обществени дейности и сфери, свързани с формиране целите и стратегиите на здравната политика. Основните връзки между факторите, определящи разходите и приходите в сферата на здравните услуги, са показани на фиг. 1.

¹ *Cichon, M. et al.* Modelling in Health Care Finance. A compendium of quantitative techniques health care financing. International Labour Organisation. International Labour Office – Geneva, 1999.

Фигура 1

Блок-схема на модела на МОТ за здравния бюджет



Моделът на МОТ се състои от четири основни модула и те са накратко следните:

Икономически и демографски модул - осигурява прогнози (симулации) в перспектива за населението, работната сила, равнището на заетост и други икономически показатели, необходими като входна информация при изчисляване на приходите и разходите в сферата на здравното обслужване. С оглед на по-точното обхващане на работната сила тя е разделена на подгрупи по сектори (в селското стопанство и извън него) и видове заетост – наети и само-наети, във формалния и неформалния сектор и т.н.

Модул на доходите - оценява базата на социалноосигурителната система, отчитайки икономическите и демографските характеристики за населението в страната. Контрибуторите са разгледани в следните основни групи: наети, самонаети, здравноосигуряващи се пенсионери и доброволно осигуряващи се лица.

Дългосрочно прогнозиране на разходите за здравеопазване в България, 2005-2050 г.

Модул на разходите - проектира разходите в различните категории бенефициенти, административни разходи и други разходи на базата на прогнози за населението и предположенията, заложи при прогнозите за бъдещото развитие в използването на здравните услуги и разходите за тях.

Модул на резултатите - предназначен е за изчисляване на годишния баланс на приходите и разходите за здравно обслужване.

Моделът на MOT обхваща широк набор от най-важни показатели на национално равнище в качеството им на променливи (демографски характеристики, основни макроикономически показатели, вкл. БВП, инфлация, заетост и безработица, работна заплата, системата за социално осигуряване, държавен бюджет и т.н.), които влияят комбинирано върху разходите за здравеопазване. Това го прави полезен инструмент за теоретични разсъждения и практически решения. В същото време като всеки модел той не е лишен от недостатъци и условности (вж. схемата).²

Схема

Силни страни и ограничения на модела на MOT за разходите в здравеопазването

<i>Силни страни:</i>	<i>Ограничения:</i>
<ul style="list-style-type: none">● Моделът се основава на набор от подходящи и важни показатели за демографското и икономическото развитие в страната, като в прогнозите се правят на базата на комбинираното им действие.● Прогнозите обхващат както раздела за приходите, така и за разходите в баланса на здравеопазването на страната.● Моделът позволява да се получи най-адекватно обхващане на приходите.● Резултатите са подходящи да бъдат използвани при вземане на решения по здравния бюджет на страната с акцент върху осигурителната система и стабилността на бюджета.	<ul style="list-style-type: none">● Прогнозираните променливи зависят само от вътрешните за страната условия. Слабо е отразено влиянието на външни фактори.● Моделът не отразява в детайли бюджетните приходи (например от данъците).● Макар моделът да отразява по добър начин приходите от социалното осигуряване, тази дейност в страните от ЦИЕ, вкл. в България, е все още нова и продължава да се развива, което несъмнено се отразява върху резултатите.● Моделът се основава на изходна информация за една година, приета за базова, и това не може да отрази протичащите демографски и социално-икономически процеси в дадена страна, особено ако тя по една или друга причина не е типична за периода.

Проблеми по набирането на необходимите входни за модела данни

Източници на необходимите за модела на MOT данни са основни институти, министерства и звена, осигуряващи информация в съответната област, която е свързана с предприетото изследване. За България това са: Националният статистически институт (НСИ), Агенцията по заетостта при

² Моделът се реализира с използването на софтуерен продукт Excel.

Министерството на труда и социалната политика, Националният осигурителен институт, Националният център по здравна информация при Министерството на здравеопазването, Българската народна банка и др.

Проблеми и ограничения

- Поради прехода към пазарна икономика и извършваните реформи у нас след 1989 г. се наблюдаваха много бързи и резки промени в редица макроикономически показатели, които е трудно да бъдат заложени като тенденции за толкова дълга перспектива от близо половин век. Приемането на 2003 като базова година от участващите в проекта партньори е сравнително добро решение за България, защото тя отразява едно вече по-стабилно състояние на страната.

- Здравноосигурителната система у нас беше въведена в началото на сегашното десетилетие, като изтеклите няколко години бяха период на овладяване на системата и изглаждане на механизмите за набиране на необходимите средства. Този процес е съпътстван от висок дял на сечестата икономика, вкл. скритата заетост и високо равнище на безработица, както и честа смяна на регулациите.

- Сравнително късното въвеждане на здравната реформа в България (1 юли 2000 г.) и, общо взето, неодобрението на населението от характера и проблемите при внедряването ѝ не осигуряват наличната и достоверна входна за модела информация в толкова дългосрочен план.

- Неизбежно е при подобно унифицирано за няколко страни изследване да се наложат някои оценки и корекции от страна на авторите при определяне на обяснителните променливи и заложените предположения за бъдещото им поведение.

Променливи и прогнози за промяната им в бъдеще

Очаквано развитие на демографските процеси

Първата и най-важна променлива в модела на МОТ е тази за броя на населението в разглежданата страна и неговите основни характеристики, а също и развитието през прогнозирания период.

За целите на изследването като част от международния проект са взети периодично актуализираните прогнози на ООН, които са и най-често използваните в света, и по-точно средният вариант на последното публикувано издание.³

³ Оценките на ООН започват от 1950 г. и се смята, че се прилага добре отработена методология, по която са обхванати голям брой страни в света за периода след тази година и прогнози в дългосрочен план. По правило обаче тези прогнози завишават фактическите данни след настъпване на прогнозния период не само по изчисляването от тях висок и среден вариант, но дори и по ниския. Очевидно в последващи актуализации експертите в ООН отчитат тези факти. Например в публикуваните прогнози от 1996 г. за България към 2050 г. по средния вариант е заложено население 6 690 000, а в следващото издание на прогнозата този брой е 6 068 000 (вж. The Sex and Age

Дългосрочно прогнозиране на разходите за здравеопазване в България, 2005-2050 г.

Известни са и други дългосрочни прогнози за броя на населението, произведени от различни институции на международно (например Евростат) или на национално равнище,⁴ а също и на отделни автори.⁵ Всички тези прогнози показват в една или друга степен, че процесите на депопулация в България ще се задълбочават. На базата на приетия от нас среден вариант на прогнозата за броя на населението по години на ООН и основните демографски показатели за 2003 г. моделът предполага следните изменения (табл. 1).

Таблица 1

Демографски показатели за България и прогноза до 2050 г.

Показатели	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Брой на населението, общо (хил.), в т.ч.	7848	7707	7539	7348	7138	6919	6704	6493	6279	6058
Мъже	3800	3730	3656	3571	3472	3366	3261	3158	3054	2945
Жени	4048	3977	3882	3777	3666	3553	3444	3335	3225	3113
Тотален коефициент на плодovitост (TFR)	1.27	1.38	1.49	1.59	1.67	1.75	1.81	1.85	1.88	1.89
Средна продължителност на живота при раждане (години)	72.5	73.6	74.7	75.6	76.5	77.3	78.0	78.6	79.1	79.6
Мъже	69.2	70.4	71.5	72.5	73.4	74.2	75.0	75.7	76.2	76.7
Жени	75.7	76.7	77.7	78.6	79.4	80.2	80.9	81.4	81.9	82.4
Раждаемост (на 1000 човека)	8.9	9.4	9.3	8.7	8.2	8.3	8.9	9.4	9.5	9.4
Смъртност (на 1000 човека)	11.9	13.4	13.9	14.0	14.2	14.6	15.2	15.9	16.4	16.7
Естествен прираст (на 1000 човека)	- 5.7	-4.0	-4.6	-5.3	-5.9	-6.3	-6.3	-6.5	-6.8	-7.4
Изменение на броя на населението (%)	-0.30	-0.39	-0.47	-0.54	-0.60	-0.63	-0.63	-0.65	-0.68	-0.74
Възrastова структура (%), в т.ч. на възраст										
0-14 години	14.4	12.9	13.4	13.9	13.6	13.1	12.9	13.4	14.2	14.7
15-65 години	70.3	70.7	68.9	66.8	65.8	65.0	64.0	61.9	59.0	56.8
На 65 и повече години	15.3	16.5	17.7	19.2	20.6	21.9	23.1	24.7	26.8	28.5

Източник. Изчисления на авторите.

Според тази прогноза броят на населението в България ще намалява. Пропорцията мъже/жени ще се запази в полза на жените. Процесът на стареене

Distribution of the World Population. The 1996 Revision. Department of Economic and Social Affairs. Population Division, New York, p. 237-240. В статията е използвана прогнозата в The Sex and Age Distribution of the World Population. UN World Population Prospects. The 2001 Revision. Department of Economic and Social Affairs. Population Division, New York.).

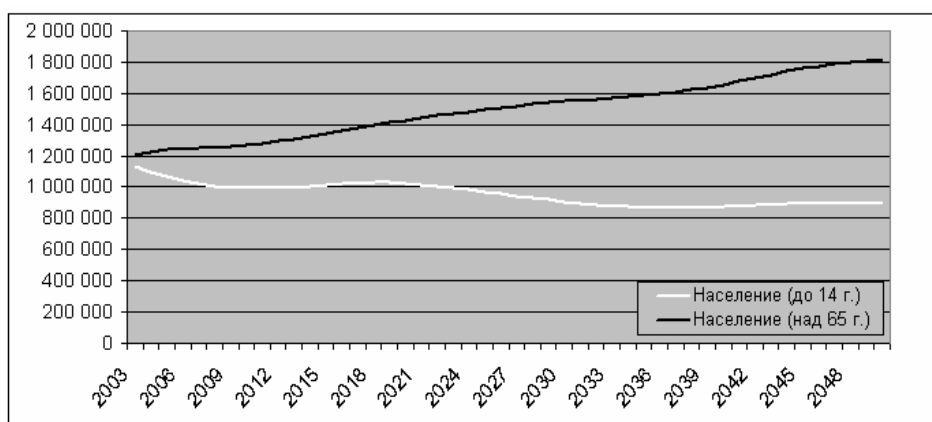
⁴ Прогнозата за населението на България до 2050 г. се разработва по съвместен проект на НСИ и БАН.

⁵ Вж. Донков, К. Прогноза за населението на България през периода 1997-2050 г. - Статистика, 1999, N 2, с. 18-42 и др.

ще продължава, като относителният дял на младото население (0-14 години) в общия брой, който е по-нисък от този на възрастното население (на 65 и повече години) още през 2003 г.,⁶ се очаква да бъде близо два пъти по-нисък към 2050 г. (фиг. 2). Друга неблагоприятна тенденция е значителното намаление на населението в трудоспособна възраст (фиг. 3).

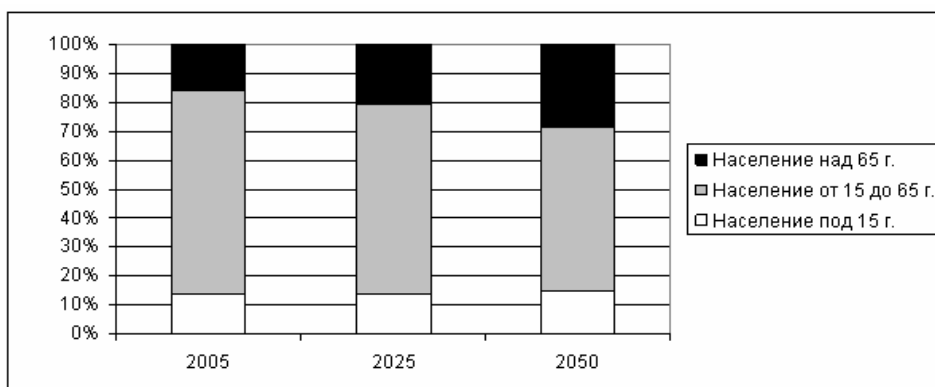
Фигура 2

Прогноза за броя на младото и възрастното население в България до 2050 г.



Фигура 3

Възрастова структура на населението в България през 2003 г. и прогноза за 2025 и 2050 г. (%)



⁶ Rangelova, R. and S. Zlatanov. Ageing and Health Status of Bulgaria's Population. - South-East Europe Review for Labour and Social Affairs, 2005, Vol. 8, N 2, p. 71-94.

Дългосрочно прогнозиране на разходите за здравеопазване в България, 2005-2050 г.

Интересен момент от прогнозата за развитие на населението е вероятното увеличение на тоталния коефициент на плодовитост в контекста на намаляващия брой на жените във фертилна възраст - от 1.23 през 2003 г. на 1.89 през 2050 г. (вж. табл. 1).

През периода 2003-2005 г. средната продължителност на живота при раждане в България е около 72 години общо за мъже и жени, като тази при жените е с около 7 години по-висока. Моделът на MOT позволява да се изчислят три варианта, предполагащи различна степен на увеличаване на средната продължителност на живота до 2050 г. – бързо, средно и бавно (табл. 2). Според варианта за бързо увеличаване той ще нарасне за двата пола с 9 години, според третия вариант – с близо 6 години. При трите варианта средната продължителност на живота при жените вероятно ще надхвърли 80 години, а при мъжете ще се приближава до тази граница, като по третия вариант (бавно увеличение) ще се достигне сегашното равнище на продължителност за жените в България.

Таблица 2

Варианти за очакваната средна продължителност на живота при раждане в България до 2050 г. (години)

	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2020 г.	2025 г.	2030 г.	2035 г.	2040 г.	2045 г.	2050 г.
<i>I вариант – бързо увеличаване</i>										
Общо	72.6	73.9	75.1	76.1	77.1	78.1	79.0	79.8	80.5	81.1
Мъже	69.3	70.7	71.9	73.0	74.0	75.0	75.9	76.7	77.5	78.2
Жени	75.8	77.0	78.1	79.1	80.1	81.0	81.8	82.6	83.3	83.8
<i>II вариант – средно увеличаване</i>										
Общо	72.5	73.6	74.7	75.6	76.5	77.3	78.0	78.6	79.1	79.6
Мъже	69.2	70.4	71.5	72.5	73.4	74.2	75.0	75.7	76.2	76.7
Жени	75.7	76.7	77.7	78.6	79.4	80.2	80.9	81.4	81.9	82.4
<i>III вариант – бавно увеличаване</i>										
Общо	72.5	73.4	74.2	74.9	75.6	76.2	76.7	77.2	77.6	78.0
Мъже	69.1	70.1	71.0	71.8	72.6	73.3	73.8	74.3	74.8	75.2
Жени	75.6	76.4	77.2	77.9	78.4	78.9	79.4	79.9	80.3	80.6

*Прогнози за променливите, свързани с
пазара на труда*

Втората важна група променливи в модела представят развитието на пазара на труда в страната (вж. табл. 3). Това означава, че след като е прогнозиран броят на населението в перспектива, към което са и ще бъдат насочени разходите за здравеопазване, трябва да се очертае вероятната работна сила, която да осигури икономическото развитие и следователно приходите в здравеопазването, с които да са посрещнат наложилите се разходи.

Таблица 3

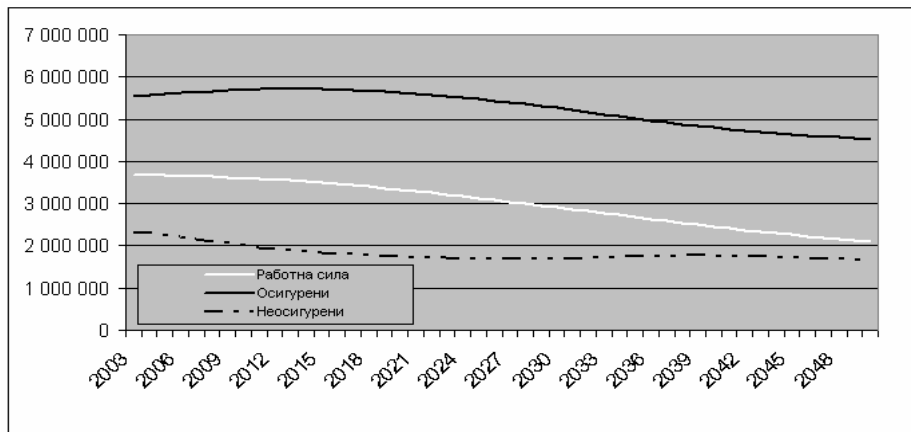
Показатели за труда в България през 2005 г. и прогнози до 2050 г.

	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2020 г.	2025 г.	2030 г.	2035 г.	2040 г.	2045 г.	2050 г.
Работна сила, брой (хил.)	3662	3601	3492	3328	3126	2907	2677	2455	2258	2107
Работна сила – годишно изменение (%)										
Изменение на броя на заетите, общо (%)	0.18	1.11	-0.66	-1.02	-1.24	-1.47	-1.65	-1.67	-1.56	-1.12
Мъже	0.27	1.20	-0.58	-0.93	-1.15	-1.46	-1.63	-1.65	-1.54	-1.10
Жени	0.08	1.01	-0.76	-1.12	-1.34	-1.49	-1.67	-1.69	-1.58	-1.14
Равнище на безработица, общо (%)	13.15	8.39	6.04	5.64	5.24	4.92	4.72	4.52	4.32	4.12
Мъже	13.36	8.91	6.49	5.77	5.12	5.24	5.84	5.95	5.70	4.84
Жени	12.91	7.78	5.51	5.48	5.38	4.53	3.33	2.73	2.60	3.23
Брой на осигурените (хил.)	5598	5681	5681	5599	5444	5230	4966	4738	4569	4421
Дял на неосигурените в общия брой население (%)	28.7	26.3	24.6	23.8	23.7	24.4	25.9	27.0	27.2	27.0

На намаляващия брой население у нас отговаря намаляващ брой на работната сила - от 3670 хил. през 2003 г. на 2107 хил. през 2050 г. (вж. средната линия на фиг. 4). Другите две линии на тази фигура показват вероятния брой осигуряващи се (горната линия) и неосигурени лица (долната линия), която докъм средата на прогнозния период, т.е. 2025 г., отразява процес на постепенно включване на все повече хора в здравноосигурителната система и след това известно увеличение, което се отразява и на относителния им дял (табл. 3).

Фигура 4

Прогнози за броя на работната сила, осигурени и неосигурени лица в България до 2050 г.



Очаква се темпът на заетост да нараства до 2020-2025 г., което се свързва с усилията за намаляване на високото равнище на безработица в страната в началото на първото десетилетие на века и включване на повече хора в трудова дейност. Сред ангажираните с пазара на труда специалисти все повече се обсъжда необходимостта от внос на работна сила още през следващите няколко години. След този период обаче се очаква сравнително силно и постоянно намаление на заетостта, като най-голямо би било през третото и четвъртото десетилетие. Тази тенденция може да се свърже главно с намаляващия брой на населението у нас и преди всичко на това в трудоспособна възраст.

Официално отчетеното равнище на безработица в България през 2003 г. е високо (13.5%). Необходимо е да се отчита и наличието на т. нар. обезкуражени безработни, които от години са значителен брой (434.5 хил. през 2003 г.). Очакванията са в близко бъдеще в резултат от по-гъвкава политика на пазара на труда и активизиране на икономическото развитие, важен фактор за което е членството ни в ЕС, да се намали както скритата заетост, така и регистрираната и нерегистрираната безработица. Към 2006 г. равнището на безработица у нас намалю до около 9% (което е и средното за страните от Европейския съюз) и се очаква да продължи да спада. Според получените резултати от прогнозата то ще достигне до над 3% в края на прогнозния период, при което от равни позиции между мъжете и жените през 2003 г. (зложено положение в модела) се очертава по-бързо намаление на безработицата при жените, отколкото при мъжете.

Естествена последица от обезлюдяването на страната е намаляването на абсолютния брой на осигурените. Но докато според приетата от нас прогноза на ООН се очертава до 2050 г. броят на населението да спадне с 23%, намалението на работната сила се очаква да бъде с 42%, а на броя на осигурените - само с 18%. Това насочва към извода, че се очаква сравнително повишаване на дела на осигурените. Последното се потвърждава и от очертаващото се (макар и не толкова значително за дълъг период от 45 години) намаление на дела на неосигурените лица в общия брой население – от около 30% през 2003 г. на около 27% през 2050 г. Тези процеси могат да се свържат както със стареенето на населението и изместването на все повече хора в по-високите възрастови структури на осигуряващите се, така и с бъдещата политика на пазара на труда, вкл. повишаване възрастта на пенсиониране с оглед хармонизиране на трудовото законодателство с това на страните от ЕС, отчитане на новите условия за т. нар. активно стареене, включване на все повече хора в здравноосигурителната система и др.

По данни на Националния осигурителен институт за 2003 г. най-голям дял в приходите в здравноосигурителния бюджет на страната имат

работодателите на работници и служещи - 73%, следван от дела на вноските на самите работници и служещи - 19%, този на самонаетите - 5% и други - 3%. Подобна структура показва определящата роля на работодателите на сегашния етап на развитие, което дори при повече или по-малко променена в бъдеще политика по отношение на участващите в здравноосигурителните вноски (задължителни и доброволни) посочва необходимостта от по-динамично икономическо развитие на страната и преди всичко на бизнеса.

Прогнози за макроикономическото развитие

Третата и много важна група променливи в модела са свързани с макроикономическото развитие на страната. В тази група са включени показателите: БВП, производителност на труда, инфлация, реална заплата и други, които предопределят на национално равнище възможностите за приходи, действащи благоприятно върху здравния бюджет и позволяващи да се правят необходимите разходи за здраве опазване. Ето защо от първостепенна важност е да се предвиди по възможност по-близък до фактическия в бъдеще темп на икономически растеж. В нашия случай приемаме прогнозата на Иван Ангелов за темпа на растеж на БВП за периода до 2030 г.⁷ и даваме свои оценки за промяната му до края на прогнозирания период (вж. табл. 4). Предложената от И. Ангелов прогноза се смята от някои икономисти за завишена в сравнение с други известни прогнози у нас или дадени от международни организации. Тя обаче отразява, от една страна, ниското изходно равнище на БВП, което би се отразило положително върху темповете при един по-динамичен растеж, но в нея са заложени също и очакванията да се прояви потенциалът на икономиката, и то вече в условията на пълноправно членство в Европейския съюз и усвояване на структурните фондове и по-интензивно навлизане на преки чуждестранни инвестиции, които очаквания се свързват с постигане на значителен икономически прогрес. Тази теза споделяме и ние, като отчитаме, че след 2030 г. се очаква по-нисък и стабилизиран темп на растеж на БВП.

Зададените темпове на БВП в перспектива предопределят до голяма степен всички останали макроикономически променливи, а в по-далечен план - и общо резултатите от приложението на модела и по-точно на разходите за здравеопазване.

⁷ Ангелов, И. Конкуренетоспособността – най-голямото икономическо предизвикателство пред България в Европейския съюз (Макроикономически поглед). Основен доклад на научно-практическата конференция "Интеграцията на България в Европейския съюз – предизвикателства на конкурентоспособността". С., Икономически институт на БАН, 16 март 2005.

Дългосрочно прогнозиране на разходите за здравеопазване в България, 2005-2050 г.

Таблица 4

Прогноза за развитието на основни макроикономически показатели в България до 2050 г. (при база 2005 г.)

	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2020 г.	2025 г.	2030 г.	2035 г.	2040 г.	2045 г.	2050 г.
Темп на реален БВП (%)	4.4	4.3	4.2	4.0	3.9	3.7	3.6	3.5	3.4	3.2
Темп на реален БВП на човек (%)	4.8	4.7	4.6	4.6	4.5	4.4	4.2	4.1	4.0	3.9
Темп на производителност (%)	4.3	3.2	2.5	2.5	2.5	4.0	3.8	3.6	3.4	3.1
Дефлатор на БВП (%)	2.2	2.0	1.7	1.5	1.3	1.2	1.4	1.6	1.7	1.9
ИПЦ (инфляция), средно-годишна (%)	5.4	4.8	4.3	3.7	3.1	2.7	2.6	2.5	2.3	2.2
Темп на реална работна заплата (%)	6	5	5	4	3	3	3	3	3	3
Средна месечна работна заплата (лв.)	354	591	933	1392	1962	2625	3453	4490	5770	7329
Разходи за труд (лв.)	479	776	1189	1720	2378	3182	4186	5442	6993	8882
Дял на разходите за труд в БВП (%) *	45	55	63	66	67	65	62	58	53	49

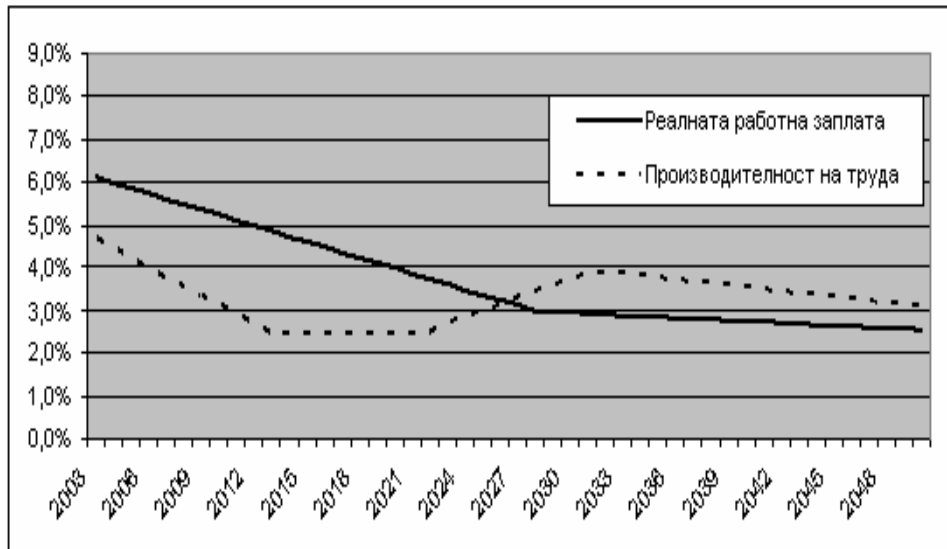
* Изчислен е, като разходите за средна работна заплата са умножени по броя на заетите в страната и резултатът е разделен на размера на БВП по цени за съответната година.

Една от най-дискутираните макроикономически зависимости е тази за съотношението в динамиката на производителността на труда и реалната работна заплата. Теоретично се предполага, че двете криви (вж. фиг. 5) би трябвало да се променят повече или по-малко в синхрон, като растежът на производителността на труда изпреварва този на работната заплата. Екстраполацията очертава в бъдеще намаление в темповете на нарастване на производителността на труда и работната заплата, но и запазване на сегашното положение на изпреварваща динамика на реалната работна заплата. Обяснение за този факт може да се търси в особеностите на модела и може би в сравнително високите темпове на увеличение на реалната работна заплата, зададени от нас, които дори при значителни темпове на растеж на БВП и ниски равнища на инфлация не могат да "обърнат" тенденцията. Тук остават валидни разсъжденията в две посоки. От една страна, само растеж на БВП на база по-висока производителност на труда може да доведе до значително по-голямо заплащане от сегашното (която зависимост не се наблюдава у нас). От друга страна, в България заплащането на труда е най-ниско в сравнение с другите държави в ЕС и дори заложеното от нас увеличение не би променило забележимо съществуващото съотношение с тях. По-високо заплащане на труда е база и за повече приходи по линия на

здравноосигурителната система и като цяло в системата на здравеопазването. През следващите години не може да се очаква да се промени съществено съотношението между двете тенденции. При наблюдаваните структурни промени, главно към трудоинтензивни отрасли с ниска добавена стойност, производителността на труда ще запази тенденцията си. В по-далечна перспектива в резултат от съвременния технологичен прогрес се очаква (и залагаме) увеличение на производителността на труда, с което след средата на прогнозния период да стане възможно споменатото "обръщане" на тенденцията.

Фигура 5

Прогнози за динамиката на производителността на труда и реалната работна заплата до 2050 г. при база 2003 г.



Резултати от прогнозирането и анализ на чувствителността по отношение на дадени променливи

Представа за структурата на разходите за здравеопазване в публичния (правителствен) сектор и този на социалноосигурителните фондове дават данните на табл. 5. В публичния сектор най-високи са административните разходи, а в двата сектора разходите за болнично обслужване са високи, като поемат половината от тези на здравноосигурителните фондове. Вместо това сравнително ниски са капиталовите разходи, което показва, общо взето, една неефективна структура с твърде

Дългосрочно прогнозиране на разходите за здравеопазване в България, 2005-2050 г.

голям дял на болничното за сметка на извънболничното лечение и която отлага проблемите за обновяване и модернизиране на системата на здравеопазването в бъдеще.

Таблица 5

Структура на разходите за здравеопазване в правителствения сектор и на здравноосигурителните фондове през 2003 г. (%)

	Правителствени разходи	Разходи на здравно-осигурителни фондове
Болнични заведения	37	50
Извънболнична помощ	14	27
Административни разходи	40	16*
Капиталови разходи	7	5
Други разходи	2	2

*Техническа поддръжка.

В резултат от реализацията на модела на МОР са получени оценки за разходите за здравеопазване по *три сценария*, които се различават според основните допускания в тях по отношение на изменението в перспектива на разходите за здравеопазване:

- *Сценарий I.* Увеличават се по различен начин в сферата на получаващите работна заплата и в тази, в която не се получава (учащи се, пенсионери и т.н.).

- *Сценарий II.* Увеличават се със същия темп, както този на БВП на човек от населението.

- *Сценарий III.* Увеличават се със същия темп както този на БВП на един зает (производителността на труда).

Получените по модела оценки за приходите в системата на здравеопазването и разходите по трите сценария са представени на табл. 6. И по трите сценария се очертава нарастването на разходите да надвишава далеч това на приходите, в резултат от което се оформя увеличаващ се дефицит. Величината на този дефицит расте и ако към 2003 г. той е оценен на около 0.92 млрд. лв., до 2050 г. се очертава да нараства на около 28 млрд. лв. по първия сценарий, на 20 млрд. лв. по втория и на повече от 26 млрд. лв. по третия, което представлява от около 2-7% към БВП през 2003 г. да се увеличи до близо 5% при първия, 4.5% при третия и около 3.5% при втория вариант.

Спецификата на сегашното действително и на предвиденото от нас социално-икономическо развитие на България предопределя вероятни най-високи разходи по първи вариант (при който нарастването на

разходите се определя поотделно за сферите на платения труд и извън него) и най-ниски разходи по втория (при който увеличаването на разходите по здравеопазването се определят от темпа на растеж на БВП на човек от населението). Третият сценарий (при който нарастването на разходите за здравеопазване се определя от темповете на растеж на производителността на труда) се очертава като междинен между другите два според получените прогнозни оценки. Това съотношение подчертава ролята на ниското равнище на доходите на човек от населението в страната.

Таблица 6

Прогноза за приходите и разходите в здравния бюджет на България до 2050 г. при средна продължителност на живота - II вариант (умерено увеличаване) по три сценария, 2003-2050 г. (млрд. лв.)

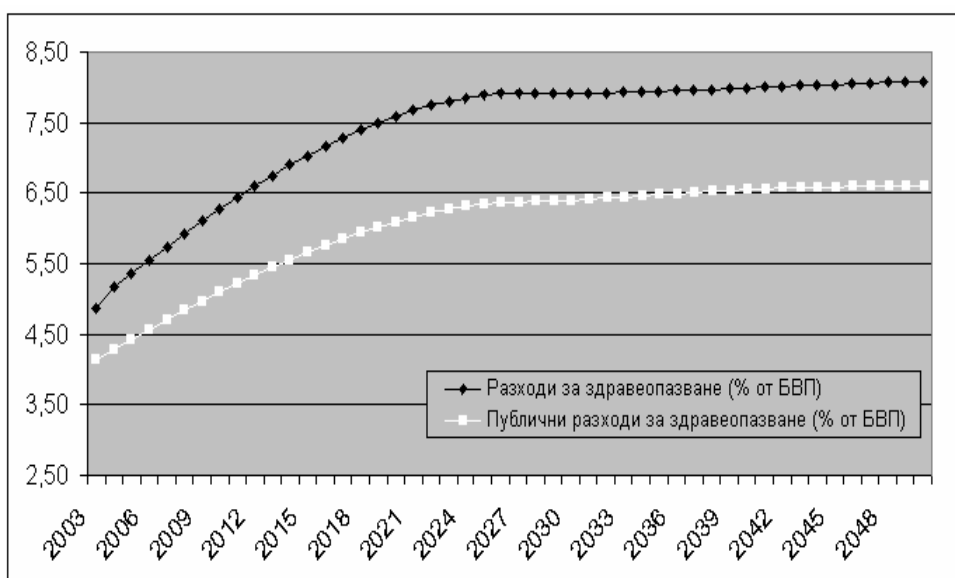
	2003 г.	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2020 г.	2025 г.	2030 г.	2035 г.	2040 г.	2045 г.	2050 г.
Приходи – общо	1.416	1.808	3.004	4.473	6.234	8.790	11.210	14.038	17.408	21.432	26.326
<i>Сценарий I. Разходите се увеличават по различен начин в сферата на получаващите работна заплата и в тази, в която не се получава (учащи се, пенсионери и т.н.)</i>											
Разходи общо	1.682	2.072	3.363	5.211	7.722	10.941	14.852	19.868	26.236	34.118	43.632
Дефицит	-0.265	-0.264	-0.360	-0.738	-1.488	-2.150	-3.642	-5.829	-8.828	-12.686	-17.306
Дефицит, % към реален БВП	-0.8	-0.7	-0.7	-1.0	-1.5	-1.7	-2.3	-2.9	-3.4	-3.8	-4.0
<i>Сценарий II. Разходите се увеличават със същия темп както този на БВП на човек от населението</i>											
Разходи общо	1.682	1.988	2.938	4.213	5.881	7.997	10.601	13.959	18.275	23.766	30.697
Дефицит	-0.265	-0.180	0.065	0.259	0.353	0.793	0.609	0.080	-0.867	-2.334	-4.370
Дефицит, % към реален БВП	-0.8	-0.5	0.1	0.4	0.4	0.6	0.4	0.0	-0.3	-0.7	-1.0
<i>Сценарий III. Разходите се увеличават със същия темп както този на БВП на един зает (производителността на труда)</i>											
Разходи общо	1.682	1.977	2.815	4.000	5.657	7.839	10.644	14.460	19.596	26.333	34.781
Дефицит	-0.265	-0.169	0.188	0.473	0.577	0.952	0.566	-0.421	-2.189	-4.901	-8.455
Дефицит, % към реален БВП	-0.8	-0.4	0.3	0.7	0.6	0.8	0.4	-0.2	-0.8	-1.5	-2.0

Дългосрочно прогнозиране на разходите за здравеопазване в България, 2005-2050 г.

Прогнозираното изменение на дела на общите и публичните разходи за здравеопазване в БВП показва близко поведение на двата показателя в перспектива, при което обаче би се увеличило съотношението между тях (фиг. 6). Това предполага по-активно участие на други източници за финансиране на разходите за здравеопазване (доброволно осигуряване, развитие на частния сектор, намиране на допълнителни и/или външни за страната средства и др.), но все пак е вероятно да се запази висок делът на публичния сектор в тези разходи, който е най-висок в сравнение с другите страни от Централна и Източна Европа, правили аналогични изчисления по модела (вж. фиг. 7).

Фигура 6

Динамика на прогнозирания дял на разходите за здравеопазване общо и тези в публичния сектор към БВП на България, 2003-2050 г.



За да се приложи анализ на чувствителността от изменението на дадена променлива при изследваните зависимости, са направени прогнози за разходите за здравеопазване при трите вече описани в табл. 2 варианта за повишаване на средната продължителност на живота при раждане – бързо, средно и бавно (вж. табл. 7). Най-общата констатация е, че по-бързото увеличение на средната продължителност на живота би довело до по-високи разходи за здравеопазване и съответно до по-голям дефицит в баланса на здравната система.

Таблица 7

Тест на чувствителност: изменение в разходите за здравеопазване според трите варианта за повишаване на средната продължителност на живота при раждане по трите сценария (2003-2050 г.)

	2003 г.	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2020 г.	2025 г.	2030 г.	2035 г.	2040 г.	2050 г.	
I вариант - Бързо увеличение на средната продължителност на живота											
<i>Сценарий I</i>											
Разходи общо (млрд. лв.)	1.682	2.072	3.365	5.220	7.752	11.010	14.986	20.099	26.627	34.798	44.747
Дял на общите разходи в БВП (%)	4.9	5.3	6.2	7.2	8.1	8.8	9.4	9.9	10.2	10.4	10.3
Общо приходи в СОФ* (млрд. лв.)	1.416	1.808	3.004	4.475	6.241	8.807	11.241	14.088	17.483	21.557	26.527
Дял на приходите в БВП (%)	4.1	4.6	5.6	6.2	6.5	7.1	7.0	6.9	6.7	6.4	6.1
Дял на дефицита в БВП (%)	-0.8	-0.7	-0.7	-1.0	-1.6	-1.8	-2.3	-2.9	-3.5	-3.9	-4.2
<i>Сценарий II</i>											
Разходи общо (млрд. лв.)	1.682	1.989	2.939	4.216	5.891	8.018	10.639	14.022	18.380	23.949	30.999
Дял на общите разходи в БВП (%)	4.9	5.0	5.4	5.8	6.1	6.4	6.7	6.9	7.0	7.1	7.2
Общо приходи в СОФ (млрд. лв.)	1.416	1.808	3.004	4.475	6.241	8.807	11.241	14.088	17.483	21.557	26.527
Дял на приходите в БВП (%)	4.1	4.6	5.6	6.2	6.5	7.1	7.0	6.9	6.7	6.4	6.1
Дял на дефицита в БВП (%)	-0.8	-0.5	0.1	0.4	0.4	0.6	0.4	0.0	-0.3	-0.7	-1.0
<i>Сценарий III</i>											
Разходи общо (млрд. лв.)	1.682	1.977	2.817	4.004	5.673	7.875	10.715	14.589	19.834	26.770	35.523
Дял на общите разходи в БВП (%)	4.9	5.0	5.2	5.5	5.9	6.3	6.7	7.2	7.6	8.0	8.2
Общо приходи в СОФ (млрд. лв.)	1.416	1.808	3.004	4.475	6.241	8.807	11.241	14.088	17.483	21.557	26.527
Дял на приходите в БВП (%)	4.1	4.6	5.6	6.2	6.5	7.1	7.0	6.9	6.7	6.4	6.1
Дял на дефицита в БВП (%)	-0.8	-0.4	0.3	0.6	0.6	0.7	0.3	-0.2	-0.9	-1.6	-2.1
II вариант - Умерено увеличение на средната продължителност на живота											
<i>Сценарий I</i>											
Разходи общо (млрд. лв.)	1.682	2.072	3.363	5.211	7.722	10.941	14.852	19.868	26.236	34.118	43.632
Дял на общите разходи в БВП (%)	4.9	5.3	6.2	7.2	8.0	8.8	9.3	9.7	10.0	10.2	10.1
Общо приходи в СОФ (млрд. лв.)	1.416	1.808	3.004	4.473	6.234	8.790	11.210	14.038	17.408	21.432	26.326
Дял на приходите в БВП (%)	4.1	4.6	5.6	6.2	6.5	7.0	7.0	6.9	6.7	6.4	6.1
Дял на дефицита в БВП (%)	-0.8	-0.7	-0.7	-1.0	-1.5	-1.7	-2.3	-2.9	-3.4	-3.8	-4.0

* Социалноосигурителен фонд.

Таблица 7 (продължение)

	2003 г.	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2020 г.	2025 г.	2030 г.	2035 г.	2040 г.	2045 г.	2050 г.
Сценарий II											
Разходи общо (млрд. лв.)	1.682	1.988	2.938	4.213	5.881	7.997	10.601	13.959	18.275	23.766	30.697
Дял на общите разходи в БВП (%)	4.9	5.0	5.4	5.8	6.1	6.4	6.6	6.8	7.0	7.1	7.1
Общо приходи в СОФ (млрд. лв.)	1.416	1.808	3.004	4.473	6.234	8.790	11.210	14.038	17.408	21.432	26.326
Дял на приходите в БВП (%)	4.1	4.5	5.6	6.2	6.5	7.0	7.0	6.9	6.7	6.4	6.1
Дял на дефицита в БВП (%)	-0.8	-0.5	0.1	0.4	0.4	0.6	0.4	0.0	-0.3	-0.7	-1.0
Сценарий III											
Разходи общо (млрд. лв.)	1.682	1.977	2.815	4.000	5.657	7.839	10.644	14.460	19.596	26.333	34.781
Дял на общите разходи в БВП (%)	4.9	5.0	5.2	5.5	5.9	6.3	6.7	7.1	7.5	7.8	8.0
Общо приходи в СОФ (млрд. лв.)	1.416	1.808	3.004	4.473	6.234	8.790	11.210	14.038	17.408	21.432	26.326
Дял на приходите в БВП (%)	4.1	4.5	5.6	6.2	6.5	7.0	7.0	6.9	6.7	6.4	6.1
Дял на дефицита в БВП (%)	-0.8	-0.4	0.3	0.7	0.6	0.8	0.4	-0.2	-0.8	-1.5	-2.0
III вариант - Бавно увеличение на средната продължителност на живота											
Сценарий I											
Разходи общо (млрд. лв.)	1.682	2.072	3.362	5.205	7.690	10.850	14.663	19.521	25.673	33.288	42.422
Дял на общите разходи в БВП (%)	4.9	5.3	6.2	7.2	8.0	8.7	9.2	9.6	9.8	9.9	9.8
Общо приходи в СОФ (млрд. лв.)	1.416	1.808	3.004	4.471	6.226	8.768	11.165	13.961	17.289	21.272	26.111
Дял на приходите в БВП (%)	4.1	4.5	5.6	6.2	6.5	7.0	7.0	6.8	6.6	6.3	6.0
Дял на дефицита в БВП (%)	-0.8	-0.7	-0.7	-1.0	-1.5	-1.7	-2.2	-2.7	-3.2	-3.6	-3.8
Сценарий II											
Разходи общо (млрд. лв.)	1.682	1.988	2.938	4.212	5.871	7.970	10.546	13.861	18.121	23.542	30.365
Дял на общите разходи в БВП (%)	4.9	5.0	5.4	5.8	6.1	6.4	6.6	6.8	6.9	7.0	7.0
Общо приходи в СОФ (млрд. лв.)	1.416	1.808	3.004	4.471	6.226	8.768	11.165	13.961	17.289	21.272	26.111
Дял на приходите в БВП (%)	4.1	4.5	5.6	6.2	6.5	7.0	7.0	6.8	6.6	6.3	6.0
Дял на дефицита в БВП (%)	-0.8	-0.5	0.1	0.4	0.4	0.6	0.4	0.0	-0.3	-0.7	-1.0
Сценарий III											
Разходи общо (млрд. лв.)	1.682	1.977	2.815	3.997	5.640	7.791	10.544	14.270	19.271	25.814	33.965
Дял на общите разходи в БВП (%)	4.9	5.0	5.2	5.5	5.9	6.2	6.6	7.0	7.4	7.7	7.9
Общо приходи в СОФ (млрд. лв.)	1.416	1.808	3.004	4.471	6.226	8.768	11.165	13.961	17.289	21.272	26.111
Дял на приходите в БВП (%)	4.1	4.5	5.6	6.2	6.5	7.0	7.0	6.8	6.6	6.3	6.0
Дял на дефицита в БВП (%)	-0.8	-0.4	0.3	0.7	0.6	0.8	0.4	-0.2	-0.8	-1.4	-1.8

Сравнение на прогнозите за България с тези за другите страни от ЦИЕ

Разполагаме с аналогично направени прогнози на партньорите от други страни на ЦИЕ, нови членки на ЕС, включени в проекта (Полша, Словакия и Унгария), които прогнози отразяват комбинираното действие на демографските и социално-икономическите условия във всяка от тях.

След като сред определящите в модела на МОТ променливи е този за темпа на растежа на БВП, е интересно да се проследи различието в направените предположения за отделните страни в дългосрочна перспектива (табл. 8).

Таблица 8

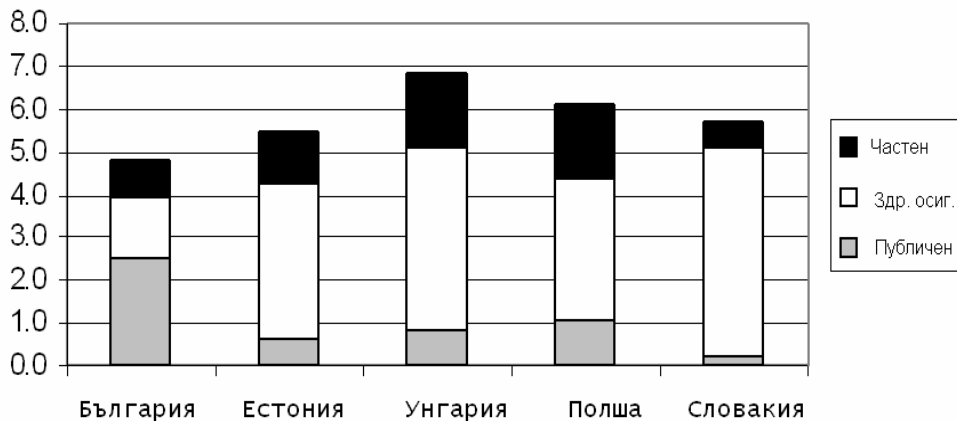
Темп на растеж на БВП през 2005 г. и предположения за промяната му до 2050 г. по страни (%)

	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2020 г.	2025 г.	2030 г.	2035 г.	2040 г.	2045 г.	2050 г.
България	4.5	4.7	4.8	4.9	5.0	4.9	4.6	4.2	3.7	3.2
Полша	5.6	4.7	4.1	3.8	3.2	2.9	2.8	2.6	2.5	2.4
Унгария	5.2	3.1	3.3	3.5	3.4	3.2	3.0	2.9	2.7	2.5
Словакия	6.0	6.2	5.1	3.9	3.0	2.8	2.6	2.4	2.2	2.0

Разгледани в сравнителен план, темповете за България се открояват като относително по-високи. Ние имаме своите основания за това и ги отстояваме, но важното в случая е как би повлияла тази динамика върху останалите променливи в модела.

Фигура 7

Структура на разходите за здравеопазване по сектори за 2003 г. (%)

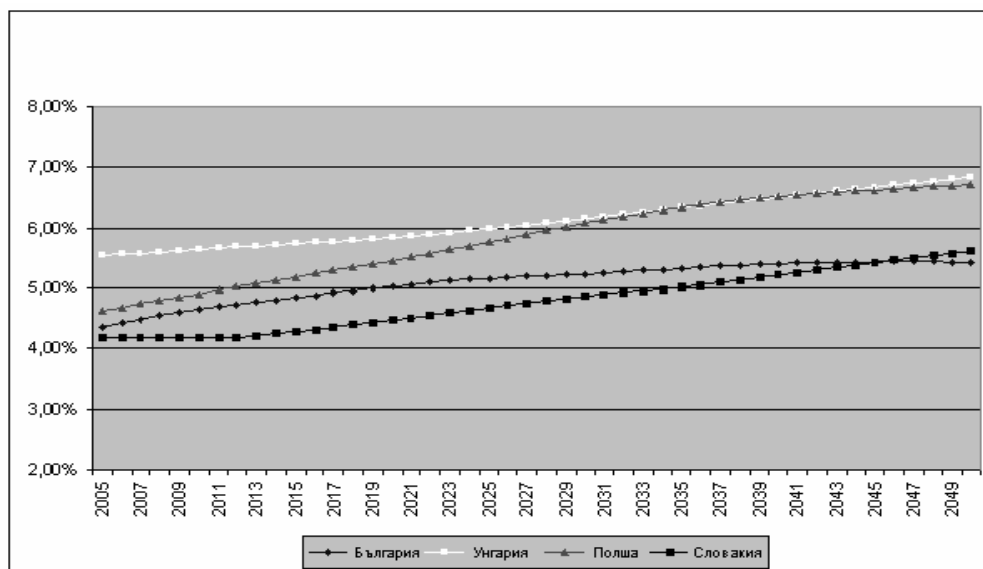


Дългосрочно прогнозиране на разходите за здравеопазване в България, 2005-2050 г.

Друга ключова променлива е за структурата на разходите за здравеопазване по сектори – публичен, частен и от осигурителната система (вж. фиг. 7). Тя отразява сегашното състояние и подсказва насоки за промяна в бъдеще. Оказва се, че най-малък е дялът на публичните разходи в Словакия, а най-голям в България, следвана от Полша. Словакия и Унгария са страните с най-развити социалноосигурителни системи сред сравняваните. Най-голям е дялът на частния сектор в Унгария и Полша, а най-малък е в Словакия. Както вече беше отбелязано, 2003 г. за България е една от първите години на въвеждане на сама по себе си проблемната в много аспекти здравна реформа и подобна структура на разходите е обяснима.

Фигура 8

Общо публични разходи в процент към БВП в страни от ЦИЕ –
Унгария, Полша, България и Словакия, 2005-2050 г.
(по низходящ ред за 2005 г.)



Между сравняваните страни Унгария има най-висок дял на разходите за здравеопазване в БВП както в приетата за базова година, така и според направените прогнози до 2050 г. Значително нарастване на този дял се очаква за Полша и Словакия, докато за България той се очертава като най-бавен, което може да е повлияно и от зададените по-високи темпове на растеж на БВП за нашата страна в сравнение с другите.

Крайният резултат от реализацията на модела цели да покаже доколко очакваните приходи ще се покрият с прогнозираните разходи за здравеопазване. Оказва се, че при всички разглеждани държави се очертава увеличаващ се дефицит в баланса на здравната система. Това е обяснимо, като се имат предвид сходните неблагоприятни демографски процеси и близкото равнище на икономическо развитие в тези страни.⁸ При зададените променливи се очертава, общо взето, най-голям дефицит за Словакия, следвана от България и Унгария, а най-малък за Полша.

В прогнозите за четирите страни се наблюдават следните общи тенденции:

- Очаква се систематично увеличение на дефицита във финансовия баланс на здравната система във всички разглеждани държави, като в Словакия той стига до 60% от разходите, Унгария – около 50% и България от 52 до 60% зависимост от избрания сценарий.

- Нарастването на дефицита се дължи и на двете страни от баланса, при които ограничено повишаване на приходите се съпровожда с динамично увеличаване на разходите.

- Наблюдава се силно влияние на бързите демографски промени в разглежданите държави в посока към относително намаление на приходите в бюджета, което се проявява по различно време за отделните страни.

- Стабилността на финансирането на здравната система силно зависи от икономическото развитие – растеж на БВП, икономическа активност на населението, производителност на труда, заплати и др.

- Тъй като разходите за здравеопазване зависят до голяма степен от използването на здравните услуги от населението, техните цени, стабилността на здравния бюджет зависи и от ефективността на структурната реформа на националната здравна система. Тя се изразява най-вече чрез т.нар. институционални променливи, каквато например в случая е структурата на разходите за здравеопазване по източници, по форми на собственост и т.н.

*

- Моделът на MOT позволява да се изработят различни сценарии, при които чрез отчитане на комбинираното действие на основни демографски и икономически показатели се определят бъдещите разходи за здравеопазване. Както при всяка моделна конструкция обаче, и тук са

⁸ Вж. *Rangelova, R.* Bio-Demographic Change and Socio-economic Trends in Bulgaria. *Economics and Human Biology.* - Elsevier Science, 2002, Vol. 31, Issue 3, p. 413-428; *Рангелова, Р.* Стареене на населението в страните от Централна и Източна Европа. - В: Стареене на населението – реалности и последици, политики и практики. С.: Център за изследване на населението при БАН и Национален осигурителен институт, 2006, с. 85-97.

допуснати условности и опростявания на наблюдаваните взаимозависимости, които в дългосрочен план от близо половин век налагат получените резултати да се приемат не толкова чрез числените им стойности, а чрез очертаните тенденции. Те дават добри индикации накъде да се насочи бъдещата политика в областта на финансирането в сферата на здравеопазването.

- През всеки продължителен бъдещ период могат да се случат различни пряко или косвено благоприятни или не за изследваната финансова сфера явления от социално-икономически характер, които не е възможно да бъдат предвидени. Например поддържането на висок и устойчив растеж след предстоящото реструктуриране на икономиката на България, повишаването на конкурентоспособността ѝ, а оттам и на доходите на населението, и същевременно повишаването на ефективността на системата за здравна помощ, намирането на допълнителни финансови ресурси, вкл. отвън, могат да въздействат позитивно по отношение на финансирането на здравната система. В противоположна посока биха действали непредвидени катаклизми както от вътрешен характер (например нов срив в банковата система поради неправилна кредитна политика, трудности на валутно-паричната политика във връзка с евентуалното излизане на страната от режима на паричен съвет и приспособяването ѝ към условията за членство в Европейския валутен съюз, масов фалит на фирми поради ниска конкурентоспособност в условията на ЕС, неблагоприятни климатични явления и т.н.), така и от външен за страната характер (регионални или глобални кризи и/или конфликти и т.н.).

Други положителни изменения могат да се очакват във връзка с някои процеси в развитието на световната икономика, които до голяма степен могат да предотвратят негативните тенденции – на първо място, това биха били положителните резултати от усилията по изграждане на устойчивото развитие на обществото. Очакват се също положителни ефекти върху подобряването на здравния статус на населението във връзка с развитието на технологиите в икономиката, иновациите и нанотехнологиите (което обаче предполага и по-високи разходи за здравеопазване); в социален план това биха били положителни ефекти от реформите в системите за социална защита и в здравната система.

- В резултат от приложението на модела на МОН за България се очертава нарастващ дефицит в здравния баланс и по трите разгледани сценарии. Балансът трябва да бъде обсъждан в двете му страни – приходи и разходи. Очертава се много ограничено нарастване на приходите, съпътствано от значително увеличаване на необходимите разходи. От гледна точка на приходите, ако се вземе предвид твърде ниското равнище на доходи на населението в България в сравнение с другите страни-членки на ЕС (които имат сходни демографски проблеми),

дори оптимистично зададените от нас темпове на икономически растеж в дългосрочен план не позволяват да се отделят необходимите финансови средства, които да посрещнат разходите за здравеопазване. Често поставян въпрос, главно от страна на работещите в сферата на финансирането на здравеопазването, е за увеличаване на вноските за здравно осигуряване. Като се има предвид обаче ниският жизнен стандарт на населението, не би трябвало да се разчита много на това, защото то по обратен път би довело до влошаване на здравния статус на населението и оттам до по-високи разходи за здравеопазване.

От гледна точка на разходите е очевидно, че задълбочаващият се процес на стареене на населението ще изисква все повече средства за лечение. Голям резерв по отношение на здравния финансов баланс е рязкото повишаване на ефективността на здравната система, което да има ефект както в краткосрочен, така и в дългосрочен план. Това означава критичен поглед върху сега въвежданата здравна система с отчитане мнението на населението (пациентите) за нея и приемане с консенсус на стратегия за развитие на тази система и стратегия за подобряване на здравния статус на хората и поддържане на добро здраве още от ранна възраст. Необходимо е също създаване на информационна система за дейността на сектора "здравеопазване" и улесняване на потребителите в търсене на здравни услуги; създаване на компетентни специалисти в здравния мениджмънт, постигане на административна ефективност, професионално управление на заведенията за здравна помощ, ефективна лекарствена политика и ефикасен контрол върху изразходването на средствата за здравеопазване.

11.IV.2007 г.