



**УНИВЕРСИТЕТ ЗА НАЦИОНАЛНО И СВЕТОВНО
СТОПАНСТВО**

ФИНАНСОВО-СЧЕТОВОДЕН ФАКУЛТЕТ

КАТЕДРА „ФИНАНСИ“

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен
„доктор“ на тема:

**ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ
- ПРОБЛЕМИ, ТЕНДЕНЦИИ И НАСОКИ ЗА
УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ**

Докторант:

Теодора Петрова Христова

Научен ръководител:

проф. д-р Богомил Манов

Дисертационният труд на тема „Финансиране на здравното осигуряване в България- проблеми, тенденции и насоки за усъвършенстване“ се състои от 277 страници, в т.ч. въведение, три глави, заключение, библиография, списъци на използвани съкращения, на фигурите и таблиците, както и приложения, свързани основно с установяване и прогнозиране на икономически и демографски детерминанти, резултати от приложен примерен модел за ефективност сред държавите-членки на ЕС, анализ разходи и ползи във връзка с въвеждане на е-здравеопазване и финансова полза в лева по отношение на намаляване на престоя след въвеждане на диагностично свързани групи в България за прогнозен хоризонт 2020-2025г. В изложението са представени 15 фигури и 18 таблици. Библиографията съдържа 193 източника (включително книги, статии, информация от статистики, публикации, доклади и достъпни в интернет източници). От тях 80 са на български език и 113 са на английски и немски език. Приложенията са представени в 44 страници. По темата на дисертационния труд са реализирани 4 публикации.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на 23.04.2021 г от 10:00 часа в зала 2032А на Университета за национално и световно стопанство – София (УНСС) на открито заседание на Научното жури, назначено със заповед на Ректора на УНСС. Материалите по защитата са на разположение на заинтересованите лица в сектор „Научни съвети и конкурси” (дирекция „Наука“) и на интернет страницата на УНСС (www.unwe.bg).

СЪДЪРЖАНИЕ НА АВТОРЕФЕРАТА

I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	4
1. Актуалност на изследването	4
2. Обект и предмет на изследването.....	5
3. Изследователска теза	6
4. Цели и задачи на дисертационния труд	7
5. Обхват и методология на изследването	8
6. Структура на дисертационния труд	9
II. СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	10
III. СИНТЕЗИРАНО ИЗЛОЖЕНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	13
IV. СПРАВКА ЗА ПРИНОСИТЕ В ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	61
V. СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	62

I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Актуалност на изследването

Здравното осигуряване в България е сложна система от връзки, зависимости и механизми. Един от основните механизми, който предопределя състоянието на здравноосигурителната система е моделът на нейното финансиране. Голяма част от експертите в тази сфера считат, че действащият модел на финансиране съдържа много недостатъци и това поражда потребност от неговото усъвършенстване. Причините за тези недостатъци са от различно естество. Основно те се свързват с множество съществуващи демографски и икономически тенденции. В България населението намалява с бързи темпове. Според данни на НСИ от 2005г до 2016г, изнесени в официалния доклад „Здравеопазване 2017“¹, броят на българските граждани се е понижил с близо осем процента. Населението в активна трудоспособна възраст е около петдесет и шест процента. В сравнение с данни от 2013г то намалява с почти три процентни пункта. Тези тенденции дават основание за формиране на изследователски проблем, свързан с модела на финансиране на здравното осигуряване. Той касае основно бъдещото гарантиране на регулярни постъпления в системата на здравното осигуряване.

Безспорно е, че демографските тенденции в България влияят негативно върху развитието на сектора. Според данни на Евростат за 2016г, публикувани през месец юли 2019г, България е държавата с най-висока смъртност в Европа - 1602 смъртни случая на 100 000 души. Средната смъртност за ЕС е с петстотин души по-малко на сто хиляди броя, а държави като Франция и Испания регистрират данни съответно 838 и 829 на 100 000 души. Преди България в класацията са Румъния (1476 смъртни случая на 100 000 човека) и Унгария (1425- на 100 000 души)². Средната възраст на населението в България се е увеличила с четири години от 2010г до 2016г и е 41.9 години. Това означава, че населението застарява. Естественят прираст за страната е отрицателен от 1988г, а за последните десет години е минус пет промила. Демографските данни потвърждават значимостта и важността на изследователския

¹ НСИ, Доклад „Здравеопазване“ 2017
https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/Zdraveopazvane_2017.pdf [12.04.2020]

² Eurostat *Causes of death- standardized death rate by residence*
https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr2&lang=en [12.4.2020]

проблем, който е свързан с търсене на стабилни източници на приход за здравноосигурителната система.

Още с началото на заложените промени в българското здравно осигуряване през 2000г се налага разбирането за намаляване на ролята на държавата в управлението, регулацията и контрола на новосъздаващия се здравен пазар. Прилаганите след 2010г непоследователни реформи се осъществяват без обективен анализ на състоянието на сектора и финансовите възможности на населението. Липсата на предварителна оценка и адекватното прилагане на дългогодишна стратегия като Национална здравна стратегия 2020 допринася здравното осигуряване в България да изпадне до опасност от бъдеща финансова дестабилизация. Системно се нарушава един от основните принципи на социалното осигуряване в България - достъп до качествени медицински услуги. Следователно непрекъснатото се увеличават на разходите на домакинствата. В българското здравеопазване пациентът не е поставен в центъра. Това противоречи със световните тенденции за стимулиране на здрава и трудоспособна работна сила в условията на застаряващи общества. Въпреки непрекъснато променящата се нормативна база в здравноосигурителния сектор увеличаването на публични средства се случва самоцелно. През годините се задълбочава финансовият дефицит в болничната медицинска помощ. Към момента е наложително да се премине към незабавни ефективни действия, които да елиминират системните дефекти в здравното осигуряване. Всичко това предопределя и **актуалността** на настоящата тема.

2. Обект и предмет на изследването

Обект на изследване е системата на финансиране на здравното осигуряване в България. Предстоящият анализ е икономически и финансов преглед на тенденциите във финансирането на здравното осигуряване в страната

Ограниченията на обекта се състоят в това, че не се засягат аспекти, свързани със специализираната здравна проблематика- медицина, медицински технологии, медицинска информатика, фармакология, фармация и др..

Предмет на изследването са проблемите, тенденциите и насоките за усъвършенстване на модела на финансиране на здравното осигуряване в България.

3. Изследователска теза

Финансовият модел на здравното осигуряване в България е в опасност от дестабилизация, което налага необходимост от промяна на статуквото в сектора. **Изследователската теза** е, че финансирането на здравното осигуряване в страната е възможно да се реновира чрез комплекс от мерки, засягащи финансовите отношения между осигурителен фонд, осигурени лица, осигурител, застрахователни дружества и доставчици на здравни услуги и продукти. Основната посока на представените предложения за реформи е свързана с установяване на достатъчен финансов потенциал на здравноосигурителния модел и минимизиране на релевантността на директно заплащаните разходи за здраве от потребителите. В тази връзка следва да се проверят следните хипотези:

Хипотеза 1: Съществуващият финансов модел в здравноосигурителния сектор не води до устойчивост и е необходимо да бъде модернизиран, следвайки добрите практики на други държави-членки на ЕС.

Хипотеза 2: Финансовият модел на здравното осигуряване е неадекватен в настоящата демографска ситуация и предвид икономическата стабилизация в България през последните години не се наблюдава покачване на ефективността на сектора.

Хипотеза 3: Възможността за бъдеща финансова дестабилизация в здравното осигуряване ще бъде една от причините за слабата ефективност на системата.

Хипотеза 4: Повишаването на приходите от трансфери за здравно осигуряване към системата не е възможно да доведе до финансова устойчивост на настоящия здравноосигурителен модел.

Хипотеза 5: Въвеждането на здравноосигурителен модел от три стълба е възможно да подобри финансовото състояние на сектора в краткосрочен прогнозен хоризонт чрез активно включване на частните здравни застрахователни дружества.

Хипотеза 6: Насоките за усъвършенстване е наложително да обхващат приходната и разходната част на здравноосигурителния модел.

4. Цели и задачи на дисертационния труд

Основната цел на изследването е да се предложи комплекс от насоки за усъвършенстване на модела на финансиране на здравното осигуряване, които да допринесат за подобряване на финансовата ефективност и устойчивост на функциониране на системата в краткосрочен прогнозен хоризонт до 2025 година.

За да се постигне целта се формулират **следните изследователски задачи:**

1. Систематизиране на многообразието от теоретични подходи за финансиране на здравното осигуряване.

2. Осъществяване на анализ на някои от функциониращите към момента модели на финансиране на здравното осигуряване в страни-членки на ЕС.

3. Анализирание на съществуващите финансови практики в българското здравно осигуряване като се взимат под внимание причините, целите, основните направления и степента на постигнатото от осъществените здравни реформи.

4. Прогнозиране на приходите от здравноосигурителни вноски и разходите на НЗОК в краткосрочен план като се отчете влиянието на основните детерминанти, свързани с демографски процеси и икономическо развитие, в условия на предложени насоки за усъвършенстване на финансовия модел на здравното осигуряване.

5. Разработване на три възможни сценария за развитие на системата на здравно осигуряване в България.

6. Изпълнение на сравнителен анализ относно постигнати резултати и SWOT анализ между предложените сценарии за финансиране на българското здравеопазване. На база резултатите да се изведе заключение за подходящ и реално приложим модел на финансиране от предложените насоки за усъвършенстване на ефективността на здравноосигурителната система в България.

7. Анализ на целесъобразността от въвеждане на допълнителни осигурителни фондове в България.

8. Анализ на възможността за въвеждане на допълнително задължително здравно осигуряване в България като се изследват условията и се реализират симулационни изчисления относно приходите и разходите за здравноосигурителната система.

5. Обхват и методология на изследването

Обхватът на дисертационния труд не се простира само до анализ на проблемите и тенденциите на финансирането на здравноосигурителния сектор в България. За целите на изследването се прави анализ на функциониращите финансови модели в държави-членки на ЕС, характеризиращи се с адекватност и ефективност по отношение на разходите за здравни услуги. Успешните практики се използват като отправна точка за предложения от насоки за усъвършенстване на финансовия механизъм в България.

Времевите ограничения за използваните демографски данни, данни за покупателна способност, данни за заетост и данни за финансиране на здравното осигуряване са от периода 2010г и 2019г. Данните, използвани за международни сравнения са към годината на последната им официална публикация- 2017 и 2018 година. Прогнозният хоризонт е до 2025г.

За разработването на дисертационния труд се използва следната **методология**, състояща се от:

- Историко-логически подход, който се прилага при анализа на някои съществуващи финансови здравноосигурителни модели в ЕС;
- Интуитивно-логически анализ, използван за откриване на основните характеристики и тенденции на функциониращите здравни модели в ЕС;
- Метод на екстраполация при изготвяне на прогнози за основните демографски и икономически детерминанти, оказващи влияние над финансовата стабилност на здравноосигурителния модел в България;
- Емпиричен анализ за прогнозиране на основните икономически и демографски детерминанти, влияещи върху финансовата стабилност на здравноосигурителен модел;

- Сравнителен анализ, прилаган по отношение на постигнатите резултати от симулационните сценарии за промяна на здравноосигурителния модел в България. Използва се още за идентифициране на основните положителни и отрицателни страни на предложенията за реформи относно финансовия механизъм за сектора;
- SWOT анализ- използва се за открояване на предимствата, недостатъците, възможностите и опасностите при прилагане на симулативните сценарии за промяна на финансовия механизъм на здравното осигуряване в България;
- Хипотетичен метод, който се използва за потвърждение или отхвърляне на заложените хипотези;
- Евристичен подход, реализиран за открояване на предложения за реновиране на финансовия модел;
- Симулационен експеримент, необходим за разтълкуване на адекватността от имплементиране на система от предложения за реформиране на финансовия здравноосигурителен модел в страната.

За реализация на дисертационния труд е използвана статистическа информация от национални институции като НСИ, НЗОК, Министерство на здравеопазването, Министерство на финансите, Сметна палата, Министерство на труда и социалната политика. Източник на информация са и статистически данни от международни институции като: Евростат, Световна здравна организация, Немски статистически институт, ОИСР и други.

6. Структура на дисертационния труд

Дисертационният труд се състои от три глави, които определят концептуалната рамка. Те са, както следва:

В първа глава от дисертационния труд представям анализ на релевантни научни изследвания, свързани със същността на здравното осигуряване и следователно начините на провеждане на реформи. В следващата точка реализирам преглед на функциониращите модели на здравно осигуряване като обобщавам техните основни характеристики, недостатъци и предимства.

Втора глава в своята същност представя анализ на настоящите финансови проблеми и тенденции на задължителното и доброволното здравно осигуряване в България като се взема под внимание влиянието на демографски и социалноикономически фактори на средата. Последващо е реализирането на примерен модел за оценка на ефективност на функциониращите здравноосигурителни системи в ЕС. Чрез анализ на резултатите на някои страни-членки на ЕС се достига до изводи относно адекватността към нарастващите нужди от здравни услуги на тези модели.

В трета глава от дисертационния труд се правят предложения за усъвършенстване на моделите на финансиране на здравноосигурителната система в България. Първо се осъществява прогноза за основните демографски и икономически детерминанти, влияещи върху разработването на сценарии за реновиране на финансовия здравен модел в страната. Реализираните три симулации обхващат периода 2020-2025г. За да се открият основните позитиви и негативи от въвеждането на определена система от насоки за усъвършенстване на финансовия модел, е направен сравнителен и SWOT анализ.

Заклучението дава информация относно потвърждаването на заложените хипотези на дисертационния труд.

II. СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

ВЪВЕДЕНИЕ

ПЪРВА ГЛАВА: ФИНАНСОВИ МОДЕЛИ НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

1. Преглед на литературата относно развитието на финансовите модели в здравноосигурителната система

1.1. Метатеоретични перспективи

1.2. Фондов институционализъм

1.3. Теория за обяснение на промяната в социалната политика

1.3.1. Теории на сравнителните междудържавни изследвания

1.3.2. Пунктуационална равновесна теория

1.3.3. Концепция за множество потоци

1.4. Детерминанти за бъдещата финансова стабилност на здравното осигуряване

1.4.1. Демографски финансов ефект

1.4.2. Косвен демографски ефект на разходите: последици от увеличаване на средната възраст на населението върху разходите за здравеопазване

1.4.3. Медико-технически прогрес и ефект на демографските промени

2. Преглед на основни модели на финансиране на здравното осигуряване, функциониращи в ЕС

2.1. Финансиране чрез данъчно облагане

2.1.1. Публично финансирана система, комбинирана с елементи на здравно осигуряване

2.1.2. Финансиране с местни данъци, съчетано с управление на доставчиците на здравни услуги от страна на органите на местната власт

2.2. Финансиране на здравеопазването чрез система за социално здравно осигуряване

2.2.1. Социално здравно осигуряване с множество неконкурентни автономни схеми за осигуряване

2.2.2. Социално здравно осигуряване с множество конкурентни фондове

2.3. Модел на частно здравно застраховане

3.Изводи

ВТОРА ГЛАВА: АНАЛИЗ НА НАСТОЯЩИТЕ ФИНАНСОВИ ПРОБЛЕМИ И ТЕНДЕНЦИИ В ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ

1. Демографски и социалноикономически фактори, влияещи на финансовите проблеми и тенденции в системата на здравното осигуряване

2. Финансови проблеми и тенденции в системата на Задължителното здравно осигуряване

3. Проблеми и тенденции в Доброволното здравно осигуряване в България
4. Други проблеми във финансирането на здравното осигуряване в България
5. Примерен модел за оценка на ефективност на съществуващите здравноосигурителни модели в ЕС
 - 5.1. Методология на примерния модел за оценка на ефективност
 - 5.2. Анализ на резултатите
- 6.Изводи

ТРЕТА ГЛАВА: НАСОКИ ЗА УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА МОДЕЛА НА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ

- 1.Прогноза за основните демографски и икономически детерминанти, влияещи на разработването на сценарий за промяна на финансовия модел на здравното осигуряване в България
2. Сценарии за развитието на финансовия модел на здравното осигуряване в България в средносрочен хоризонт от 2020 до 2025г.
 - 2.1. Сценарий А
 - 2.2. Сценарий Б
 - 2.3. Сценарий В
3. Сравнителен и SWOT анализ между симулативните сценарии за развитие на финансовия здравноосигурителен модел в България
4. Изводи

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Библиография

Приложения

III. СИНТЕЗИРАНО ИЗЛОЖЕНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

ВЪВЕДЕНИЕ

Въведението на дисертационния труд започва с обосновка относно актуалността и значимостта на темата. Последващи са дефинираните обект, предмет, основна цел и задачи на изследването. Във въведението е включена още формулирана изследователска теза и шест на брой хипотези. Следователно те се проверяват в хода на разработката на дисертационния труд. Използваните научноизследователски методи, източниците на информация, времевият и прогнозният хоризонт също се обособяват. Въведението завършва с представяне на структурата на изложението на дисертационния труд по глави.

I. ГЛАВА: ФИНАНСОВИ МОДЕЛИ НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

В първа точка се реализира преглед на релевантната литература относно развитието на финансовите модели в здравноосигурителната система. Определянето на аналитичната рамка на дисертационния труд е възможно чрез основните изводи от трудовете на Шуберт и Банделоу (2009). Авторите изясняват термини като „теоретичен подход“, „теория“ и „модел“.³ Теорията описва логически свързан набор от връзки между променливите, което обособява по-ограничения обхват на понятието в сравнение с „аналитичната рамка“. С най-висока конкретност от трите понятия е моделът, който притежава математическо проявление. Теоретичната рамка на дисертационния труд включва три различни перспективи: математическа, аналитична рамка и отделни избрани теории.

В подточка 1.1 се обвързва развитието на здравноосигурителната наука с метатеоретични перспективи, които според М. Бунге (1983) се разграничават в три основни концепции. Първата е индивидуалистична, втората е с холистична насоченост, а третата е определена като системна. Най-приложима за целите на дисертационния труд е системната теория, тъй като здравноосигурителната система функционира адекватно от взаимосвързани индивиди и подсистеми.⁴ Тези

³ Schubert, K. Bandelow, N. C. *Lehrbuch der Politikfeldanalyse* 2.0. Zweite vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. München/Wien: Oldenbourg, 2009

⁴ Bunge, M. *Epistemologie. Aktuelle Fragen der Wissenschaftstheorie*. Mannheim/Wien/Zürich: Bibliographisches Institut. Titel der Originalausgabe: Epistemologia. Barcelona, 1983

взаимовръзки се обосновават на две нива- индивидуално (микро ниво) и структурно ниво (мезо и макро ниво). Следователно може да се заключи, че системната теория съчетава предимствата на две алтернативи- индивидуализъм или колективизъм, без да се прилагат техните недостатъци.

В подточка 1.2 се представя същността на фондовия институционализъм. Теорията е разработена от Майнц и Шарф през 1995.⁵ Те считат, че социалните явления са резултат от взаимодействие между действащи финансови пулове или фондове, които се осъществяват в институционалната рамка. Тя от своя страна предопределя бъдещи решения на ниво система и роля на участниците във финансовите взаимоотношения, свързани с реформиране на здравноосигурителния сектор.⁶ Същевременно двамата автори отхвърлят разбирането за рационалността от гледна точка на максимално задоволяване на нуждите на отделния индивид в осигурителния модел. Те се обосновават повече на концепцията за „ограничена рационалност“ на Саймън (1957, 1976).⁷ Според нея осигурените лица не разполагат с цялата необходима информация. Това предопределя информационната асиметричност, характерна за здравноосигурителния пазар.

В здравния сектор функционират и комплексни фондове. Действията им са ограничени освен от институционалната среда, предпочитанията, възприятията, ресурсите, но и от действията на останалите участници в здравното осигуряване. Майнц и Шарф (1995) разграничават в този контекст две измерения на съответното взаимодействие- „струпуване на фондове“ и „интерактивна форма“. Основните форми според същите автори се различават на едностранни, взаимно адаптиране, договаряне, координация и йерархичен контрол. Към днешна дата финансовите взаимоотношения между участниците не е възможно да се изследват без теоретичните знания на Майнц и Шарф.

В подточка 1.3 се изследват проявленията на теорията за обяснение на промяната в социалната политика. А. Оливър и Е. Мосиалес са част от авторите,

⁵ Mayntz, R. Scharpf, F. W. *Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus*. Mayntz, 1995, pp:49
Mayntz R. Scharpf, F. W. *Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung*. Frankfurt a. M./New York: Campus, 1995, Pp: 39 - 72.

⁶ Goodin, R. E., Tilly, C. (Eds.) *The Oxford Handbook of Contextual Political Analysis*. Oxford: Oxford University Press, 2006

⁷ Simon, H. *Models of Men*. New York, 1957

Simon, H. *Administrative Behavior: A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organizations* 3rd Edition. New York: Free Press, 1976

подкрепящи твърдението, че само анализ над множество теории осигурява адекватното разбиране на реформите в здравеопазването. (А. Оливър и Е. Мосиалес по цит. Шнайдер и Янинг, 2006, с:78)⁸ Едни от тях са теориите на сравнителните междудържавни изследвания, пунктуационната равновесна теория и концепция за множество потоци. Шмидт (2001, с:7-29) определя сравнителните междудържавни изследвания като изградени върху шест централни теории. Те могат да обяснят промените в социалната и здравна политика на финансиране.⁹ Според автора тези теории е необходимо да се разглеждат в своето единство вместо да се противопоставят. Първата сред тях е теорията на социално-икономическата детерминация. Тя предопределя промените в здравноосигурителните политики на дадена страна като отговор на развиващите се обществени и икономически процеси. Втората е теорията на енергийните ресурси, която се свързва с личностите на Корпи (1983) и Краснер (1984, с:223-246). Те подчертават разликата с предходната теория-понижено влияние на условията на труд и живот и свързаните с тях детерминанти. По-голяма релевантност се отдава на политическите променливи и конкретно на енергийните ресурси на отделните социални групи.¹⁰ Останалите четири теории-политическа институционална теория, теория на ветото, международна хипотеза и теория на политическото наследство не се разглеждат в дисертационния труд, защото техният обхват се свързва повече с научните изследвания на политологията.

Пунктуационната равновесна теория обяснява стабилността или резки промени в даден осигурителен сектор. Според нея дълги периоди на застой в развитието на определен сектор се прекъсват периодично и много често с бързи темпове на въвеждане на нововъведенията.¹¹ Теорията, разработена от Тру, Джонс и Баумгартнер (2007, с:155-187), се основава отчасти на обширната разработка на Саймън за ограничената рационалност и нейното декомпозиране на серийна и паралелна обработка. За нея спомагат още понятията на Редфорд (1969) относно

⁸ Schneider, V. Janning, F. *Politikfeldanalyse. Akteure, Diskurse und Netzwerke in der öffentlichen Politik*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden, 2006, pp: 78

⁹ Schmidt, M. G. *Einleitung*. In: Schmidt, M. G. (Hrsg.) *Wohlfahrtsstaatliche Politik. Institutionen, politischer Prozess und Leistungsprofil*. Opladen: Leske Budrich. , 2001, pp: 7 - 29

¹⁰ Korpi, W. *The Democratic Class Struggle*. London: Routledge & Kegan Paul, 1983

Krasner, S. D. *Approaches to the State: Alternative Conceptions and Historical Dynamics*. In: *Comparative Studies*, 16., 1984, pp: 223 - 246

¹¹ True, J. L. Jones, B. D. Baumgartner, F. R. *Punctuated Equilibrium Theory - Explaining Stability and Change in Public Policymaking*. In: Sabatier, P. A. (Ed.), *Theories of the Policy Process*. Second Edition. Boulder/Co.: Westview Press, 2007, pp: 155 - 187

„политика на подсистемата“ и „макрополитика“.¹² Анализирването на теорията за институционална промяна и на тази за пунктуационното равновесие доказва, че са несъвместими. Това несъответствие се дължи главно на факта, че според някои представители на институционалната промяна в институциите протичат дългосрочни потенциално свързани трансформации.

Концепцията за множество потоци се основава на подход, базиран на организационни социологически съображения. Теорията разглежда политически решения като резултат от структурно организационните процеси. (Коен, Марч, Олсън 1972, с:1-25)¹³ Концепцията за множество потоци предполага, че правителствената администрация управлява три относителни независими потока. (Рюб, 2009, с:348-375)

¹⁴ Първият е за разпознаване на проблеми-обединяващ всички затруднения, които съществуват в даден сектор паралелно. Вторият поток задава предположения за политики-израз на потенциално съществуващи варианти на политики. Третият е изцяло политически. Промените могат да касаят замяна на състава на правителството като такива в резултат на промени в персонала на правителствената администрация. Задачата на политическия предприемач е да обедини трите потока заедно. (Кингдън, 2003)¹⁵ Критиката към теорията на множество потоци е свързана с избора на рационални аспекти. Те в повечето случаи не излизат на дневен ред и съответно тяхното решение се отлага. Силна страна на теорията е лесно комбиниране с други теории за анализ на определена социална политика.

В подточка 1.4 се представя анализ на проявленията на детерминантите, оказващи влияние върху бъдещата финансова стабилност на здравното осигуряване. Първите притежават демографски финансов ефект. „Удвоеният процес на застаряване“ се повлиява основно от ниския коефициент на раждаемост и регулярно повишаващата се средна продължителност на живот на населението. Предвидените негативни тенденции ще доведат до трайни финансови затруднения за здравноосигурителния сектор, защото търсенето и потреблението на здравни услуги

¹² Redford, E. S. *Democracy in the Administrative State*. New York: Oxford University Press, 1969

¹³ Cohen, M. D. March, J.G. Olsen, J. P. *A Garbage Can Model of Organizational Choice*. In: Administrative Science Quarterly, 1972, pp:1 - 25

¹⁴ Rüb, F. W. *Multiple-Streams-Ansatz: Grundlagen, Probleme und Kritik*. In: Schubert, K./Bandelow, N. C. (Hrsg.), *Lehrbuch der Politikfeldanalyse 2.0. Zweite vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*. München: Oldenbourg, 2009, pp: 348 - 375

¹⁵ Kingdon, J. W. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Second Edition. New York et al.: Longmann, 2003

се увеличават и се ограничават възможността за реализиране на висок паричен поток към здравната система. За 2050г прогнозата е всеки трети българин да е над шестдесет и пет години, а всеки втори да е в трудоспособна възраст. ООН предвижда чиста миграция от 10 000 души на година до 2050г. Евростат изразява по-негативни и от горепосочените прогнози. Като неблагоприятна последица от направените изследвания за бъдещото развитие на пазара на труда, се очаква работната сила да намалее с четиридесет и пет процентни пункта, а коефициентът на възрастова зависимост да се удвои.¹⁶ Бъдещото увеличение на коефициента на зависимост за старост на днешните двадесет и девет годишни към бъдещите петдесет и пет годишни ще окаже отрицателен ефект върху размера на приходите към съответната осигурителна система. Според Бьорш-Супан (1996, с:13-58) пенсионните реформи от близкото бъдеще също засилват негативното влияние на демографския фактор. Следователно, използвайки пропорционална ставка на здравноосигурителната вноска за задължителното здравно осигуряване, приходите към сектора се очаква да намаляват с времето.¹⁷

Вторите детерминанти притежават косвен демографски ефект на разходите: последици от увеличаване на средната възраст на населението върху разходите за здравеопазване. С увеличаване на продължителността на живота относителното специфично за възрастта нараства използването на здравни услуги. Брайер и Фелдер (2004) се позовават на така наречената „хипотеза за статуквото“.¹⁸ По-висок принос за удължаване на продължителността на живот от хипотезата за статуквото има тезата за медикаментите на Вербурге (1984,с:475-519).¹⁹ Тя се основава на наблюдението на автора, че много по-възрастни пациенти са мултиморбидни²⁰. Новите форми за лечение, които са в състояние да излекуват определено заболяване, респективно увеличават броя години живот. Това от своя

¹⁶ Междинен доклад. *Проект на анализа на състоянието, актуерски разходен модел и набор от варианти за реформиране на сегашната система*, 2015г. https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/06/16/mejdinen-doklad-proekt-na-analiza-na-sustoqnieto-aktuerski-razhoden-model-i-nabor-ot-varianti-za-reformirane-na-segashnata-sistema.pdf

¹⁷ Börsch-Supan, A.H. *Demographie, Arbeitsangebot und die Systeme der sozialen Sicherung*, in: H. Siebert (Hrsg.), *Sozialpolitik auf dem Prüfstand: Leitlinien für Reformen*, Mohr, Tübingen, 1996, pp: 13-58

¹⁸ Breyer, F.; Felder, S. *Life Expectancy and Health Care Expenditures: A New Calculation for Germany Using the Costs of Dying*, *DIW Discussion Paper* 452, Berlin, 2004

¹⁹ Verbrugge, L. M. *Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and Older Persons*, *Millbank Memorial Found Quarterly*, 1984, 62, pp:475-519.

²⁰ Мултиморбиден – идва от немски език *multimorbinen*; значение: с множество здравословни заболявания

страна означава, че допълнителните години все повече повишават риска за нови заболявания на индивида. Следователно те водят до допълнително използване на услугите на здравното осигуряване. Съответно е възможна и следната формулировка на проблема. Медицинско-техническият напредък в здравните услуги допринася за преживяването на предразположените към заболявания лица и така същевременно средният здравен статус на цялото население се влошава с течение на времето. (Кремер, 1993)²¹

Третия вид детерминанти са повлияни от медико-технически прогрес и ефект на демографски промени. Още през 1967г Баумол посочва в своята „история на здравни разходи“ влиянието на производителността върху повишаване на цените на болничните разходи. Увеличаването на възнагражденията на доставчиците на здравни услуги е пропорционално на общите темпове на нарастване на доходите, породени в други сектори от повишаване на производителността. Това поражда оскъпяване на здравните услуги. Тъй като те са нееластични, следва непропорционално увеличаване на разходите за здраве.²² Нюхаус през 1992г донякъде отдава несъответстващия по посока на развитие размер на разходите за здравеопазване на теорията на Баумол (1967, с: 415-426). Друга част той обяснява с медицинско-технически прогрес. През 1994г учените Гелиънс и Розенберг (1994, с:28-46), както и екипът Окунаде и Мърфи (2002, с: 147-159), доказват емпирично твърденията на Нюхаус.²³

Като обща причина се посочва, че в здравния сектор иновациите на продукти, генериращи разходи, доминират над тези за намаляване на разходите.²⁴ Лайткенс (1999,с:95-114) поддържа тезата, че доставчиците на здравни услуги се ориентират към по-скъпоструваща методология за изпълнение на дадено лечение. Пациентите оценяват използването на високотехнологични здравни услуги като достатъчно надеждно и добро лечение.²⁵ Брайер, Цвайфел и Кифман (2005) показват,

²¹ Krämer, W. *Wir kurieren uns zu Tode. Die Zukunft der modernen Medizin.* Frankfurt/New York, 1993
Krämer, W. *Hippokrates und Sisyphus. Die moderne Medizin als Opfer ihres eigenen Erfolgs*, in: W. Kirch und H. Kliemt (eds.), *Rationierung im Gesundheitswesen*, Regensburg, 1996

²² Baumol, W.J. *Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis*, *American Economic Review*, 1967, 57, pp: 415-426.

²³ Gelijns, A.C.; Rosenberg, N. *The Dynamics of Technological Change in Medicine*, *Health Affairs*, 1994, 13, 28-46

Okunade, A.; Murthy, V. *Technology as a 'major driver' of health care costs: a cointegration analysis of the Newhouse conjecture*, *Journal of Health Economics*, 2002, 21, pp: 147- 159.

²⁴ Breyer, F.; Zweifel, P.; Kifmann, M. (2005), *Gesundheitsökonomie*, 5. Aufl., Springer, Berlin.

²⁵ Lyttkens, C. H. *Imperatives in Health Care. Implications for Social Welfare and Medical Technology*, *Nordic Journal of Political Economy*, 1999, 25, pp: 95-114.

че въз основа на теоретично съобразени модели подобни медицински и технически императиви е възможно да изкривят макроикономическите решения в полза на скъпи иновации в сектора.²⁶ Медицинското техническо развитие не може да бъде спряно. Съответно се затруднява достъп до модернизирани здравни услуги заради финансовите затруднения на потребителите. Необходимо е да се търсят решения за промени на модела на финансиране на здравноосигурителния сектор. Те трябва да бъдат съобразени с тенденцията за поскъпване на здравните услуги във време на Индустрия 4.0.

Във втора точка се представят основните характеристики на функциониращите финансови модели за здравно осигуряване в ЕС. Те дават ясна представа как точно се осъществява финансовият поток в системата. Визуалното разпределение, сформирано според изчисления от база данни на ЕК и основните застъпени механизми на реализация на здравноосигурителните модели в ЕС, е представено на графика 1.6 от Приложение 1 към дисертационния труд.

Първият основен модел е финансиране чрез данъчно облагане. В него държавата заема централна роля като е задължително участието на всички лица, пребиваващи на територията на страната. По този начин успешно се предопределя сравнително високо акумулиране на приходи. Финансирането на разходите за здраве се определя обикновено според годишно заложен план или бюджет за разпределение на паричния поток. Разплащането с доставчиците на здравни услуги се осъществява чрез разходнопокривна система, договорни отношения или смесен модел. Приоритет пред развитието на съответния модел е използването на кейс-микс подход и диагностично свързани групи.

За финансов модел, базиран на данъчно облагане е характерно ролята на допълнителните здравноосигурителни схеми да е понижена. Друга характеристика на модела е, че с най-висок процент от годишните разходи са тези по направление болнична медицинска помощ. Най-ниски са разходите за административна издръжка. Това предопределя механизма като икономичен. Все по-регулярно сред държавите-членки на ЕС се наблюдава ръст на разходите за фармацевтични продукти.

²⁶ Breyer, F.; Zweifel, P.; Kifmann, M. *Gesundheitsökonomie*, 5. Springer, Berlin, 2005

Ефективността на модела се оценява като сравнително ниска. Потребителят не е поставен в центъра. В изследването на Европейски здравен потребителски индекс страна като Великобритания с функциониращ модел за здравно осигуряване, базиран на данъчно облагане, се оценява сравнително ниско.²⁷ Основни причини за това са дългите срокове за изчакване за достъп до специализирана медицинска помощ, вземане на решения на централно ниво и наложен контрол за изразходване на средства, несъответстващи на нарастващите потребности на обществото от здравни услуги.

В 2.1.1 и 2.1.2 се представят две вариации на модела- публично финансирана система, комбинирана с елементи на здравно осигуряване и финансиране с местни данъци, съчетано с управление на доставчиците на здравни услуги от страна на органите на местната власт. Пример за държава, в която функционира първият вариант, е Ирландия. Втората вариация на модела се прилага в Дания. За двете страни-членки на ЕС се представя в дисертационния труд основни характеристики, проблеми и реформи през последните години, свързани с функционирането на съответния здравноосигурителен модел.

Финансиране на здравеопазване чрез система за социално здравно осигуряване е анализирана чрез своите две проявления-социално здравно осигуряване с множество неконкурентни автономни и конкурентни схеми за осигуряване. Първото от тях е оценено като ефективно функциониращ модел според СЗО и изследването за Европейски здравен потребителски индекс. Пример за държава с успешно реализирана здравноосигурителна система с множество неконкурентни автономни схеми е Франция. Този механизъм гарантира право на достъп до здравни услуги на всеки един гражданин, пребиваващ на френска територия, без това да се обвързва с размера на трудовото възнаграждение. Въведена е единна здравна осигуровка. Тя гарантира равнопоставеност между осигурените лица. Механизмът на финансиране е изграден на практиката, че парите следват пациента. По този начин се стимулира конкуренцията в сектора и се повишава качеството на предлаганите услуги.²⁸

²⁷ Доклад *Европейски потребителски здравен индекс, 2018* <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf> pp 29-30 [10.01.2020]

²⁸ МФ, Отдел „Микроикономически анализи“, Дирекция „Бюджет“ доклад „*Финансиране и управление на здравеопазването- теоретични основи, модели, проблеми и тенденции*“, София, 2015, стр. 54-75

Във Франция моделът на финансиране функционира с три стълба. Прилагат се осемнадесет схеми за здравно осигуряване, независими от правителството. Основните покриват значителна част от населението. Пример за такава схема за здравно покритие е на работниците, заети в търговията и индустрията и техните семейства. Тя обхваща около осемдесет и четири процента от населението. Вноските се разделят между работодател и служител в следното съотношение: 12.8 процента върху стойността на дохода се заплаща за сметка на работодателя, а 0.75 процента са за сметка на служителите. Останалите схеми за неселскостопански самонаети лица. Те заплащат здравна вноска в размер между 5.9 и 6.5 процента от своя доход. За заети в земеделието и животновъдството здравната вноска е фиксирана- 8.13 процента върху реализируемия доход. Франция е една от държавите-членки на ЕС със сравнително добре развито доброволно здравно осигуряване. Около двадесет и пет процента от населението към 2014г притежават допълнителна здравна застраховка. В модела на ЗО във Франция се осигурява акумулирането на постоянен паричен поток чрез директни плащания за медицински услуги. Пример за това е установяване на задължително плащане на тридесет процента от размера на предварително установена такса за посещение при здравен специалист и ОПЛ.

Характеристиките на социалното здравно осигуряване с множество конкурентни фондове се анализират в 2.2.2 от Първа глава на дисертационния труд. Такъв модел функционира според принципи като солидарност, достъпност, плурализъм, саморегулация, адекватност и децентрализация. Последната се постига чрез разпределение по райони в зависимост от административното деление на съответната страна. Достъпът до здравни услуги зависи от доходността на населението. Германия е страна-членка на ЕС, в която сравнително ефективно и адекватно функционира този модел. Населението е разпределено в три групи според размера на доходите. В първа група се осигуряват преобладаваща част от населението- около седемдесет и осем процента от населението. То се осигурява задължително по определена нормативна база. Във втората група се причисляват военни, самонаети лица и определени държавни служители, които не използват ЗЗО. Те имат правото да изберат за себе си частна здравна застраховка. В третата група участват лицата с

високи доходи. Тази група има привилегията да избират между ЗЗО и частно здравно застраховане.²⁹

Основните проблеми за функционирането на системата е, че приоритетно здравните специалисти приемат частно здравно застраховани лица. Друг проблем е липсата на „социално солидарно обезщетение“. Това означава, че с еднакво процентно облагане върху доходите, е възможно да се постигне ефект на различна данъчна тежест. По този начин се появява ограничена хоризонтална ефективност на модела на финансиране на ЗЗО. (Лутц, Шнайдер, 1998, с:718-740)³⁰

Най-висок процент от текущите годишни разходи за здраве се отделят отново по направление за болнична медицинска помощ. За това допринасят промени в обхвата на обезщетенията и промяна на критериите за достъп. Решение на затруднението се търси в законово приета политика за увеличаване на средствата за превенция. Поради тази причина се налага увеличаване на здравната вноска с около 0.5 процентни пункта през 2019.³¹ В Германия функционира успешно кейс-микс подхода и диагностично свързани групи за разплащане с доставчици на болнична медицинска помощ. Количествената структура на диагностично свързани групи, оценена с ценови компонент, е възможно да се използва като ориентир за степента на приложението при заплащане на здравни услуги. Прилага се още маргинален праг за определено лечение. (Цихал, Янсен, 2011)³²

Общото между добре развитите модели на финансиране е, че функционирането им се подпомага от наличието на е-здравеопазване. В Дания се отчита напредък по отношение на телемедицината като броят пациенти и средната продължителност на лечение са редуцирани благодарение на програми за мониторинг.³³ Развитието на електронното здравеопазване в Ирландия стимулира

²⁹ МФ, Отдел „Микроикономически анализи“, Дирекция „Бюджет“ доклад „Финансиране и управление на здравеопазването- теоретични основи, модели, проблеми и тенденции“, София, 2015, стр. 54-75

³⁰ Lutz, P. F. Schneider, U. *Der soziale Ausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik Bd., 1998, 217(6), pp: 718-740

³¹ Vdek Die Ersatzkassen Änderung im Gesundheitswesen 2019 <https://www.vdek.com/politik/was-aendert-sich/gesundheitswesen-2019.html> [10.4.2020]

³² Czihal, Th. Jansen, K. *Verweildauerrueckgang & Anstieg des Case-Mix-Index: Indikatoren fuer Leistungsverlagerung* MVF 03/2011; https://www.monitor-versorgungsforschung.de/bilder/open-access/MVF03_11_Stillfried.pdf [4.4.2019]

³³ Digital Health Strategy 2018-2022 <https://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer%20i%20pdf/English/2018/A-coherent-and-trustworthy-health-network-for-all-jan-2108/A-coherent-and-trustworthy-health-network-jan-2018.pdf> [8.4.2020]

поставянето на крайния потребител в центъра и облекчава финансовата тежест над осигурения чрез въвеждане на електронни здравни досиета и рецепти. В Германия се използва единен регистър с данни на осигурените лица.³⁴ През 2019г се въвеждат и всеобщи изисквания за употреба на електронни рецепти и е-досиета в единна система.

Характеристиките на модел за частно здравно застраховане са анализирани в подточка 2.3. Този механизъм на финансиране се използва самостоятелно само в страни с висок стандарт на живот. Следователно здравните застрахователни фондове работят в конкурентна среда и притежават свободата да определят стойността на своите премии. Всеки гражданин е необходимо да притежава регламентирано право на свободен избор на фонд и лечебно заведение.

В Кипър се реализира само частно здравно застраховане като там не функционира ЗЗО. Липсата на национална схема за здравно осигуряване води до факта, че процентът на публични разходи е най-нисък сред държавите-членки на ЕС. Това е страната с най-висок дял на РССС за 2018г. Частното здравно застраховане покрива около 11.5 процента от текущите годишни разходи за здраве. Въпреки приета реформа през 2017г за универсален здравен пакет, ефективността на модела се оценява сравнително ниско в изследването за Европейски здравен индекс през 2018г.³⁵ Все още в ЕС не е възможно самостоятелно функциониране на модел на частно застраховане, тъй като тази схема не отговаря на принципите за солидарност и осигуряване на равен достъп до здравни услуги за лица с различен финансов статус. Именно за това моделът се среща предимно в ЕС като допълнителна форма-втори или трети стълб на здравно осигуряване.

В частното здравно застраховане се прилага капиталова покривност. В това понятие се включва и бъдещата финансова покривна схема. Тя се свързва с постоянни и регулярни вноски за определена възраст, гарантирани за целия период на застраховане. Премийният приход покрива текущите разходи за обезщетения на доброволно осигурените лица. В зависимост от големината на премийния приход и на бъдещите обезщетения се прави план за целевото изразходване на средствата.

³⁴ Task Force Health Care *E-Health in Germany* Market Study <https://www.tfhc.nl/wp-content/uploads/2019/08/eHealth-in-Germany-barriers-and-opportunities.pdf> [11.4.2020]

³⁵ Доклад Европейски потребителски здравен индекс, 2018 <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf> [10.01.2020]

Нетната премия се приема от финансовите експерти в здравноосигурителни дружества като постоянна база на изчисление за бъдещи разходи при сключване на съответна полица. Тъй като разходите нарастват с възрастта, вноските е необходимо да останат сравнително постоянни за дългогодишно здравно осигурено лице в частен застрахователен фонд. За това се налага по-младите и новопостъпили застраховани да приемат по-висока премия като условие при сключване на здравна полица. По този начин се наблюдава условен договор и приемственост между поколенията, което е типична характеристика за всеки вид осигурителна процедура.

При частното здравно застраховане се спазва принципът и на капиталово натрупване. Получените премии, които не се изразходват за текущи разходи на застрахователното дружество, се олихвяват при използването им като финансови инструменти в рамките на законодателните права на същото. Генерираните по този начин средства се изразходват за бъдещите нужди на потребителя, защото с увеличаване на възрастта нараства и възможността за застрахователно събитие. Чрез постепенно изразходване на финансов ресурс с повишаване на средната възраст на населението се компенсират високо платените в началото премии от здравно застрахованите. Преразглеждане на размера на премията винаги е възможен вариант. Това се случва често в случаите, когато стойността на здравните услуги във времето се покачва по-бързо от очакванията на финансовите експерти, заети в сектора. Тоест при случаите на силна инфлация в здравния сектор. (Лангер, Керн, Мартлок и Пфаф, 2002)³⁶. В развитите европейски държави се наблюдава тенденция за повишаване на здравните премии през последните години.

Силните страни на ЧЗЗ са свързани с осигуряване на бъдещия риск от заболяване чрез финансиране по актюерска процедура на основата на актюерски разчети. Този метод на финансиране много често се свързва с възможността увеличаването на премията по полица да се избегне. При ЧЗЗ премията са чувствителни към общия доход на съответния съвкупност от застраховани, за разлика от ЗЗО. При задължителната осигурителна схема приходите към системата зависят от

³⁶ Langer, B., Kern O. A., Martolock B., Pfaff B. A. *Vergleich der Vergütungen zahnärztlicher Leistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung und im Standardtarif der PKV*. Gutachten im Auftrag des PKV Verbandes, 2002

доходите на отделния индивид. Това допринася за висока чувствителност на осигурителния процес към промените на пазара на труда.

Друго предимство на ЧЗЗ е, че се предлага свобода на избор за заплащане на застрахователна премия по съответната полица. Те могат да бъдат под формата на самоучастие, доплащане или отмяна на избор с определени модели. Достъпът до услуги, които предлага ЧЗЗ, представлява подходяща възможност да се ограничи плащането на нерегламентирани разходи от страна на застрахованото лице в случай на събитие. В зависимост от нивото на развитие на доброволната схема за здравно осигуряване в дадена страна може да се добавят още две положителни характеристики на системата- всеобхватност и висококачествен достъп до здравно обслужване.

Основните изводи от Първа глава на дисертационния труд са следните:

Взимайки под внимание разгледаните тези, теории, модели и детерминанти, които влияят на финансовата организация и функцията на съответния здравноосигурителен модел, е възможно да се заключи, че предлагането на насоки за подобряване на финансовия механизъм за здравно осигуряване в България е необходимо да бъде съобразено с множество фактори. С цел задаване на реалистични предложения за реформи е задължително да се изяснят проблемите и пропуските по отношение на организационната структура на сектора. Взаимодействията между доставчиците на здравни услуги, осигурител и потребител трябва да бъдат анализирани в контекста на множеството детерминанти. Те се очаква да затрудняват в бъдеще финансовата стабилност на здравноосигурителния модел. Използвайки съждението за системна организация на здравноосигурителния сектор и познавайки функционирането на неговия финансов механизъм, може да се заключи, че за България важат принципите на фондов институционализъм, концепция за множество потоци и пунктуационна равновесна теория. При отправянето на насоки за реформи е наложително да се анализират финансовите ползители и разходите за обществото в своето единство без да се слага ударение върху индивидуалните потребности и конкретизиране на необходимостта от организационна реновация.

При анализирания функциониращи здравноосигурителни модели в ЕС могат да се осъществят няколко основни извода. Те ще се използват като коректив за

задаване на аргументирани насоки относно бъдещи промени в българското здравеопазване.

На първо място се наблюдава основна характеристика на централизиране в организацията на здравния сектор сред анализирани държави-членки на ЕС. Въпреки това се запазва високо ниво на конкуренция между осигурителни фондове или каси. Техният брой се обособява обикновено в зависимост от регионалното деление на съответната страна. В случай на ЗЗО с централизиран фонд се дава свобода на избор за участие в друг фонд за лица с над определен праг на доходи или такива, получаващи доходи по различни от трудово-правни отношения. Финансирането се осъществява предимно от публични средства. Съвременните здравноосигурителни модели функционират с помощта на развит доброволен сектор за здравно застраховане. Обхватът на основните осигурителни схеми е дефиниран, което дава основание на крайния потребител да търси услугите на частни застрахователни фондове. Това е така, защото предоставят приоритетен достъп до здравни услуги или по-добри условия при болничен престой, рехабилитация, физиотерапия и други медицински грижи, които изрично не попадат в обхвата на основния здравен пакет в дадената страна.

Втората характерна черта според осъществения анализ на прилаганите здравноосигурителни модели в ЕС27 е свързана с необходимостта от функционална симбиоза между задължителна и доброволна осигурителна схема. По този начин не се затруднява достъпът на крайния потребител до здравни услуги поради финансови причини. Функционирането на добре развит доброволен застрахователен сектор допринася за ниските директно заплащани разходи от джоба на домакинствата, но не е възможно да функционира като основна схема за здравеопазване. Тоест може да се заключи, че една от причините за реализиране на адекватно действаща финансова организация на сектора, е наличието на социална и доброволна осигурителна схема, спомагаща в няколко направления- регулиране в публичния сектор чрез регламентиран основен здравен пакет, повишаване на конкуренцията между доставчици на здравни услуги и осигурители и редуциране на директно заплащаните разходи.

Трета характеристика на анализирани функциониращи финансови модели в ЕС е свързана с гарантиране диференциран паричен поток към

здравеопазването. След анализа на държавите-членки с различен финансов модел от прилагания в България става ясно, че средства се набират не само чрез здравна вноска, базирана на индивидуалния доход. В много от случаите се използват местни данъци и такси, допълнителен подоходен данък или карти, осигуряващи елиминиране на различни доплащания в здравния сектор. Следователно е необходимо да се изследва възможността за въвеждане на нов допълнителен приход към основната осигурителна схема в България. Чрез диференциране на паричния поток към здравната система ще бъде наложително да се засили контрола над средствата в сектора. Това означава, че единната регулаторна рамка е релевантно обстоятелство за защитата на интересите на крайния потребител в здравната система.

Четвърта характерна черта на функциониращи финансови модели в ЕС са високите разходите за здраве за болнична медицинска грижа и фармацевтични продукти. За да се предотвратят екстремно високи стойности на този вид здравни разходи, е необходимо да се осъществи анализ на частта от средствата, изразходване на доболнична, болнична, дългосрочна медицински грижи, фармацевтични продукти и превенция. Понижаването на разходите, по което и да е направление, много често е обвързано с реформа в останалите. Решение е възможно да се търси чрез увеличаване на разходите за доболнична медицинска грижа и превенция като очакванията са в близкото бъдеще да се наблюдава понижаване на плащанията за болнична помощ или скъпоструващи медикаменти. Обстойното идентифициране на проблемите при прилагането на различните направления медицинска помощ ще доведе до избор на подходящ набор от стратегически реформи, които да поставят акцент върху ролята на крайния потребител. Според направения анализ на функциониращи модели в ЕС за това съществено спомага въвеждането на е-здравеопазване и телемедицина.

II. ГЛАВА: АНАЛИЗ НА НАСТОЯЩИТЕ ФИНАНСОВИ ПРОБЛЕМИ И ТЕНДЕНЦИИ В ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ

Във втора глава, първа точка от дисертационния труд преди установяване на релевантни финансови проблеми за системата на здравното осигуряване се анализират основните демографски и социалноикономически фактори, влияещи на приходите и разходите за здравни услуги.

Първата група фактори се свързва с влошената демографска ситуация в страната. Основните финансови проблеми произтичат от намаляване на естествения прираст и отрицателна нетна миграция. Според данни на НСИ за периода 2010-2019г броят граждани в България е намален с около 24.41 процентни пункта. Естественият прираст следва отрицателна тенденция за същия период- от минус 4.6 промила на минус 6.7 промила на хиляда души население. (Фигура 2.1 от Приложение 2) Според данни на Евростат България е страната в ЕС с най-нисък коефициент на естествен прираст.³⁷ Друг негативен демографски фактор, допринасящ за бъдеща финансова неустойчивост на модела в ЗО, е застаряването. Според данни на НСИ се установява спад на населението под петнадесет годишна възраст с малко над двадесет и девет процентни пункта.³⁸ За същия период гражданите в нетрудоспособна възраст се увеличават с 22 708 броя. Според данни на НСИ населението в трудоспособна възраст намалява с 2.84 процентни пункта и за последната изследвана година представлява 59.79 процента от населението на България. Данните за групата граждани във възраст над работоспособната варират за изследвания период варират между 22.73 и 24.87 процента от цялото население за страната. В тази връзка аналогично коефициентът на зависимост поради старост³⁹ според данни на Евростат за периода 2010-2019г се повишава от 26.5 на 33.2. За изследвания времеви хоризонт този индикатор за България е над средния за ЕС. През последните три години той се доближава до нивата на същия за Германия.⁴⁰

Сегашната ситуация по отношение на финансирането на здравното осигуряване в страната се усложнява и заради постоянните тенденции за емиграция на лицата под и над 40 години. Фигура 2.2 от Приложение 2 представя, че лицата в трудоспособна възраст напускат страната като броят им се увеличава регулярно с всяка година. За 2019г най-много граждани в трудоспособна възраст са емигрирали.

³⁷ Евростат ; База Данни; Демографски показатели
https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_gind&lang=en [20.08.2020]

³⁸ НСИ Население под, във и над трудоспособна възраст по области, общини и местоживееене
<https://www.nsi.bg/bg/content/13038/население-под-във-и-над-трудоспособна-възраст-по-области-общини-и-местоживееене> [20.08.2020]

³⁹ Коефициентът на зависимост поради старост представлява отношението на относителния дял на хората на 65 и повече години към тези в работоспособна възраст (лицата между 15 и 64 години)

⁴⁰ Евростат Коефициент на зависимост от възраст
<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00198/default/table?lang=en> [2.5.2020]

От 2010г до 2019г броят на емигрантите се е увеличил с малко под четиридесет процентни пункта.

Социално-икономическите фактори също оказват негативно влияние върху финансовия модел на ЗЗО. Въпреки последиците от последната Финансова криза от 2008г и политическата нестабилност по отношение на честата смяна на правителството между 2013г и 2017г се отчита известна последователност по отношение на развитие на вътрешното потребление и засилената външна търговия. Доказателство за това е повишението на реалния БВП и реалните разходи на глава от населението според индивидуално потребление на база данни за ЕС. (Фигура 2.3 и Фигура 2.4 от Приложение 2) За периода 2010-2019г реалният БВП се увеличава с около 34.65 процентни пункта. За сравнение средният за ЕС28 се увеличава за същия период с около 12.27 процентни пункта. Това означава, че икономиката в България се развива в положителна посока с висок темп. Реалните разходи на глава от населението според индивидуалното потребление в страната остават около една втора по-ниски от средните за ЕС28. От 2010 до 2019г те се увеличават с около четиридесет и девет процентни пункта. Същият индикатор за ЕС28 се увеличава с малко над осемнадесет процентни пункта. От 2010г публичните разходи за здравния сектор се увеличават с изпреварващ темп по отношение на нарастването на БВП, като се запазват в диапазон 4.3 до около 8.5 процента за 2019г от БВП. От друга страна средно за ЕС публичните разходи за здравни грижи са около 65 процента, докато за България този показател е 52.1 процента. Това е вторият най-нисък резултат след този на Кипър, където моделът на здравно осигуряване е частен. Изместването на финансовата тежест по отношение на заплащането за здравни услуги от публичния сектор към индивидуални плащания в България, означава, че съществува нарушаване на социалната функция на здравноосигурителния модел в държавата.

Друг фактор, който влияе негативно върху здравноосигурителната система на България, е бедността сред населението. Значителна част от населението живее под прага на бедност или изпитва финансови затруднения, което предопределя трудното или невъзможното заплащане на здравните услуги. Според данни на НСИ относителният дял на лицата с ниски финансови възможности спрямо линията на

бедност от 2014г до 2018г варира между 22.0 и 22.6 процента от населението.⁴¹ Парадоксално е, че в България директните разходи от джоба за здраве на домакинство са най-високите в ЕС. Според данни на ЕК те са около 46.6 процента от текущите годишни разходи за здраве за 2017г, което е около три пъти по-високо от средната стойност за ЕС.⁴² Данните на Евростат сочат, че България е държавата с най-тежка степен на материални лишения на населението над осемнадесет годишна възраст.(Фигура 2.6 от Приложение 2). Стойността на индикатора за България намалява почти двойно за периода 2010-2019г. В сравнение със стойността на индикатора за ЕС28 е в пъти по-висока степента на материални лишения за населението в страната.

Състоянието на работната сила пряко оказва негативно влияние върху финансовия модел на здравното осигуряване в България. Поради влошената демографска ситуация съществува относително постоянен дял на дългосрочната безработица. На фигура 2.7, Приложение 2 се установява висок дял на трайно незаети лица в България, който е над средния за ЕС 28 за периода 2010-2017г. По отношение на общата безработица се бележат добри резултати от 2015г до 2019г. (фигура 2.8, Приложение 2) Това се дължи основно на критичния брой лица в трудоспособна възраст, който често не позволява задоволяване на нуждите на бизнеса от набавяне на работна сила.⁴³

Във втора точка се анализират финансови проблеми и тенденции в системата на задължителното здравно осигуряване. Основен проблем, който допринася за бъдещ финансов дисбаланс в модела на финансиране на ЗЗО, е ограниченото участие на държавата към общия паричен поток за здравеопазване. (Таблица 2.1, Приложение 2) Сумите за здравни услуги, отделяни общините за здравни услуги, се редуцират за периода 2010-2018г с около 10.8 процентни пункта. Почти с толкова са намалени разходите по функция „Здравеопазване“ на МЗ. Следователно може да се заключи, че увеличаването на общите приходи към

⁴¹ НСИ *Индикатори за бедност и социално включване по области* <https://www.nsi.bg/bg/content/8262/индикатори-за-бедност-и-социално-включване-по-области> [4.5.2020]

⁴² ЕС *State of Health in the EU България- Здравен профил на страната 2019г.* https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_bulgaria_bulgarian.pdf [4.5.2020]

⁴³ Агенция по заетостта към Министерство на труда и социалната политика България; *Анкетно проучване на потребностите на работодателите от работна сила 2019-1*; Аналитичен доклад стр. 21 <https://www.az.government.bg/pages/prouchvane-potrebnosti-rabotna-sila-2019-1/> [4.5.2020]

системата на здравеопазването е за сметка на повишаване на разходите на НЗОК. Този факт от една страна се дължи на необосновано прехвърляне на дейностите за сметка на бюджета на единствения здравноосигурителен фонд. В обхвата на основния пакет, определен чрез НРД, НЗОК покрива според Наредба № 8⁴⁴ от 3.11.2016г профилактичните прегледи и диспансеризация. Това влиза в противоречие със задълженията, описани в Конституцията на Р. България по отношение на профилактиката, превенция, промоция и контрола на общественото здраве. Делът на разходите на МЗ за този вид здравни дейности за периода 2010-2019г намалява от 68.2 процента до 19.8 процента от годишния разполагаем бюджет на министерството.⁴⁵

Друг основен проблем за ЗЗО е заложеното обстоятелство държавата да заплаща по-малък обем от средствата към НЗОК за осигурените от нея лица. На фигура 2.9, Приложение 2 се наблюдава тенденция за запазване на сравнително нисък размер на трансфер от републиканския бюджет към приходите на НЗОК. От 2010-2013г размерът на трансфера се запазва в относително еднаква стойност- малко над деветстотин четиридесет и един милиона лева. За 2014г и 2015г увеличението е над 3.6 процентни пункта спрямо 2013г. От 2015г до 2019г размерът на държавния трансфер се повишава с около 42.5 процентни пункта и достига почти 1.4 милиарда лева. Обосновавайки се на статистически данни на НСИ и НОИ (Приложение 3, Таблица 3.1), се установява, че въпреки нарастването на тези средства те не са достатъчни, за да се изпълнява коректно законово поетият ангажимент за здравно осигуряване на две от големите групи осигурени за сметка на държавния бюджет- пенсионери и лица по осемнадесет годишна възраст, неупражняващи трудова дейност. На фигура 2.10, Приложение 2 графично показвам сравнение на стойността на годишните трансфери за здравно осигуряване и съответно стойностите, които би трябвало да се заплащат за най-многобройните групи осигурени за сметка на държавния бюджет, за да се осигури равенство между потребителите по отношение на финансов принос към системата. В случай, че се осигури това равенство чрез регламентирано и обосновано увеличение на държавните трансфери се надвишава изплащаната стойност с от 9.6 до 22.5 процентни пункта през съответните години.

⁴⁴ Министерство на здравеопазването *Наредба № 8 от 3.11.2016г за профилактичните прегледи и диспансеризацията* [https://www.nsoplб.com/uploads/docs/ 8_03112016_23112016 .pdf](https://www.nsoplб.com/uploads/docs/8_03112016_23112016.pdf) [7.5.2020]

⁴⁵ Министерство на здравеопазването *Отчети и доклади* <http://www.mh.government.bg/bg/politiki/otcheti-i-dokladi/> [7.5.2020]

Финансови проблеми в ЗЗО се установяват и по отношение на генерирането на разходи за НЗОК. Допълнително негативно влияние върху управлението на финансите на здравната система оказва фактът, че функциониращият НРД, заедно с приет в Наредба № 9 на Министъра на здравеопазването от 10.12.2019 г.⁴⁶ основен пакет здравни услуги, не са изградени на база актуерна оценка на риска. Методиката за остойностяване на видовете извънболнична, амбулаторна и болнична медицинска помощ не се различават по между си и съдържат основно десет етапа на определяне на обема и стойността на отделните здравни дейности. Методиката не е разработена ясно и в обществено достъпен вид. Това води до съмнения по отношение на начина на изразходване на публичния ресурс. Пакетът от медицински услуги се разширява ежегодно и все пак не се задоволяват нарастващите нужди от здравеопазване за населението.

Затруднената функция на здравноосигурителния сектор се свързва с регулярно увеличаващите се разходи за болнична медицинска помощ. През 2008г при финансов механизъм за разплащане с болничните заведения се въвежда регламент за делегирани бюджети. При неговото стартиране се взимат предвид разходите за болниците през предходните две години и се осъществява на база средноаритметичен резултат. Така се ощетява функционирането на новорегистрираните болници и се създава финансов стимул за лечебни заведения с лоша финансова политика до този период. МЗ въвежда няколко реформи с цел редуциране на болничната задлъжнялост чрез въвеждане на задължителна тримесечна отчетност, следване на бизнес план и чрез № 5 от 17.06.2019г утвърдени стандарти за финансова дейност.⁴⁷ Към момента публикуването на актуална отчетност на лечебните заведения не се осъществява, което затруднява оценяването на ефективността от въпросните реформи.

⁴⁶ НЗОК [НАРЕДБА № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса](https://www.nhif.bg/page/67) <https://www.nhif.bg/page/67> [9.5.2020]

⁴⁷ МЗ, [Стандарт за финансово управление на държавните лечебни заведения- търговски дружества.](http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2018/03/30/standart_za_upravlenie_na_lzbp_1.pdf) http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2018/03/30/standart_za_upravlenie_na_lzbp_1.pdf [28.04.2018]

НЗОК [Политики Стандарти за финансова дейности, прилагани от държавните и общински лечебни заведения; Наредба № 5 от 17.06.2019г. за утвърждаване на стандарти за финансова дейност, прилагани от държавни и общински лечебни заведения за болнична помощ и комплексни онкологични центрове.](http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2019/06/28/naredba_5_ot_17_iuni_2019_g.pdf) http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2019/06/28/naredba_5_ot_17_iuni_2019_g.pdf [10.5.2020]

По отношение на ЗЗО разходите за болнична медицинска помощ представляват повече от половината от ежегодните приходи към бюджета на НЗОК. Темповете на нарастване на болничните разходи е бърз- от 2010-2017г те са се повишили с около 32.57 процентни пункта или това е малко над шестстотин милиона лева. Друг проблем е установеният висок брой хоспитализации на година в България, изпреварващ броя на същите в някои държави-членки като Белгия, Швеция и Чехия, чието население е над десет милиона души. (Фигура 3.1, Приложение 3) Според последно публикувани данни през 2019г на НСИ за броя на хоспитализирани случаи в стационарите на лечебни заведения за периода 2010-2018г се отчита ръст от 25.27 процентни пункта. Друг безспорен факт е, че болничният капацитет в България значително надвишава средния за ЕС. Въпреки предприети мерки в посока редуциране на броя на леглата в лечебните заведения чрез две Здравни карти, не се осъществява значителен напредък. На фигура 3.2, Приложение 3 са показани измененията в броя на леглата в лечебни заведения за болнична и извънболнична медицинска помощ. За периода 2010-2018г леглата в болниците са се повишили с малко над четири процентни пункта.

Още един фактор влияе негативно при финансиране на болнична медицинска помощ. Съществуват множество негативи, свързани с начина на заплащане чрез клинични пътеки (КП). Те създават предпоставки за системна хоспитализация, неправомерно усвояване на средства от НЗОК за заболявания, за които няма КП и неточно статистическо отчитане. КП също не дават възможности за сравнение между отделните болници и измерване на разходната ефективност на здравната структура. (Делчева, 2006, с:165-166)⁴⁸ С помощта на SPSS реализирам прогноза за среден разход по КП на НЗОК при запазване на сегашния модел на финансиране на болничните заведения в страната. От 2010г до 2018г средният разход за лечение на болен по КП се е увеличил с малко над петдесет и два процентни пункта (Фигура 3.3., Приложение 3). За следващата година с вероятност деветдесет и пет процента е възможно разходите да възлизат на малко над осемстотин и двадесет лева, а за 2020г около осемстотин петдесет и пет лева. Бързото нарастване на стойностите за разходи по КП предопределя високата задлъжнялост на общинските и държавни

⁴⁸ Делчева, Е. „Управление на здравето осигуряване”, Университетско издателство „Стопанство”, София, 2006., стр.165-166

лечебни заведения. Тя нараства с малко над 42.2 процентни пункта за периода 2010-2018г.

Затруднения по отношение на финансовата дисциплина на лечебните заведения се дължи на това, че голяма част от разходите не зависи от броя на потребителите и ефективно измерими резултати. Към днешна дата разходите за заплати и осигуровки на медицинския персонал са малко над шестдесет процента от всички разходи, а тези за лекарства и консумативи са близо тридесет процента. (Фигура 3.5, Приложение 3) Това обособява и друга причина за затрудненото ефективно функциониране на системата- различните цени за материали и услуги, които декларират болниците. Ако се приемат като референтни цените от Позитивния лекарствен списък, по който НЗОК изкупува лекарствени продукти се установяват множество нарушения. Според извършена проверка на МЗ през 2017г в шестдесет и две лечебни заведения се установява, че се снабдяват с фармацевтични продукти по цени по-високи от тези, заложи в Позитивния лекарствен списък. Това е една от причините за генериране на загуби за тридесет лечебни заведения. Съответно се създават условия и за непрекъснато увеличаване на разходите за лекарствени продукти от бюджета на НЗОК- за периода 2010-2020г ръстът за този вид разход е с над един милиард лева или това е увеличение с над четири пъти. (Фигура 3.7, Приложение 3) Това основно се отдава и на факта, че от 2012г много от плащанията за лекарства се прехвърлят от обхвата на функциите и дейностите на МЗ към бюджета на НЗОК.⁴⁹

В трета точка от Втора глава на дисертационния труд се анализират проблеми и тенденциите в доброволното здравно осигуряване в България. Според данни на ОИСР, СЗО и Евростат в ЕС около пет процента от текущите разходи за здраве се покриват от приходите по ЧЗЗ. В държави като Франция и Словения същият показател е около петнадесет процента, а в България и Румъния е под един процент.⁵⁰ Този показател е една от причините за изоставане на българската здравноосигурителна система от световните тенденции за увеличаване на значението на алтернативни схеми за финансиране на здравеопазването. Причини за това могат

⁴⁹ Министерство на финансите Доклад за отчет за изпълнението на държавния бюджет на Република България 2012 <https://www.minfin.bg/bg/690> [15.5.2020]

⁵⁰ ОИСР, ЕК, доклад "Здравето от пръв поглед: Европа", стр. 124 https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/health_glance_2016_rep_en.pdf [11.06.2018]

да се търсят в сравнително ниските възнаграждения в България спрямо други държави-членки на ЕС. (Фигури 3.11 и 3.13, Приложение 3) Основните часови разходи за заплати и надници през 2017 и 2019г в България са над четири пъти по-ниски от средните за ЕС. Предвид очакванията за утежнена икономическа ситуация с появата на пандемия от COVID-19 и база твърдения на учени като Карутен е логично средствата, които се отделят по правителствени схеми, да се увеличават, а тези по доброволни да се редуцират. В тази връзка изготвих авторска прогноза за разпределението на относителни стойности на разходите за здравеопазване за 2020г. От фигура 3.12, Приложение 3 се установява, че е възможно понижението на разходите за доброволно здравно осигуряване да варира между три до пет процентни пункта за всяка страна в ЕС. За сметка на това се очаква РССС да се увеличат с над шест процентни пункта. Следователно необходимостта от развитие на пазара за доброволни частни застраховки в ЕС е обозрима. Високите разходи от джоба, до които е възможно да доведе непредвидимо събитие като масова пандемия, могат да се ограничат при провеждане на политики за финансова устойчивост на здравноосигурителния сектор чрез увеличаване на финансовия принос в частното здравно застраховане на отделните единици потребители.

Друг проблем, който не стимулира физическите лица в България да сключат застрахователни договори за ЧЗЗ е регулярното разширение на обхвата на основния здравен пакет услуги. Той претърпява седем пъти промени през последните десет години. На практика се създават затруднения у крайния потребител да разграничи ясно какви здравни услуги влизат в обхвата на ЗЗО и ЧЗЗ. Липсата на адекватни данъчни облекчения също затрудняват развитието на доброволното здравно осигуряване. Предвид ниския размер на данъчните облекчения в страната малкият и среден бизнес не са достатъчно заинтересувани от сключване на полици за доброволно здравно застраховане.

В четвърта точка от Втора глава на дисертационния труд се анализират проблеми, които оказват влияние върху модела на финансиране на здравното осигуряване в България, но не са пряко зависими от промени във финансовия механизъм на сектора. Един от тези проблеми е осигуреността с работна сила в сектора. Според данни на ЕК в България се наблюдава добра осигуреност с лекари на глава от населението, която се доближава до тази на Германия. Осигуреността с

практикуващи медици на хиляда души население е около 4.3 за България при средно за ЕС около 3.6 към 2017г.⁵¹ На фигура 3.15 от Приложение 3 представям данни за броя на лекарите и ОПЛ за периода от 2010 до 2020г като за последните две години се използва статистически софтуер за изготвяне на прогнозни стойности. Според експертите към ЕК броят на ОПЛ е важен за развитието на здравноосигурителния сектор, защото те действат като пазач за здравната система. Докато на фигурата е възможно да се отчете ръст на броя практикуващи лекари, същото не може да се твърди за броя на ОПЛ към 2020г. От 2010г до 2018г ръстът на броя практикуващи медици по данни на НСИ в страната е около шест процентни пункта. Според прогнозата се очаква тази тенденция за увеличаване на показателя да достигне малко над 8.5 процентни пункта. От данни на НСИ броят на медицинските сестри също е с тенденция за намаляване за официално публикуваните данни. Понижението от 2010 до 2018г е с малко под четири процентни пункта като достигат 30 589 броя в края на периода.⁵² Това означава, че съвкупността от медицинските сестри в България надвишава общия брой на практикуващите лекари в страната. По отношение на разпределението на броя на медицинските лица на хиляда души е възможно да установят деформации. (Фигура 3.16 а) и б), Приложение 3)

Друг проблем, който затруднява финансовата отчетност и регулация е липсата на единна информационна система в България. По този начин се пропускат множество ползи от въвеждането на е-здравеопазването. Според Айзенбах (2001) въвеждането на информационна електронизация в системата на здравното осигуряване е един от механизмите за повишаване на ефективността на здравноосигурителния модел като подобряване на достъпа, обхватността и качеството на предлаганите услуги.⁵³ Башур, Шанън, Крупински и Григсби (2013) защитават тезата, че положителното влияние на информационните и комуникационни технологии е доказано почти за всички подразделения на здравната грижа.⁵⁴ Маклийн

⁵¹ ЕК State of Health България-Здравен профил 2019 стр.12 https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_bulgaria_bulgarian.pdf [15.05.2020]

⁵² НСИ Медицински специалисти по „Здравни грижи“ в лечебните и здравните заведения към 31.12 за периода 2010-2018г по статистически райони и области <https://www.nsi.bg/bg/content/3320/> [21.05.2020]

⁵³ Eysenbach G., *What is e-health?* *Journal of Medical Internet Research*, 2001, <https://asset.jmir.pub/assets/1dc33c5005e04b924d3a6b1bf76e6fe3.pdf> [27.08.2018]

⁵⁴ Bashshur RL, Shannon G, Krupinski EA, Grigsby J., *Sustaining and realizing the promise of telemedicine.* *Telemed J E Health.*; 2013 19(5):339-345. doi: 10.1089/tmj.2012.0282. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3632093/> [27.08.2018]

и колектив (2013) потвърждават голяма част от ползите от въвеждане на е-здравеопазване като намаляване на сроковете за диагностициране, подобряване на социалния характер на здравноосигурителната система чрез засилване на равнопоставения достъп и повишаване на удовлетворението на крайния потребител от системата.⁵⁵ Въпреки всички тези твърдения съм на мнение, че е необходим анализ преди въвеждането на е-здравеопазване във всяка държава. Това ще доведе до изясняване за обществото на основната цел, механизмите на функциониране на този вид електронизация. Популяризиране на подобен вид проекти се реализира на първо място чрез разясняване за финансовите аспекти на бъдещата му реализация, които включват информация не само за ползите, но и за разходите.

В пета точка към Втора глава е представен примерен модел за оценка на ефективността на съществуващите здравноосигурителни модели в ЕС. Изследването на ефективността на дадена здравна система е от значение, за да се изберат приложими финансови практики по отношение на предложенията за реформи в сектора в България. По примера на изследвания като Оценка на СЗО за здравни системи, Индекс на европейски здравен потребител и Класация за ефективност на здравноосигурителните системи на Блумбърг⁵⁶ в подточка 5.1 представям методология на примерния модел за оценка. При създаването на формулата за оценка на функциониране на модела се водят от няколко основни принципа: разделяне на приходния поток към здравноосигурителни системи на правителствени или още задължителни, доброволни здравноосигурителни схеми и директно заплащани разходи за здраве от джоба на потребителя, стандартен индекс за ефективност на разходите (CEA) и прилагане на универсално здравно покритие. Предложената формула е в следния вид:

$$Ind_{eff} = 0,2a_{le} + 0,3c_{st} + 0,3c_v - 0,2c_{oop} + 0,4 \sqrt{che/gdp}$$

⁵⁵ McLean S, Sheikh A, Cresswell K, Nurmatov U, Mukherjee M, Hemmi A, Pagliari C., 2013. *The impact of telehealthcare on the quality and safety of care: A systematic overview*, 2013, <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0071238> [28.08.2018]

⁵⁶ СЗО, Оценка на здравните системи https://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/en/ [17.12.2019]

Доклад Европейски потребителски здравен индекс, 2018 <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf> pp 29-30 [10.01.2020]

Bloomberg, These are the Economies with the most (and least) Efficient Health Care , 09.2018 <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top> [20.01.2020]

Където:

- *a_{le}*: средна продължителност на живот;
- *c_{st}*: Разходи за здраве на глава от населението по държавни схеми за финансиране и задължителни здравноосигурителни схеми;
- *c_v*: Разходи за здраве на глава от населението от доброволни схеми за здравно застраховане;
- *c_{oop}*: Директно заплащани от джоба разходи за здраве на глава от населението;
- *che*: Разходи за здраве на глава от населението;
- *gdp*: БВП на глава от населението.

Всички компоненти от формулата са приравнени към единица. Последваща е обосновка за причините по залагане на отделните променливи и собствените им тегла. Анализ на резултатите се представя в табличен вид в Приложение 4 към дисертационния труд. Обхваща се периода 2010-2020г. Тъй като официалните данни за здравни разходи, публикувани от Евростат са до 2017г, се изпълнява прогнозиране на данните за следващите три години с помощта на статистически софтуер. Според заложената методология единадесетте броя класации ясно отразяват кои страни преминават прага от хиляда точки. Основен факт, който трябва да се отбележи, е, че при повечето държави се установява напредък по отношение на ефективността на финансовия здравноосигурителен модел. За периода от 2010-2017г титуляр в класирането е Люксембург. През следващите три изследвани години първото място се заема от Швеция. България остава на последна позиция за периода 2012-2020г като тенденциозно влошава своя резултат. Страната започва със запас от 56.059 точки и през годините намалява своя резултат с малко над 17.45 точки. До 2014г включително в класацията държавите с изключително висок резултат- над хиляда точки, варират между три и четири държави. От 2015г до 2020г държавите-членки на ЕС, преминали условната граница на изследването, се увеличават от пет до седем броя. Сред тях са Швеция, Люксембург, Дания, Германия, Ирландия, Франция и Нидерландия. Следователно добри резултати дават здравноосигурителни системи, базирани на данъчно финансирани здравни модели или системи със здравно социално осигуряване. В тези страни текущите разходи за здраве варират между дванадесет до

петнадесет процента от годишния БВП. В последващите редове на съответната подточка анализирам заложените реформи в здравноосигурителните системи в Люксембург, Швеция, Нидерландия и Франция, защото за останалите е представена подробна информация в Първа глава на дисертационния труд. По този начин целя да обособя подходящи практики, които е възможно да се приложат като насоки за усъвършенстване на финансовия здравноосигурителен механизъм в България.

Основните изводи от Втора гласа са следните:

При анализа на проблемите и тенденциите на финансовия модел в здравноосигурителния сектор в България е възможно да се изведат няколко важни заключения. Едно от тях е, че усложнената финансова ситуация в здравеопазването се обособява от демографски и социалноикономически фактори. Те оказват значение по отношение на слабо развития доброволен втори стълб на здравно осигуряване в страната. Бързите темпове на застаряване на населението, намаляването на лицата в трудоспособна възраст и завишените нива на миграция са едни от причините за формиране на високи разходи за задължителното здравно осигуряване. Следователно не се акумулират високи приходи от здравноосигурителните вноски за задоволяване на годишните текущите разходи.

По отношение на икономическото развитие в България се наблюдават положителни резултати. Това е възможно да даде основа за цялостна реформа в модела на финансиране на здравното осигуряване. Отчита се увеличаване на реалния БВП на глава на населението и съответно повишаване на разходите на глава от населението според индивидуалното потребление. Състоянието на работната сила също е с положителна тенденция на развитие като се установява понижена дългосрочна безработица. Безработицата е ниска и в процентно съотношение за населението в трудоспособна възраст. Следователно е възможно да се предприемат стъпки за промяна в модела на здравното осигуряване, тъй като икономическата обстановка в анализирания период е подобрена значително. Въпреки това опасността от COVID-19 към днешна дата създава предпоставка за развитие на тежка икономическа криза в ЕС. Това ще окаже негативно влияние върху финансовата стабилизация в здравния сектор. В момент на масова пандемия той е основно натоварен с ролята да опази всеобщото здраве. Заради въведените множество мерки за социална дистанция и съответно поставяне на определени сектори в застой, се

очаква да се понижи платежоспособността на гражданите. Логично е последващо редуциране на основни икономически индикатори. От анализа за демографските и икономическите фактори следователно се заключава, че въвеждането на реновиране на финансовия модел в здравноосигурителния сектор е необходимо да бъде обосновано и съобразено с условията на настоящето. По този начин ще се гарантира успешна финансова стабилизация в здравното осигуряване и следователно повишаване на качеството, ефективността и удовлетвореността на крайния потребител.

Финансовите проблеми и тенденции в системата на Задължителното здравно осигуряване се обособяват от затруднение на акумулиране на паричен поток към бюджета на НЗОК и съответно регистрираните регулярно нарастващи разходи за здравни услуги. Необосновано намаленото участие на държавата към финансиране на общите здравни разходи и прехвърлянето на дейности за сметка на бюджета на НЗОК като профилактика и диспансеризация влошава финансовото състояние на ЗЗО. Избягвайки отговорности и задълженията по здравни социални дейности, държавата създава предпоставка за прекомерна финансова тежест към бюджета на единствения здравноосигурителен фонд в страната. Към днешна дата страната заплаща по-малък обем от средствата към НЗОК за осигурените от нея лица. Това дестабилизира приходите към фонда и обособява неравенство в участието сред гражданите. Причина за финансовите проблеми и тенденции при генерирането на разходи за НЗОК е възможно да се потърси в честите промени на обхвата на основния здравен пакет услуги, който не се изгражда на база актюерска оценка на риска. Тенденцията за ежегодно високи по размер плащания към болничния сектор обуславя проблеми в развитието на доболничната медицинска помощ. Високият брой хоспитализации над средния за ЕС, прекомерната осигуреност с леглова база и непропорционалното им разпределение по региони са доказателство за затруднения в организирането на болничния сектор. Те съответно водят до финансови проблеми в ЗЗО и са една от причината за регулярно регистрираната висока болнична задлъжнялост през годините. Заплащането между фонда и лечебните заведения е на база КП. Този начин на разплащане с доставчиците на здравни услуги през последните години се доказва като икономически неефективен, тъй като стойността на средните разходи за преминало лечение лице се увеличава за периода 2010-2020г с над шестдесет процентни пункта. Този факт означава, че системата на ЗЗО е изправена пред

финансови предизвикателства, с които няма да може да се справи, ако не се премине към алтернативен начин на заплащане към болничните заведения. Друг проблем за системата на ЗЗО са регулярно увеличаващите се разходи за фармацевтични продукти. По това направление за изразходване на публичен ресурс са направени стъпки към регулирането и контролирането на подписването на договори за доставка на скъпоструващи лекарства. В хода на времето предстои да се установи дали заложените регламенти и нормативни документи са успешно приложими. Тенденцията за редуциране на годишните разходи за превенция и профилактика застрашава устойчивостта не само на финансовия модел в ЗЗО, но и на общественото здраве в България.

По отношение на проблемите и тенденциите в развитието на доброволното здравно осигуряване се установяват следните изводи. Към момента около пет процента средно за ЕС от годишните текущи здравни разходи се покриват от приходите на доброволните схеми в сектора. В България тези приходи представляват под един процент от годишните разходи за здраве. На база реализирания анализ в трета глава към дисертационния труд се заключава положителна тенденция за увеличаване на brutния премиен приход и brutните обезщетения по застраховка „Заболяване“. Този факт към момента е недостатъчен за обособяване на съществена роля във финансовия механизъм на здравноосигурителния сектор в България. Страната изостава от европейските тенденции за увеличаване на значението на частния застрахователен сектор във финансиране на здравеопазването. Едни от причините за това са сравнително ниските доходи на населението за ЕС, ниските данъчни облекчения и липсата на стимул за лицата да сключват здравни застрахователни полици заради регулярно увеличаващия се основен здравен пакет към НРД.

Функционирането на финансовия модел на здравно осигуряване в България се затруднява и поради проблеми с осигуряването на здравна работна сила в сектора. Съществува регионална диспропорция на разпределението на лекари и медицински сестри. Тенденцията за намаляване на броя на ОПЛ задава предпоставка за лесен достъп до здравни специалисти. Това понижава ролята на лекарите по обща медицина като пазачи на здравната система. Липсата на единна електронна здравна система също оказва негативно влияние върху финансирането на здравното

осигуряване в България. Без систематизиране на база данни за потребителите на сектора и обстоен анализ на приложените във времето лечения е невъзможно да се следи актуалният здравен статус на обществото. Същевременно липсата на е-здравеопазване дава повече предпоставки за увеличаване на симулативното търсене на здравни услуги в страната и други нерегламентирани финансови практики, водещи до прекомерното изразходване на публичен ресурс. Последните два проблема доказаха уязвимостта на финансовия модел на здравеопазване пред опасността от масова пандемия. Предвид неяснотата с начина на протичане на пандемията от корона вирус в ЕС е задължително да се предприемат реформи в модела на финансиране на здравното осигуряване. С приоритет е разрешаването или облекчаването на негативното влияние на анализирани финансови проблеми и тенденции. По този начин е възможно да се гарантира финансовата стабилизация на здравноосигурителния сектор в България.

По отношение на изследваната ефективност на финансовия модел в здравноосигурителните сектори на страните-членки на ЕС27 е възможно да се направят изводи за предприетите реформи в отговор на повишените нужди от здравни услуги. За да функционира сравнително финансово ефективно дадена здравноосигурителна система, е необходимо акумулиране на достатъчен паричен поток. В тази връзка разходите за здраве в добре развитите икономически страни-членки варират между дванадесет до петнадесет процента от годишния БВП. Това е валидно за държавите, постигащи резултати, които превишават заложения праг от хиляда точки според примерния авторски модел за оценка на ефективността на здравноосигурителния финансов модел. Основно висок дял от разходите за здраве се отделя в две направления- болнична медицинска помощ и фармацевтични продукти. В стремежа за редуциране на отделяните средства за болнична помощ се реализират реформи, касаещи превенцията и повишаване на функционалната роля на доболничната медицинска помощ. Следователно се приемат стратегии за промоция и превенция на общественото здраве. На ОПЛ се осигуряват условия да изпълняват ефективно ролята си на пазач за здравния сектор. Медиците биват стимулирани не само с повишаване на възнагражденията, но се наблюдава тенденция за облекчаване на административната работа и въвеждане на нови професии, подпомагащи тяхната дейност. В страните-членки с функциониращ финансово адекватен здравноосигурителен модел се отчита висок принос на доброволните здравни

застрахователни схеми. Създават се условия за конкуренция между частните дружества и разширяване на застрахователния обхват до осигуряване на фармация, медицински изделия, транспорт, психиатрична и дентална медицинска помощ. По този начин се създава стимул на лицата да вземат активно участие в доброволните здравноосигурителни схеми и следователно да се допринесе за финансова устойчивост на съответната здравна система.

С цел понижаване на регулярно увеличаващите разходи за фармацевтични продукти в държавите се предприемат политики за установяване на ролята на генерици. Съществуват и междудържавни обединения, чиято цел е анализ на пазарните стойности на лекарствени продукти и стремеж към постигане на унифицирани референтни стойности, както и защита на крайния потребител. По отношение на предприетите реформи във финансовата схема на болничната медицинска помощ предпочитана схема за заплащане между фондове и лечебни заведения са ДСГ. Този метод гарантира заплащане за ефективно постигнати резултати при лечение и понижава симулативното търсене в сектора. Финансовият модел на здравеопазване в държавите с добри резултати според заложената примерна методология за оценка на ефективността не е възможно да функционира адекватно без е-здравеопазване. Именно в тази насока са насочени последните реформи в анализирани здравноосигурителни системи.

III. ГЛАВА: НАСОКИ ЗА УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА МОДЕЛА НА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ

В Трета глава предлагам насоки за усъвършенстване на модела на финансиране на здравето осигуряване в България като се проследява техния ефект за периода 2020-2025г.

В първата точка съответно осъществявам прогноза за основните демографски и икономически детерминанти, влияещи на разработването на сценарий за промяна на финансовия модел на сектора в България. Тъй като финансовата устойчивост на всяка система зависи от размера на паричния поток, в тази точка реализирам прогнози за броя единици осигурени лица., нивата на миграция, естествен прираст, коефициент на възрастова зависимост, смъртност и брой живи раждания. При изготвяне на съответните изчисления се използва статистически софтуер, база

данни и прогнози на ЕК, Световната банка и ОИСР за 2020 и 2021г като така се достига до максимално близки резултати.

По отношение на икономическите детерминанти реализирам прогнози, за тези които влияят пряко върху формирането на работната сила в страната. Нивото на заетост е важна детерминанта при съставяне на сценарии за промяна на модела. Дългосрочната безработица в страната се очаква в средносрочен хоризонт да запази тенденция за по-ниски нива от тези в други страни-членки на ЕС28. До 2025г очакванията са дългосрочната безработица и съответно общата безработица да достигне до 3.84 и 5.5 процента от лицата в активна трудоспособна възраст. Съответно коефициентът на заетост се прогнозира да бъде в края на изследвания хоризонт 59.22 процента.

Сравнително стабилното състояние на заетостта в държавата се повлиява основно от икономически детерминанти като реален ръст на БВП, размер на БВП на глава от населението и нива на инфлация. Прогнозата до 2025г е БВП на глава от населението да се увеличи до около 13 790 лева. От 2010г до 2019г БВП на лице в СПС спрямо средното ниво за ЕС според данни на Евростат нараства с около 7.2 процентни пункта. Очакванията са до 2025г този индикатор да се повиши с над 4.5 процентни пункта, но този резултат изостава от заложената цел в Национална програма за развитие България 2030.⁵⁷

За 2024г и 2025г се прогнозира покачване на ИПЦ в здравеопазването и достигане на нива над 4.5 процента спрямо предходната година. Друга величина, от която зависят приходите към здравноосигурителния сектор, е размерът на доходите. В подточката е реализиран анализ относно развитието на минималния и максималния осигурителен доход за прогнозния хоризонт на дисертационния труд. От 2010г до 2019г средното трудово възнаграждение се е увеличило почти двойно- от 645.42 лева до 1257 лева. За 2020г очакванията са да надвиши хиляда и триста лева, а според авторски изчисления ще превиши малко над хиляда и шестстотин лева. Нарастването на възнагражденията оказва слабо положително влияние в посока намаляване на лицата в риск от бедност или социално изключване. До 2025г с бавен темп на

⁵⁷ Министерство на финансите *Програма за развитие България 2030* стр.4 <https://www.minfin.bg/bg/1394> [12.06.2020]

редуциране съответният индикатор се очаква да обхване около една трета от населението. Всички графични изображения, показващи развитието на прогнозираните демографски и икономически детерминанти, се намират в Приложение 5 към дисертационния труд.

Във втора точка на Трета глава се представят три сценария за развитие на финансовия модел на здравно осигуряване в България в средносрочен прогнозен хоризонт от 2020г до 2025г.

В сценарий А запазвам размера на задължителната здравноосигурителна вноска от осем процента върху трудовите възнаграждения на осигурено лице. Прогнозата за приходите е съобразена с развитието на общия брой на населението и възрастовата структура по отношение на трудоспособност. Основното заложено предложение за промяна на приходния състав на задължителното здравно осигуряване се състои в повишаване на размера на трансферите за здравно осигуряване към бюджета на НЗОК. Насоката обхваща увеличаване на размера на здравноосигурителните вноски за пенсионери и лица до осемнадесет годишна възраст, така че да се подsigури равенство по отношение на финансовото участие на всички групи осигурени. За пенсионери условието е да се завиши до осем процента осигурителното плащане за сметка на Републиканския бюджет. За малолетни и непълнолетни без трудови правоотношения след четиринадесет годишна възраст, насоката е за повишаване на ежемесечния размер на осигурителната вноска до този, изчислен на база минималната работна заплата за съответната година. В симулативен сценарий А не се предвиждат промени по отношение на доброволното здравно застраховане. Последващи са изчисления по отношение на приходите и разходите за двата стълба на здравното осигуряване в България като допълнително се реализира съотношението на публични-частни разходи за здраве като процент от текущите разходи за здраве, размер на болнична медицинска помощ и за лекарствени продукти от бюджета на НЗОК с абсолютна и относителна стойност и прогноза за относителния размер на публичните разходи за здраве от размера на БВП за изследвания хоризонт.

В разработването на симулативен сценарий Б залагам няколко важни за развитието на всяка здравноосигурителна система предпоставки: децентрализация и въвеждане на конкуренция между здравноосигурителни каси. Системата отново се предвижда да функционира на база модел от два основни стълба- задължително

здравно осигуряване и доброволно здравно застраховане. Запазва се и основният принцип на солидарност и социален консенсус между поколенията. Основно се цели подобряване на финансовата ефективност в сектора и чрез децентрализацията да се реализира и по-добра отчетност и контрол при изразходване на публичен ресурс. По отношение на стъпка към облекчаване на разходния механизъм основната насока, която предлагам, е въвеждане на е-здравеопазване. С помощта на социален анализ разходи-ползи се доказва финансовият ефект върху размера на директно заплащаните разходи за здраве от осигурените лица. Чрез учредяване на районни здравноосигурителни каси се дава предпоставка за локализиране на финансовите затруднения в здравния сектор и създаване на достатъчна база за статистически данни по отношение на нуждите на населението, качеството и размера на реализираните услуги на закупени лекарствени продукти. По този начин ще бъде възможно предлагане на адекватни политики и инвестиции в сектора, водещи до адекватно функциониране на здравния модел в страната и поставяне на осигуреното лице в центъра.

Основният организационен механизъм при сценарий Б се състои в следните стъпки:

- Въвеждане на шест на брой Районни здравноосигурителни каси съвпадащи по брой с географските райони в България- Северозападен, Североизточен, Северен централен, Югоизточен, Югозападен и Южен централен район. НЗОК ще акумулира приходи и разходи за нуждите на осигурените за сметка на държавния бюджет групи лица. Районните здравноосигурителни каси ще има обхват над лицата, които са самоосигуряващи се или такива, осигурявани от работодатели. По отношение на осигурителната дейност предложението ми е НЗОК да запази функционалност над първичната извънболнична помощ, специализираната извънболнична помощ (вкл. за комплексно диспансерно /амбулаторно наблюдение), денталната помощ и диагностичната дейност за всички граждани. Аргументация за това е възможно да се търси в препоръките на ЕК и ОИСР за развитие на доболничната медицинска помощ като възможност за бъдещо подобрене на здравноосигурителния сектор в страната по отношение на финансовата стабилност. Оставайки в обхвата на НЗОК на този вид здравни услуги, е целесъобразно да се приложи национална стратегия за развитие на профилактичните дейности- в това число по-ефективно ранно диагностициране и

развитие на доболничната медицинска помощ в контекста на новите технологии. Чрез учредяване на нови фондове ще се въведе конкуренция по отношение на сравнително високите за настоящия бюджет на НЗОК разходи- болнична помощ и плащания за лекарствени продукти. Попадайки в обхвата на Районни здравноосигурителни каси, се очаква повишаване на ефективността на контрола над изразходване на съответния публичен ресурс.

- Задължителната здравноосигурителната вноска се препоръчва да достигне за целите на симулативния сценарий размер от десет процента върху осигурителния доход. Осемдесет процента от събраната вноска ще се пренасочва към съответната районна каса, а двадесет процента от нея ще бъде за бюджета на НЗОК. По този начин се запазва солидарният характер и остава действащ негласният социален договор между поколенията. Чрез въвеждане на здравни каси на регионален принцип се избягва селективният подбор на населението на основата на здравен статус или възраст. Тъй като РЗОК получават през последните години възможност да договарят и сключват договори за лекарствени продукти, считам, че съвместната им работа с районна здравна каса ще бъде функционално подобрена.

- Запазва се функцията на НАП за събиране и ежемесечно пренасочване на приходите по здравноосигурителните вноски към съответните здравни каси.

- Заплащането на разходи за болнична помощ, която е реализирана извън обхвата на районна здравноосигурителна каса, ще бъде извършвано от осигурителния фонд на лицето. Това би увеличило административните разходи в сектора, но съществено ще подобри отчетността и анализирането на причината за получаване на здравни услуги извън съответния район. Така би се изготвила стратегия за реалното задоволяване на нуждите на населението на географски принцип за цялата страна. Съответно ще се търси практическо решение на проблема с излишната леглова база на места и липсата на достъп до специализирана здравна грижа.

- НЗОК и районните фондове ще могат да договарят пряко предоставянето на здравни услуги с доставчиците на здравни услуги като се поставят с еднаква тежест националните и регионалните критерии. За даден вид специализирана здравна услуга районната каса, спазвайки условие за определен брой потребители в обхвата на съответния фонд, ще може да сключва договор за услуги с

лечебно заведение извън нейния географски обхват на база референтни цени, установени от НЗОК. Пример са центрове за хемодиализа, хематологични лечебни заведения и др.

- Управлението на финансовия ресурс от акумулирани задължителни здравни вноски и трансфери от републиканския бюджет е предвидено да бъде в обхвата на съответния осигурителен фонд. Пренасоченият паричен поток ще се използва за съответно здравноосигурителни плащания и административни разходи. При реализиране на печалба законово установена част от нея ще се изразходва за модернизация на материалната база и стратегия за подsigуряване на районите със определен брой специалисти и здравни специалисти. По този начин се цели създаване на модерна среда за развитие на здравни услуги и технологии, както и активно съдействие с висшите учебни заведения по медицина в страната.

- При децентрализация на задължителния здравноосигурителен модел е наложително учредяването на гаранционен фонд. Той е възможно да се формира от средства, които да се наберат от здравноосигурителни вноски в годината преди въвеждане на обновения осигурителен механизъм в сектора. Следователно решението за реновиране на финансовия модел за здравното осигуряване в страната е необходимо да бъде внимателно премислено действие и да се подкрепи от междинен етап за подготовка по отношение на стартиране на нововъденията. Средствата от гаранционния фонд е възможно да се използват при недостиг за здравноосигурителни плащания от районните каси. За целта е наложително въвеждането на законова рамка за регламентиране на условията и реда за достъп до средствата от гаранционния фонд. Използването на ресурса трябва да се обвърже с правила за бъдещо подобряване на разходната политика на съответния фонд и следователно изграждане на схема за възстановяване на употребения ресурс.

Последващи са изчисления за приходната и разходната част на НЗОК и районните здравноосигурителни каси. За коректното изчисление на разходите за болнична помощ и лекарствени продукти, се реализира прогноза за средна стойност на КП и за лекарствени продукти до 2025г. Отчитам подробно и по какъв начин повлиява въвеждане на е-здравеопазване като се осъществява анализ разходи и ползи от въвеждане на единна информационна система. E-health е възможно да повлияе положително върху размера на директните плащания. Това се показва графично чрез

съотношение на публични към директно заплащани разходи към общите такива за здраве.

Симулативен сценарий В за развитие на здравноосигурителния модел по отношение на акумулиране на финансов ресурс представлява радикално предложение за промяна. Основната насока в сценария е да се заложи три стълба на осигуряване. Първият стълб е задължително здравно осигуряване с единствен осигурителен фонд- НЗОК. Вторият стълб е допълнително задължително здравно осигуряване. Третият стълб е доброволното здравно застраховане. Преди реализиране симулацията за втория стълб е необходимо да се изяснят и други предложения за насоки, касаещи организацията на осигурителния модел. Моделът предвижда да се запази годишното определяне на цени, количества здравни услуги и фармацевтични продукти в национален рамков договор.

При преговорите е необходимо да присъстват с право на глас застрахователни компании. Те ще бъдат задължени да се присъединяват към договорите на НЗОК с доставчиците на здравни услуги като се придържат към общите условия на сключения годишен НРД. Задължителната здравноосигурителна вноска е десет процента върху осигурителния доход, а размерът на допълнителната застраховка е четири процента на база трудовото възнаграждение. Моделът предвижда и реализиране на държавни трансфери към застрахователните компании от втория стълб за деца, пенсионери и други социални групи. И двете вноски се събират от НАП и се внасят от работодателя на лицето или лично от него в случай, че се самоосигурява. След това НАП разпределя средствата към застрахователните дружества и НЗОК. Редът за смяна на застрахователното дружество се запазва същият като при смяната на УПФ. Осигурените лица ще могат да прехвърлят партидата си веднъж годишно като самата процедура трае около четири месеца. Първоначално е възможно някои от лицата да се преразпределят служебно към здравните застрахователни дружества с цел да не остане здравнонеосигурено лице и по двата задължителни стълба. Застрахователите, които взимат участие във втория здравноосигурителен стълб, се предвижда да са задължени да изпълняват изискванията на КФН и всички нормативни уредби, заложи в Кодекса на

застраховането.⁵⁸ КФН трябва да определи и условията и реда за генериране на печалба за застрахователните фондове. Задължително е те да не могат да прехвърлят пасивите и активите, акумулирани от дейността здравно осигуряване, към свои други дейности, за които притежават лиценз. За да се реализира успешно заложеният модел в сценарий В е необходимо да се установи орган. Институцията трябва да изпълнява единствена основна функция- контрол над дейността на дружествата. Основната цел е да се защитят интересите на крайните потребители и съответно да се спазва финансова дисциплина по отношение на управлението на публичния ресурс.

В сценарий В се предвижда промяна на механизма за заплащане на разходи към лечебните заведения. Предложението е да се въведе кейс-микс подход и диагностично свързани групи. Също така и за симулацията е валидна необходимостта от въвеждане на единна информационна здравна система.

Последващи са изчисления за приходната и разходната част на трите осигурителни стълба. На фигура 6.2 от Приложение 6 е представен механизмът на изчисляване на финансовите ползи, до които ще допринесе въвеждането на диагностично свързани групи в България при отчитане на намален болничен престой. Важен етап от изчислението е въвеждане на индикатор за леглоден, който да включва медицинските разходи на определеното болнолечение. Сценарий В завършва с посочени прогнози за периода 2020-2025г по отношение на относителния размер на публични разходи за здраве към годишния размер на БВП, относителна стойност на размера на болничните разходи и разходите за лекарствени продукти и съотношение публични-разходи за здраве като процент от текущите годишни разходи за здраве.

В трета точка към същата глава на дисертационния труд се реализира сравнителен и SWOT- анализ между трите предложени в предходната точка симулативни сценарии.

Общото при заложените предложения на трите симулативни сценария в дисертационния труд е, че се запазва ролята на НЗОК като основна здравноосигурителна институция. Друг аспект върху приходите в трите предложения е реформата за по-високи трансфери от държавния бюджет с цел достигане на

⁵⁸ КФН, *Кодекси, Кодекс на застраховането* <https://www.fsc.bg/bg/normativna-uredba/kodeksi/> [09.08.2020]

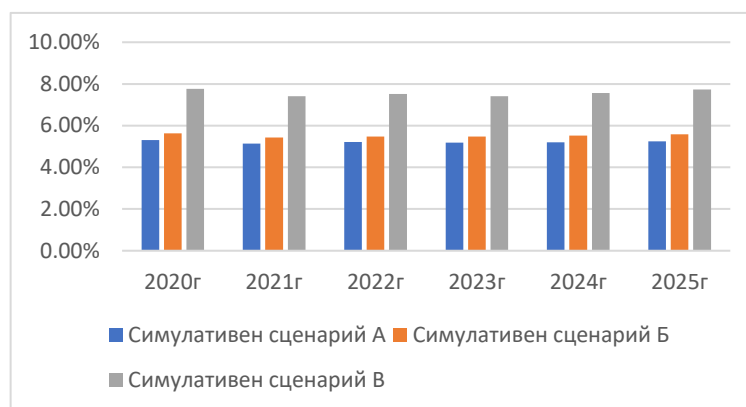
равнопоставено участие за всички социални групи в здравноосигурителния модел. Това крие опасност за прекомерна намеса на държавното управление в бъдещото преразпределяне на средствата с цел реализация на популистки идеи и следователно запазване на статуквото за дълъг период от време. Сценарии Б и В, за да бъдат ефективно осъществени, е необходимо постоянно да се усъвършенстват. Те трябва да отговарят на съвременните очаквания на населението. Следователно необходимостта от мултиплициране на финансовия механизъм, посочена в максимална степен в сценарий В, покрива това изискване.

Считам, че и в трите симулативни сценария е представена възможност за равнопоставеност и солидарност. Създаването на условия за адекватно финансово участие на осигурените лица от държавния бюджет и тези, които упражняват трудова дейност ще доведе до обществен консенсус по отношение на необходимостта от повишение на задължителната здравна вноска и евентуално въвеждането на допълнителна задължителна здравна застраховка. Засилването на личната ангажираност на крайния потребител кореспондира с нуждата на населението от удовлетворяване на потребностите. Сценарий А в най-ниска степен удовлетворява тези потребности, тъй като в него не са заложили стъпки за развитие на частното здравно застраховане и въвеждане на е-здравеопазване. Насоките за промяна на финансовия модел в симулативен сценарий Б съответстват в средна степен на нуждата от повишаване на удовлетвореността на населението от здравни услуги. В най-висока степен това е възможно да се реализира в условията на сценарий В. Финансовото покритие, което произтича от наличието на още един осигурителен стълб, създава възможност за навлизане на “нов арбитър” - частните застрахователни дружества във финансовите отношения между доставчици и ползватели на здравни услуги.

По отношение на гарантиране на по-високо качество на здравни услуги може да се заключи, че насоките, представени в симулативен сценарий В предоставят адекватна възможност за това. Въвеждането на три звена на контрол: потребител, осигурител и частно застрахователно дружество, гарантира ефективна проверка за адекватното изразходване на високия публичен ресурс. Доставчиците на здравни услуги в извънболничната, денталната, специализираната помощ и медико-диагностичната дейност ще бъдат стимулирани на прилагане на съвременни технологии и практики, тъй като финансирането от частно застрахователно дружество

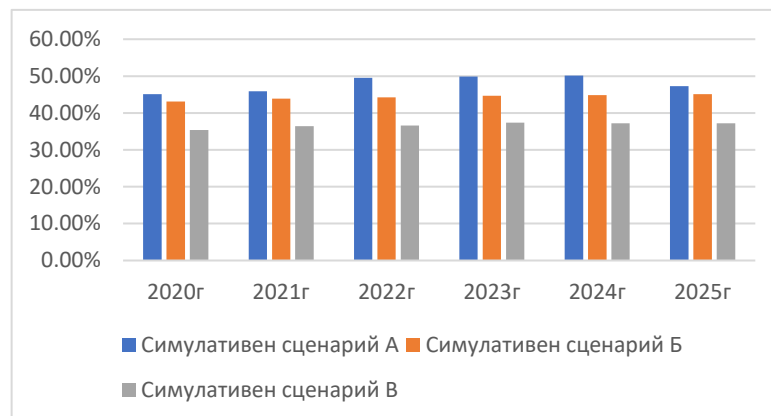
предполага завишени изисквания към дейността на последните. Заместването на КП с диагностично свързани групи също предполага завишаване на качеството в болничния сектор. Предложението за е-здравеопазване е застъпено в симулативни сценарии Б и В. Според мен функционалностите на системата ще се изразят по-съществено в здравноосигурителен модел, който предполага завишени нива на конкуренция в извънболничната помощ. Основно въвеждането на здравно досие, електронна рецепта и поддържане на база данни за провеждано лечение за всеки потребител ще подпомогне установяването на ролята на пазители на достъпа до специализирана и болнична медицинска помощ на ОПЛ. Този факт, съчетан с обособен по-висок финансов ресурс за този вид здравни специалисти в симулативен сценарий В, предполага подобряване на качеството и увеличаване на ефективността на извънболничния сектор.

Чрез SWOT анализ представям основните предимства, недостатъци, възможности и опасности от реализирането на един от трите представени симулативни сценария. Анализът е графично обобщен в четири графики (фигури 10а, 10б, 10в, 10г). По отношение на предимствата /strength/- фигура 10а, симулативен сценарий В предлага по-голямо количество такива от останалите два варианта. Повишената индивидуална отговорност и ангажираност на крайния потребител се изразява в две нива- завишено финансово участие и избор на застрахователно дружество за втория осигурителен стълб. Насоката за установяване на три осигурителни стълба в симулативен сценарий В води до три основни предимства- установяване на тристранен контрол, завишени нива за финансова устойчивост и повишена конкуренция в сектора. Осигуряването на по-високи публични средства за здраве в относителна стойност в симулативен сценарий В (фигура 11) – средно около 7.5 процентни пункта от годишния БВП, значително превишава стойностите за останалите два сценария. Въпреки предложенията за увеличаване на държавния трансфер за здравно осигуряване с цел гарантиране на равенство между различните осигурителни групи в модел А и следователно завишението на задължителната здравноосигурителна вноска с двадесет и пет процента в сравнение с настоящата за модел Б не води до очаквания за осигуряване на по-висок разполагаем публичен ресурс за здравния сектор. Предвид установената и усложнена демографска ситуация това би застрашило бъдещото развитие на модела.



Фигура 11. Сравнение на относителната стойност на публичните разходи за здраве на база прогноза за годишен БВП за симулативен сценарий А, Б и В. Авторски изчисления.

Недостатъците /weakness/ на трите симулативни модела са показани графично на фигура 10б. Същественият е в симулативен сценарий А. Въпреки насоката за повишаване на приходите към НЗОК чрез увеличаване на годишните трансфери за здравно осигуряване не се реализират положителни резултати по отношение на относителните стойности на публичните здравни разходи от годишния БВП (фигура 11) и се запазва тенденцията за увеличаване на директните разходи от джоба на осигурените (фигура 12). Липсата на предложения за реформи, засягащи разходната част на НЗОК, доказва, че без съществени промени в модела на финансиране не се очаква да се подобри финансовата устойчивост на системата за в бъдеще. Следователно симулация А доказва, че политически обвързаните решения за извънредни финансови плащания към доставчици на здравни услуги с цел намаляване на болничната задлъжнялост или извънредни трансфери, балансиращи бюджета на НЗОК през годините, не може да доведе до подобрене на водената здравноосигурителна политика. Необходими са радикални промени или се рискува здравноосигурителната система да се финансира в еднакви относителни дялове от директни и публични разходи. За периода 2020-2025г според насоките на сценарий А частните плащания от джоба на потребителите средно се очаква да бъдат около четиридесет и осем процента от очакванията за реализируемите годишни разходи за здраве (фигура 12).



Фигура 12: Сравнение на относителния дял на директните плащания за здраве от джоба на потребителите от прогнозираните годишни разходи за здраве за симулативен сценарий А, Б и В. Авторски изчисления.

Потенциалните възможности, които предлагат трите симулативни сценария са показани на фигура 10в. Предложените насоки на симулативен сценарий В водят до значително повече на брой възможности, тъй като самият модел обхваща промени, засягащи приходната и разходната част. Най-съществената от тях е осъществяване на финансова устойчивост. Въвеждането на осигурителен модел от три стълба предполага разпространение на значително по-добра застрахователна култура сред населението и следователно развитие на частното здравно застраховане. За периода 2020-2025г се очаква с около петнадесет процента годишно да се увеличават премийните приходи към ДЗО. Като цяло всички насоки за подобряване на осигурителния модел в третия сценарий целят поставянето на осигуреното лице в центъра на системата- за това допринасят е-здравеопазването, замяната на КП с диагностично свързани групи в болничната медицинска помощ и правото на избор. Предложенията за реформи предполагат повишаване на ефективността на изразходваните публични средства чрез обвързване с определени резултати от използването на какъвто и да е вид здравна услуга. Възможностите на сценарий А са силно ограничени до основните принципи на функциониране на осигурителен модел: равенство между различните групи осигурени лица чрез увеличаване на осигурителните плащания за пенсионери и лица до осемнадесет годишна възраст, неупражняващи трудова дейност. Заложена насока за промяна на сценарий А запазва всеобщия гарантиран достъп до здравни услуги.

Реализацията на симулативен сценарий А води до най-много на брой опасности за финансова дестабилизация на здравноосигурителния модел- фигура 10г.

Запазването на ниски нива на индивидуално участие не кореспондира със съвременните тенденции за развитие на здравните системи в ЕС. Това носи риск за нарушаване на основните принципи на функциониране на осигурителната система. На фигура 12 се установява тенденция за екстремно високи директно заплащани разходи от крайния потребител- средно за периода 2020-2025г те се очаква да достигнат около 47.97 процента от текущите годишни разходи за здраве. Това означава, че здравноосигурителния модел е в опасност от бъдеща невъзможност да изпълнява заложените осигурителни функции. При следване на първия симулативен сценарий се запазва тенденцията на липса на развитие на застрахователната дейност в сектора. Следователно липсващата реформа за налагане на частното здравно застраховане лишава симулация А от потенциален паричен поток. Бъдещата финансова дестабилизация в модела се засилва и от запазване на екстремно високите дялове на разходите за болнична медицинска помощ и лекарствени продукти от бюджета на НЗОК. Това означава, че доболничната медицинска помощ не изпълнява ефективно своите функции и националното здравно състояние е значително понижено. Сценарий А пресъздава функционирането на система, която цели поддържането на здравния статус на населението без да дава възможност за използване на предимствата на останалите видове здравни услуги, осигуряващи превенция и промоция на здравето. При сценарии Б и В е заложено повишаване на задължителната здравна вноска. Това е възможно да доведе до стимулиране на сивата икономика и намаляване на осигурителния обхват над населението. При сценарий В основните опасности са свързани с технологичната и политическата готовност за реализиране на модел с множество и всеобхватни реформи. Липсата на единна информационна система и акумулиран запас от данни за извършените здравни услуги през годините ще забави със сигурност въвеждането на посочените насоки в симулативен сценарий В. Без политическа воля за реализиране на последователно коректни действия по преминаване към тристълбов здравноосигурителен модел е възможно да се получи разминаване по отношение на очакванията на населението от заложените в сценария финансови ползи и бързото изменение на икономическата ситуация в страната.

Основните изводи от трета глава са следните:

От реализираните симулации за развитие на финансовия модел на здравното осигуряване в България е възможно да се направят следните заключения.

Първото от тях е, че повишаването на държавните годишни трансфери към НЗОК не е възможно само по себе си да доведе до финансова стабилност на настоящия осигурителен модел в страната. Изразходването на публичен ресурс без установяване на реформи, засягащи засилване на контрола и конкуренцията в здравноосигурителната система, няма да подобри финансовата ситуация. Въпреки това е наложително да се извърши изравняване на заплащаните от държавния бюджет средства за здравни вноски на пенсионери, безработни, малолетни и непълнолетни лица без трудовоправни отношения. Съответно ще се установи основен принцип за равенство в осигурителния модел.

Вторият извод е, че увеличаването на задължителната здравна вноска е необходимо да е обмислен ход, обвързан с бъдещата визия на финансовия модел на здравноосигурителния сектор. В дисертационния труд предлагам два варианта за увеличаване на задължителното индивидуално участие. Насоката за въвеждане на три осигурителни стълба определено изисква готовност за изразходване на значително по-висок паричен ресурс от всеки осигурен. Нарастването на задължителната здравна вноска и следователно въвеждането на допълнителна такава крие опасност от увеличаване на данъчно-осигурителната тежест и развитие на сивата икономика в страната. Вариантът от въвеждане на е-здравеопазване и засилване на възможностите на доболничната медицинска помощ е възможен инструмент за противопоставяне на това явление, защото ще се намалят значително директно заплащаните разходи от джоба на крайните потребители. Това ще бъде достатъчен мотив за включване на всяко лице в системата чрез повишаване на индивидуалната финансова ангажираност към модела. Реализирането на тристълбов здравноосигурителен модел не може да функционира без единна електронна система, чрез която да се наблюдават нивата на осигурителен обхват над населението. За да не се наблюдава понижаване на тези нива, е задължително населението да бъде своевременно информирано за необходимостта от повишаване на здравноосигурителното участие в системата и бъдещите ползи от това.

Третият извод е, че е наложително да се осигури среда за развитие на частното здравно застраховане в страната. Това също е възможно да се реализира чрез въвеждане на тристълбов осигурителен модел. По този начин ще се използва финансовият потенциал адекватно в полза на установяване на финансова устойчивост

на модела. Изоставането в развитието на здравноосигурителния финансов механизъм в България се дължи основно на липсата на политическа воля за следване на европейския пример за развитие на частния осигурителен сегмент от механизма. Следователно ще бъде наложително да се създаде достатъчно ефективна нормативна база за защита на публичните средства и учредяване на гаранционен фонд както и независим орган за проследяване и контролиране на ефективното изразходване на средства за здраве. Всичко това ще доведе до по-високи административни разходи. За да имат финансов интерес повече частни дружества да се включат във втория осигурителен стълб, е задължително да се подсили финансовият стимул за подобна стъпка. Това не може да се осъществи без увеличаване на размера на плащанията за различните социални групи, осигуряващи се за сметка на държавния бюджет. Следователно въвеждането на допълнително задължително здравно застраховане трябва да се изгради на база следване на принципа за равенство по отношение на финансовия принос на всеки осигурен индивид. Основното изискване към неговата функция е да гарантира финансова защита на участниците.

Четвъртият извод е свързан с ползите от въвеждане на финансов здравноосигурителен модел от три стълба. Според направените сравнителен и SWOT анализи става ясно, че симулативен сценарий В води до повече възможности и ползи и следователно по-малко на брой опасности и слабости в сравнение с първите две симулации. Финансовият модел обхваща не само насоки за акумулиране на паричен ресурс. В него се залага и промяна на организационната структура и предложения, касаещи разходната част. Наложително е замяната на КП с ДСГ, за да се постигне по-висока ефективност на изразходване на висок ресурс публични средства за болнична помощ. По този начин ще се осъществи кореспонденция между резултатите и изразходвания паричен ресурс. Това ще стимулира завишаване на качеството, въвеждане на нови технологии и методи за лечение. Обособявайки доболничната медицинска помощ и медико-диагностичната дейност в обхвата на втория допълнителен задължителен стълб, се слага ударение върху повишаване на функционалността на този вид услуги. Съответно с помощта на частните дружества се очаква да се постигне натиск от засилване на адекватното използване на възможностите на извънболничната, специализираната, денталната медицинска помощ. Финансовата самостоятелност за този вид здравни услуги ще допринесе за използването на пълния им потенциал. Следователно ще се повиши превенцията и

промоцията на здравето сред обществото. По този начин се дава основание за ясно разграничаване на функционалностите на здравноосигурителните стълбове без да се достига до риск от финансиране на дублиращи се здравни услуги или достигане на спорни елементи по отношение на усъвършенстване на основния здравен пакет. Прогнозираните размери за акумулиран финансов ресурс във втория осигурителен стълб създават възможност дори след установяване на завишени нива на инфлация за здравните услуги за поемане и на друг важен разход за крайния потребител- такса леглоден.

Последният извод е свързан с назрялата необходимост от въвеждане на е-здравеопазване. В симулация Б и В тази насока оказва значително влияние върху редуцирането на директно заплащаните разходи за здраве. Очаква се ползите по отношение на засиления контрол в системата да доведе също до редуциране на останалите видове здравни разходи. Единната информационна система в света на развитите технологии е сигурен начин за бърза връзка и консултация със здравни специалисти. С използване на е-здравеопазване във времето ще се гарантира акумулиране на база здравни данни. Те могат да бъдат отправна точка за развитие и реформиране на финансовия здравноосигурителен модел.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение на осъществените анализи на релевантна към темата литература е важно да се отбележи, че водената здравноосигурителната политика е пряко обвързана с резултатите на функциониращия финансов модел. За да се повиши ефективността на изразходваните средства, е необходимо финансовото състояние в сектора да е стабилно и да създава предпоставка за поемане на нарастващите нужди и изисквания по отношение на качеството и достъпа до здравни услуги. Здравното осигуряване в България не следва заложените тенденции по отношение на реновирането на финансовите модели в ЕС. Това се потвърждава от резултатите на реализираните по примерен модел класации за ефективност за периода 2010-2020г сред държавите-членки на Европейския съюз. Според изчисленията от него здравноосигурителния модел в България заема последно място. Следователно е необходимо провеждане на бърза и всеобхватна реформа в сектора, гарантираща устойчивост на здравноосигурителната система в условия на демографска криза.

Разработеният дисертационен труд следва в своята същност изследователската теза, че финансирането на здравното осигуряване в България е възможно да се реновира чрез комплекс от мерки, засягащи финансовите отношения между осигурителен фонд, осигурено лице, осигурител, застрахователни дружества и доставчици на здравни услуги и продукти. Основната посока на представените предложения за реформи в три симулативни сценария се свързва с установяване на достатъчен финансов потенциал на здравноосигурителния модел и минимизиране на релевантността на директно заплащаните разходи за здраве от потребителите. В тази връзка се потвърждават всички заложи хипотези.

Първо, съществуващият финансов модел не води до устойчивост в сектора. Прогнозата по отношение на демографските и социалноикономически детерминанти не предполага осигуряване на необходимия паричен поток, достатъчен да покрива бързо и регулярно увеличаващите се разходи за здраве. Това поражда необходимостта от модернизация на финансовия модел, следвайки добрите практики на други държави-членки на ЕС.

Второ, финансовият модел на здравното осигуряване е неадекватен в настоящата демографска ситуация. Предвид бързото застаряване на населението в България, ускорените темпове на намаляване на населението в трудоспособна възраст и устойчивите нива на миграция не е възможно здравноосигурителната система да се самоиздържа без активна финансова намеса на държавата. През годините не се създават условия за поддържане на излишъци в бюджета на НЗОК, които да може да се използват при екстремна нужда от средства.

Трето, възможността за бъдеща финансовата дестабилизация в здравното осигуряване ще бъде една от причините за слаба ефективност на системата, тъй като водеща роля продължават да имат РССС. Това води до влошен здравен статус на населението. Основание още дават и екстремно високите нива на разходите за болнична медицинска помощ и лекарствени продукти. Те представляват повече от седемдесет процента от текущи годишни разходи за здраве през последните години. Следователно в България не се изпълняват по своята същност основните функции на доболничната медицинска помощ. Това означава ниски нива на промоция и превенция на здравето и съответно влошен здравен статус на населението. Ниските стойности на разходите за доброволна здравна застраховка са доказателство, че ЧЗЗ не е достатъчно

развито в България и към момента не е в състояние да допринася адекватно за поддържане на бъдеща финансова стабилизация в осигурителния сектор. Може да се заключи, че страната изостава от основната тенденция в ЕС за повишаване на доброволното индивидуално участие на всеки осигурен. Това се дължи предимно на икономически предпоставки като сравнително ниските доходи на глава от населението, недостатъчни нива на реализируем БВП, висока инфлация в здравеопазването и други.

Четвърто, повишаването на приходите от трансфери за здравно осигуряване от държавния бюджет към системата не е възможно да способства за финансова устойчивост на настоящия здравноосигурителен модел в България. Това се доказва от проведената емпирична разработка в симулативен сценарий А. Основната насока е за установяване на равенство между различните здравноосигурени групи лица чрез повишаване на плащанията за осигурените за сметка на държавния бюджет. Реализирането на по-висок паричен поток към бюджета на НЗОК без насоки за усъвършенстване на разходната част не е в състояние да доведе до стабилизация на здравноосигурителния сектор, тъй като по този начин се запазва тенденцията за увеличаване на болничните разходи и екстремно високи нива на хоспитализация сред населението.

Пето, въвеждането на здравноосигурителен модел от три стълба е възможно да подобри финансовото състояние на сектора в средносрочен прогнозен хоризонт чрез активното включване на частните застрахователни дружества. Тази хипотеза се потвърждава от реализираната емпирична симулация в сценарий В. Насоките за подобряване функционирането на финансовия модел предполагат поддържане на частния инвеститорски интерес в сектора чрез ясно разграничение на осигурителния обхват от здравни услуги за допълнителното задължително здравно осигуряване. Въвеждането на „трети играч“ в отношенията- осигурителен фонд и осигурено лице, предполага завишени изисквания към качеството на доставяните здравни услуги, което е наложително за извънболничната и медико-диагностичната дейност в страната. По този начин се очаква да се осъществява и адекватен контрол и отчетност чрез въвеждане на необходимото за функциониране на такъв тип здравноосигурителна система е-здравеопазване.

В тази връзка се потвърждава и шестата последна хипотеза, заложена в настоящата дисертация- насоките за усъвършенстване е наложително да обхващат приходната и разходната част на здравноосигурителния модел. Те трябва да са предпоставка за повишаване на финансовата устойчивост в сектора. Заместването на КП с ДСГ предполага повишаване на ефективността на изразходваните средства за болнични медицински услуги, тъй като разплащането между фонд и доставчик на здравни услуги ще се осъществява на основа постигнат резултат. По този начин се очаква да се създаде среда за нарастване на качеството на здравни услуги. Съответно се прави опит за удовлетворяване на завишените изисквания на населението. Същевременно насоката е стъпка за налагане на пазарни принципи в здравноосигурителния модел и поставяне на потребителя в центъра на системата.

IV. СПРАВКА НА ПРИНОСИТЕ В ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Приносните моменти на дисертационния труд е възможно да бъдат обобщени в няколко направления:

Първо. За първи път обосновано и аргументирано се систематизират основните финансови здравноосигурителни модели, функциониращи в ЕС като се посочват предимствата, недостатъците, проблемите и тенденциите по отношение на заложените реформи за изследвания период на дисертационния труд.

Второ. Изследвани са аналитично и са обосновани основните проблеми и тенденции на финансирането на здравното осигуряване в България. Извършена е систематизация на причините за тях и негативните проявления, които водят след себе си.

Трето. Представен е авторски примерен модел за оценка на ефективността на функциониращите здравноосигурителни модели в ЕС, като страните са класирани според реализираните резултати за период от 2010-2020г.

Четвърто. Осъществена е емпирична симулация по отношение на прилагане на три отделни сценария със съответно заложените насоки за усъвършенстване на финансирането на здравноосигурителния сектор в страната.

Пето. След аргументирано сравнение на предложените сценарии се обосновава кой от заложените сценарии е възможно да доведе до финансова

устойчивост на финансовия модел на здравно осигуряване в средносрочен прогнозен хоризонт.

V. СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Петрова, Т., *Някои възможности за обща политика на държавите-членки на ЕС в здравеопазването*, Сборник от VIII международна научна конференция на тема: „ЕС-Изместеният център и новата периферия“, 19-21 май 2018, Равда, Издателски комплекс- УНСС, ISBN: 978-619-232-143-7, София, 2018, стр. 213-221

Петрова, Т., *Предефиниране на финансиране на здравното осигуряване в Европейския алтернативни методи*, Сборник с доклади от IX Международна научна конференция на тема „Ударната вълна на информационния взрив и предефинирането на финансите“, 18-20 май 2019, Равда, Издателски комплекс- УНСС, ISBN 978-619-232-270-0, София, 2020, стр. 155-165

Петрова, Т., *Социален анализ „Разходи-ползи“ на проект за е-здравеопазване в България въз основа на директните плащания за здраве от домакинства*, Сборник с доклади от Четиринадесета международна научна конференция на младите учени на тема „Икономиката на България и Европейския съюз в дигиталния свят“, 23 ноември 2018г, Издателство на ВУЗФ „Св. Григорий Богослов“, ISBN: 978-954-8590-68-6, София, 2020, стр.177-190

Христова, Т., *Финансиране на болничната медицинска помощ в системата на задължителното здравно осигуряване в България- предизвикателства и насоки за усъвършенстване*, Сборник с научни изследвания от годишната конференция на Стопански факултет на ВТУ „Св. Св. Кирил и Методий“ на тема „Развитие на българската и европейска икономика- предизвикателства и възможности“, Том 3, Университетско издателство „Св. св. Кирил и Методий“, ISSN 2603-4093, В. Търново, 2020, стр.150-157