

Резюмета

на трудовете след защитата на докторската дисертация и заемането на академичната длъжност „доцент”.

Резюме на монографията „Рискове и предизвикателства при реформиране на здравната система. изд.ВУЗФ“., С., 2018 с.395.

С монографията авторът си поставя за цел да представи рисковете свързани с реформирането на здравната система на Република България. На основата на анализа на потенциалните рискове, които влияят на устойчивостта на системата на здравеопазването и особено за здравноосигурителната система се предлага пакет от възможни организационни, финансови и правни мерки и решения за подобряване на ефективността от функциониране на системата.

Обект на изследването са здравната система и системата на здравното осигуряване. **Предмет на изследването** е анализ на потенциалните рисковете, които оказват влияние върху поведението на здравната система при нейното функциониране и реформиране. Особено внимание се отделя на предизвикателствата при реформиране на здравната система и възможните алтернативи за тяхното разрешаване. **Основната изследователска теза**, която се доказва и защитава в монографията е: здравеопазването се намира в критично състояние, системата не работи ефективно, липсва държавна политика, която да осигури ново отношение към здравето на хората, което да мотивира и осигурява високо качество на живот. В обществото има консенсус за провеждане на радикална реформа на съществуващата система на здравеопазване и здравно осигуряване. **Изследователската задача**, която се поставя е, да се анализират и систематизират, на базата на актуална и достоверна информация, потенциалните рискове, които оказват влияние върху поведението на здравната система при нейното функциониране и реформиране. Анализът обхваща периода 2008 – 2017 г., като се ползват и прогнозни данни за основните параметри на фискалната програма за 2018-2020г.

- **Задачата, която се поставя е на базата на анализа, при отчитане на реалните и потенциални възможности на страната, да се отчетат възможните рискове в политически, финансов, социален, институционален и морално етичен аспект. На тази основа се очертават и обобщават предизвикателствата, които определят състоянието и развитието на здравната система. Представени са аргументирани предложения и препоръки за реформиране организацията, финансирането и управлението на здравната система и системата на здравното осигуряване.**

На базата на конкретен анализ в монографията се разкрива сегашното състояние на здравната система, подробно на базата на обективни показатели се обобщават основните, по-съществените фактори и причини, които доведоха за неефективните резултати от проведената през последните години реформа на българското здравеопазване. Подробно и аргументирано се представят мненията на Европейската комисия, на Световната банка и други компетентни институции за състоянието на здравеопазването у нас.

- **Общото мнение за резултатите от проведената реформа е, че взетите мерки при въвеждането на здравното осигуряване – икономически, медицински, организационни и социално-психологически не са подчинени на обща концепция, която да обединява усилията на държавата, работодателите и населението за постигане на ново отношение към здравето на хората, за осигуряване на здравен статус на населението, който да мотивира и да осигурява висока производителност на труда и ново по-високо качество на живота.**

Поддържането на възможно най-високо ниво на защита на общественото здраве, особено за застаряващото население е ключово предизвикателство за страните от ЕС в променящата се глобално социално-икономическа обстановка. Все по-голяма е потребността от прилагането на **ефективни политики за обществено здраве**, които трябва да се справят с голямото разнообразие от сложни въпроси, вариращи от индивидуалните навици до факторите на експозиция на околната среда.

Страните от ЕС са изправени пред предизвикателства, които изискват изготвянето на обща политика в рамките на европейската общност, обхващащи страни с големи различия в стандарта на живот и хора с коренно различни идеи за здраве и здравеопазване. **От особена важност е да се обединят усилията на европейско равнище за създаване и споделяне на общи методи за оценка на здравните технологии.** В документите на ЕС се подчертава, че успех ще е налице само когато всички държави членки имат политическата воля да продължат да изграждат силен политически и социален ЕС. Във връзка с това е необходимо да се преразгледат националните административни и правни разпоредби, които ограничават и/или възпрепятстват сътрудничеството.

В монографията се отбелязва, че характеристиките на европейските национални системи на здравеопазване имат някои общи черти, които по мнение на експертите могат да се обединят в **три основни групи**: 1/ С намаляването на темповете на икономически растеж през последните години страните от ЕС се стремят да поставят разходите за здравеопазване в съответствие с наличните ресурси. Поради това отделните страни се стремят да поддържат и да оптимизират медицинските разходи в разумни граници, като се стремят да поддържат медицински услуги и здравни грижи с високо качество. 2/ Превръщането на здравеопазването в по-справедлива социална система е приоритет на всички страни членки на ЕС. Стремежът е здравните грижи и

медицинското обслужване да се предлагат в еднаква степен и равнопоставено на цялото население, като се осигурява и гарантира задължително минимален пакет от здравни услуги. Целта е да се осигури равнопоставен достъп до качествена медицинска помощ и обслужване. 3/ Подобряването на ефективността и качеството на предлаганите медицински услуги да се постига на основата на реформи на националните системи за здравеопазване.

В последните години се забелязва повишен интерес и стремеж на политици, на здравни специалисти и експерти да търсят пътища и средства за сближаване и преди всичко за интегриране на националните здравни системи. Целта е, на основата на общи принципи и изисквания да се реформират и да се осигури устойчиво развитие и функциониране на националните здравни системи, като се отчитат социалните, културните и икономическите особености на отделните страни. Стремежът е, чрез по-пълноценно партньорство между страните да се гарантира по-добро здраве за гражданите на Европа. В монографията е отделено особено внимание на характеристиката и съдържанието на здравните стратегии на ЕС.

Потенциалните рискове и предизвикателства, които са обект на изследването са: политически рискове; икономически и финансови рискове; социални рискове; рискове свързани с ресурсното осигуряване; институционални рискове, свързани с устойчивостта на организационните и управленските структури; рискове породени от морални и етични фактори. Подробно се обосновава селекцията на разглежданите потенциални рискове. По мнение на автора изборът на посочените рискове се основава на социалната значимост и взаимосвързаност на тези рискове; на техния дългосрочен и комплексен характер на въздействие върху функционирането и развитието на здравната система; на относителна йерархичност на приоритетите им и въздействието им върху поведението и устойчивостта на здравната система и не на последно място на социалното предназначение на системата на здравеопазване, като неразделна част от социално-икономическата система на обществото.

Актуалността на избора на посочените рискове и анализа от тяхното въздействие, се определя и от особения характер на здравната система – съществуващите деформации и неефективната работа на системата, независимо дали е остро или хронично, влияят върху способността ѝ да осигурява нормално и справедливо здравно обслужване. Последствията от липсата на достъпност и адекватност на предоставяните здравни услуги не може да се разглеждат изолирано, напротив те оказват сериозно влияние върху политическите и социално-икономическите процеси в обществото.

- **Рисковете от подобно състояние и развитие на системата създават условия да се поставят под сериозно напрежение и риск всички останали обществено - икономически системи, включително и с особен акцент е негативното влияние върху политическата система. От друга страна, разглеждането на посочените рискове имат и свой полезен аспект, защото самото им изучаване и отчитане на тяхното въздействие непрекъснато**

подтиква обществото да търси и прилага все по-добри решения при управлението и реформирането на обществените системи.

Необходимо е да се подчертае, че в монографията анализът на рисковете върху поведението на здравна система се извършва само в рамките на техния организационен, управленски и финансов аспект, през погледа и компетентността на икономист. Авторът не си е позволил да излезе от тези граници. По тези причини липсва анализ за същността и проявлението на рисковете върху поведението на здравната система от позициите на медицината, доколкото авторът не е компетентен по тези въпроси и не може да си позволи да ги коментира от тази гледна точка. В тази връзка е необходимо да се отбележи, че изключително полезни и поучителни за автора са личните контакти и дискусия с лекари от системата, които със своите професионални знания и опит са го предпазвали от прибиързани и некомпетентни заключения и изводи.

В монографията многократно се акцентира на тезата, че от изключителна важност е приоритетите при реформиране на здравните системи да не са концентрирани само върху увеличаването на размера на финансовите и други ресурси, които се предоставят, а преди всичко върху търсенето на решения за повишаване на тяхната ефективност и резултати за подобряване на здравния статус на населението.

В голяма част от страните от ЕС има желание и стремеж да се търсят и въвеждат реални пазарни отношения на всички равнища в системата на здравеопазването и задно с това да не се руши социалния характер на системата. Целта е, с реформиране на управлението на системата да се осигури не само високо качество на медицинската дейност, но и справедливост, равнопоставеност и солидарност на осигурените лица при предоставянето и ползване на медицински услуги.

Застъпва се позицията, че на основата на анализа на организационните, финансовите, ресурсните и особено на факторите, които обуславят ефективността на системата, както и отчитане на тенденциите за очакваните реформи в страните от ЕС, предлагаме преди да се пристъпи към промяна на статуквото в здравната система **да се подготви и обсъди пакет от организационни, финансови и правни мерки, които по наше мнение ще допринесат за подобряване ефективността от функциониране на системата и подобряване на качеството на медицинското обслужване.** Необходимо е с особен приоритет да се вземат политически решения по основните, главните проблеми на здравеопазването, както и да се определят практическите стъпки, които ще определят посоката и темповете на реформата в здравеопазването. От тях следва да се определи характера, обхвата, съдържанието и последователността на провеждане на реформата в здравеопазването. Тези решения не трябва да обхващат само един управленски мандат, както е до сега, а да са с времеви хоризонт не –малко от 20-25 години.

В монографията последователно се защитава тезата, че когато анализираме вариантите за модел на здравната система трябва да се подхожда от позицията за характера на социалната политиката, която се провежда от държавата. Отражението на характера на социалната политика провеждана от държавата определя и ролята на

държавата в здравната система. В този смисъл моделът на здравната система се формира от нейното поведение и функции спрямо нея.

Основната цел на здравната реформа е да се създаде либерализирана и икономически стабилна здравна система, изградена на принципа на солидарността, която да бъде ориентирана към пациента. Очакванията на обществото са за здравна система, която е изградена върху приемлив баланс между пазарните отношения и обществена регулация от държавата в интерес на населението. Счита се, че **постепенно в здравния сектор трябва да се налагат пазарни механизми, при стремеж към гарантиране на социалните му характеристики**. Разбира се, този процес се определя от състоянието и тенденциите на развитие на икономиката на страната, на ресурсното състояние на здравеопазването и здравното осигуряване и степента на демократичните процеси в обществото.

2. Резюме на студията: Политики на ЕС при реформиране на здравните системи на страните членки. Годишник на ВУЗФ за 2017г.. изд. ВУЗФ., С., 2018г..

Автор: доц. д-р Григор Димитров - член на Учебен съвет „Застраховане и осигуряване” при ВУЗФ

Основната теза в разработката е, че поддържането на възможно най-високо ниво на защита на общественото здраве, особено за застаряващото население е ключово предизвикателство за страните от ЕС в променящата се глобално социално-икономическа обстановка. Все по-голяма е потребността от прилагането на ефективни политики за общественото здраве, които трябва да се справят с голямото разнообразие от сложни въпроси, вариращи от индивидуалните навици до факторите на експозиция на околната среда. Възможностите за лечение се разшириха бързо, както и достъпността до медицинските и здравните заведения. За решаване на тези предизвикателства се отделя значителен финансов и кадрови ресурс.

Конкретните действия на ЕС в областта на здравеопазването се изразяват в разработката и прилагането на общи за целия ЕС закони и стандарти за здравните продукти и услуги (например лекарства, медицински изделия и електронно здравеопазване) и за пациентите (например безопасност и трансгранични здравни услуги с участието на няколко страни от ЕС). Освен това се организира предоставяне на страните от ЕС на инструменти, които да им помогнат да си сътрудничат и да откриват добри практики в областта на промоцията на здравето, справянето с рискови фактори, управлението на здравните системи. Особен акцент в здравната програма на ЕС е финансирането на проекти в областта на здравеопазването, чрез кохезионните и други фондове.

Постигането на заложените основни цели, определени в „Европа 2020“ зависи в голяма степен от потенциала на човешките ресурси в здравеопазването, организацията и структурирането на здравното обслужване, ефективното усвояване на ресурсите и финансирането на системите. Насърчаване на доброто здраве е неразделна част от политическата платформа „Европа 2020“ и стратегията на ЕС за икономически растеж. В резултат на тези намерения здравната политика заема важно място в стратегията на „Европа 2020“ за интелигентен и приобщаващ растеж

Подчертава се, че новият тип управление в интерес на здравето трябва да се основава на социалните детерминанти на здравето, на равнопоставеност и устойчивост, на постигане на глобалните цели и целите на обществото чрез нови взаимосвързани форми на официално и неформално управление и нови стратегически отношения, като се гради върху силния глас и участието на гражданите. По-добро въздействие върху здравето се постига, когато правителството обвърже политики, инвестиции и услуги, като в същото време се съсредоточи върху намаляване на неравенството.

Акцентира се на потребността да се разработят междусекторни национални стратегии с предварително заложените цели по отношение на основните предизвикателства като: отчитане на потребностите през целия живот, укрепване на сектор здравеопазване и на общественото здраве, както и овластяване на хората. Счита се, че секторът на здравеопазването в страните от Съюза допринася за изпълнение на целите на плана за интелигентен и приобщаващ растеж, осигуряване на заетост и повишаване на конкурентоспособността.

В студията се отбелязва, че страните от ЕС нуждаят от разумни и обоснован размер инвестиции в здравеопазването. Счита се, инвестициите в здравеопазването трябва да са по-разумни, но не непременно свързани със значително по-големи разходи за укрепване на здравните системи. Това трябва да са инвестиции насочени за подобряване на здравето на хората, като с особен приоритет да бъдат програмите за промоция на здравето. В този смисъл, инвестиционната политика на ЕС се предвижда да бъде основен инструмент за намаляване и ограничаване на неравнопоставеността на отделните страни в областта на здравеопазването и за борба със социалното изключване. Здравето все повече се определя като важен актив за регионално развитие и повишаване на конкурентоспособността.

Отделя се особено място на проблемите на психичното здраве. Обосновава се, че те са сложни, разнообразни, дълготрайни и водещи до дискриминация и неравнопоставеност по отношение на здравето. Освен това икономическата криза засягна редица аспекти, определящи психичното здраве, тъй като защитните фактори са отслабени, а рисковите се засилват. Проучванията дават възможност да се разбере по-добре пагубната връзка между психичните проблеми и социалната маргинализация, безработицата, липсата на дом, злоупотребата с алкохол и други вещества. Според СЗО проблемите, свързани с психичното здраве, съставляват почти 40 % от годините на живот, прекарани с увреждане. По тези причини се налага, като особено важен приоритет популяризирането на ранната диагностика на депресията и предотвратяването на самоубийствата, чрез осъществяване на програми за интеграция в

общността. Това доби особена значимост по време на неотдашната икономическа криза, когато ръстът на самоубийства се увеличи чувствително.

Петрова Зл.,Генев Стр.,Димитров Гр.,Коларов Р.,Управление на договорния процес в условията на задължителното здравно осигуряване.изд.Принт 2017г.с.204

В книгата е разработена обособена глава посветена на проблемите и решенията свързани с управлението и финансирането на здравноосигурителната система. В центърът на вниманието се поставя проблема за потребността от радикални промени в съществуващия модел на здравната система.

Счита се, че трябва ясно и точно да се определи правата, задълженията и отговорностите на основните субекти в системата на здравно осигуряване на държавата, на осигурителните/застрахователните институции и населението в организацията, управлението и финансирането на системата. Обосновава се потребността държавата и занапред да определя законовата рамка за организацията и управлението на здравната система, както и да гарантира управлението и финансирането на всички дейности, които са нейно конституционно задължение. Освен като принципал има задължението да осигури нужните средства за капиталови разходи, ремонт и закупуване на апаратура за лечебните и здравните заведения, които са с държавно участие.

Подробно и с много аргументи е определяно мястото на здравно осигурителните и застрахователните дружества.Последователна е изходната позиция, че основата на осигурителната система е наличието на базов задължителен здравноосигурителен фонд, който да гарантира на осигурените лица основен пакет от здравни услуги и услуги. На основата на този базов, основен пакет, по нормативен път, да се създаде възможност той постепенно да се надгражда с различни по обхват и съдържание здравноосигурителни пакети, които се предлагат на конкурентна основа от здравно осигурителни и застрахователни дружества. Защишава се позицията, че основният пакет трябва да бъде съобразен със статистиката на социално значимите заболявания и демографските характеристики и структурата на населението на страната. Чрез него трябва реално да се гарантират средствата за детско и майчино здравеопазване, социално значими, хронични и други заболявания, профилактиката и неотложната помощ.

Посочено е, че допълнителното здравно осигуряване и застраховане трябва да имат надстроечен характер и да се осъществяват, чрез предоставяне на допълнителен пакет от здравни услуги и дейности, които не са обхванати в основния пакет, които се предлага от задължителното здравно осигуряване. Осигуряването на здравните услуги, включени в този пакет, трябва се извършва от лицензирани здравноосигурителни и застрахователни дружества.

Лицата, които не са избрали някоя от горните форми за допълнително осигуряване или застраховане извършват медицинското си обслужване с кешови плащания по установени от лечебните заведения цени. Регулирането им да е на пазарен принцип, на основата на доказани конкурентни предимства по качеството и обхвата на предлаганите услуги при гарантиран от държавата контрол върху качеството на предлаганите услуги.

В разработката се акцентира на потребността от да се преразглеждат и преосмислят на съдържанието и приложението на принципа на солидарността в осигурителната система. Водещ принцип следва да бъде обвързването на приноса на лицето в осигурителната система и неговата отговорност за опазване на здравето му. Последователно се отстоява позицията, че принципът на солидарността е фундаментален принцип на организацията, управлението и финансирането на здравноосигурителните системи. Спазването на този принцип изисква в новите условия да се преразгледат участието, правата, задълженията и отговорностите на участниците в системата. Нарушаването на баланса между тях прави системата непривлекателна, загубва се доверието в нея и се порождават конфликти между участниците в нея.

Анализът на досегашната неефективна съвместна работа показва, че статута, органите на управление и организацията на работа на здравноосигурителната система подлежат на сериозни промени. От ново нормативно уреждане се нуждае разграничаване на функциите, правата, отговорностите и задълженията на МЗ и НЗОК. Изходно положение е, че управлението на НЗОК трябва да съответства на обществения характер на институцията, като се запази, развие и утвърждава принципът на солидарността. От особена важност е промените, които се предлага да се извършат в структурата и броят на персонала на НЗОК да са в строго съответствие с извършваната тотална електронизация на дейността ѝ, на основата на изграждането на интегрирана информационна система, поэтапното разширяване на използването на база данни за събиране, систематизиране, обобщаване, анализ на информацията и подпомагане за вземането на управленски решения.

В заключение се акцентира на осигуряването на прозрачност при използването на публичния ресурс. Необходимо е да се създаде практика периодично да се осъждат и да се запознава обществото с анализи и информация за извършените разходи, за здравното обслужване на различните групи осигурени лица, за приоритетите и възникналите проблеми в медицинското обслужване, както и за резултатите от него. Липсата на подобен подход и последователност в работата за неговото провеждане, както и отсъствието на информация за цената на реформата, която трябва да поеме бюджета и обществото и за времето, през което трябва да се реформира системата, порождават хаотичност, необмисленост и недоверие към предложенията за промени в здравната система.

Димитров, Гр., Петрова,Зл. Предизвикателства и решения за промени в управлението и финансирането на здравноосигурителната система.
сп. Здравна политика и мениджмънт, 2017 том 17, N. 3.с.32-38.

В статията съдържанието на реформата на здравноосигурителната система се разглежда в три основни направления: реформа на организацията и управлението на системата; реформа в отношенията между субектите в осигурителната система; реформа в нормативната уредба. Заедно с това се отбелязва, че е необходимо да се анализират факторите, които обуславят повишаването на ефективността на системата, както и отчитане на тенденциите за очакваните реформи в страните от ЕС.

Предлага се, преди да се пристъпи към промяна на статуквото в здравноосигурителната система да се подготви и обсъди пакет от организационни, финансови и правни мерки, които ще допринесат за подобряване ефективността от функциониране на системата и подобряване на качеството на медицинското обслужване. Първата и наложителна стъпка, без която не може да се започне подготовката и провеждането на реформата, е да се разработи обща концепция за радикални промени в системата на здравеопазването, която да обединява волята, желанията, очакванията и усилията на политическите сили, държавата, работодателите, синдикатите, медицинската общност и населението.

Следвайки тази логика при разработването на така предложената обща концепция за промени в здравеопазването изисква да се вземе политическо решение, с което да се определи какъв ще е моделът на здравната система, чиято архитектура ясно и точно да се определи какво ще е участието на държавата, осигурителните/застрахователните институции и населението в организацията, управлението и финансирането на системата.

Авторите защитават тезата, че държавата и занапред трябва да регулира управлението на здравната система и да гарантира управлението и финансирането на всички дейности, които са нейно конституционно задължение. В обхвата влизат държавната здравна администрация, психиатричните болници, центровете за спешна медицинска помощ и трансфузионна хематология и други с подобно предназначение. Нейно задължение е и за напред да осигури осигуряването на ваксини, скъпоструващи медикаменти и консумативи, да организира и финансира профилактиката на незаразните заболявания и вторичната профилактика по национални програми. Като принципал е задължена да осигури нужните средства за капиталови разходи, ремонт и закупуване на апаратура за лечебните и здравните заведения, които са с държавно участие.

Подчертава се, че от години безуспешно се предлага да се приеме и последователно да се прилага осигурителен модел, който се основава на наличието на базов задължителен здравноосигурителен фонд, който да гарантира на осигурените лица основен пакет от здравни услуги и услуги. На основата на този базов, основен пакет по нормативен път да се създаде възможност той постепенно да се надгражда с различни

по обхват и съдържание здравноосигурителни пакети, предлагани на конкурентна основа от здравно осигурителни и застрахователни дружества. Предлага се да се запази практиката основният пакет да се финансира, чрез здравноосигурителни вноски за сметка на работодателите и осигурените лица, както и от трансфери от Републиканския бюджет за лицата, за които държавата е задължена да прави осигурителни вноски. Управлението му и за напред да се осъществява от НЗОК.

Наложително е нормативно да се създадат условия за развитие на допълнително здравно осигуряване, здравно застраховане и кешови плащания. Тази дейност може да става само по лично желание на гражданите, чрез различни фондове и дружества, като постепенно да акумулира и да стане за сметка на онези средства, които сега се плащат от тях под формата на регламентирани и/или нерегламентирани плащания.

Защитава се тезата, че се създава възможност всяко осигурено лице има право да избере здравно дружество, с което сключва договор да осъществява неговото допълнително здравно осигуряване и застраховане, като да избере пакет от здравни услуги, за който плаща определена според обхвата премия/вноска. Този подход изключва всякакви допълнителни плащания от лицето, освен направената и предварително определена вноска или премия. Освен това с приемането на подобен подход здравно осигурителните и застрахователните дружества са заинтересовани да защитават интересите на осигурените при тях лица за получаване на договорения с тях обем допълнителни здравни услуги и дейности, като на конкурентна основа да осигуряват високо качество на обслужване.

Авторите считат, че при този модел НЗОК остава да бъде главен гарант на здравното осигуряване на населението и има водеща роля в системата на здравното осигуряване. Целта на предложението е да се създаде конкурентна пазарна среда, която ще подобри и разшири обхвата и качеството на медицинското обслужване, чрез надграждане и предлагане на разнообразие от пакети за здравно осигуряване. Прилагането на предложението модел може да се извършва поетапно, като се създават постепенно необходимите нормативни, организационни, финансови и други условия.

Посочено е, прилагането на представения подход за реформиране на здравната система е свързан със сериозна предварителна работа за създаване на необходимите организационни, управленски и финансови условия за извършване на необходимите промени. Логично се защитава позицията, че успехът от провеждането на подобна реформа в здравеопазването се определя в значителна степен от своевременното въвеждане на широка и всеобхватна електронизация на цялата така очертана система на здравеопазването, която да е неразделна част от електронното правителство. Електронизацията на здравеопазването се разглежда като стратегически приоритет в дейността на всички звена на здравната система и целта е да обхване в обща система всички дейности в здравеопазването, независимо от тяхната ведомствена подчиненост и принципи на работа.

Обосновава се потребността от реално остойностяване на основния пакет от здравни дейности, който се гарантира с бюджета на НЗОК. Само на основата на реално

остойността може да се определи обхвата на основния пакет, финансирането на който ще се осъществява и гарантира от бюджета на здравната каса. Предлага се това да се извърши на основата на използването на актюерски разчети за оценка на степента на риска от прилагането на основния пакет да се определи минималният размер на средства, с който трябва да разполага НЗОК от осигурителни вноски и трансфери, за да гарантира изпълнението на поетите ангажменти към осигурените лица.

Предлага се по нормативен път да се определят ясни правила за реда и начина на медицинското обслужване на здравнонеосигурените лица и за финансирането на тази дейност. На практика посочената голяма група хора са лишени от медицински грижи, въпреки конституционното задължение на държавата да осигури медицинска помощ на всички граждани.

Системният подход изисква при организиране и провеждане на подобна мащабна реформа да се извърши предварителен анализ на състоянието и ефективността от работата на цялата система на здравеопазването и на основата на резултатите от него, да се пристъпи към реформа, която да обхване цялата система, а не да се извършват реформи на отделни части от системата. Приоритетно следва да се преразгледа законовата рамка, която определя поведението на цялата система на здравеопазването – организацията и управлението на здравната системата и на здравното осигуряване, като се подходи комплексно, а не само да се търсят решения за отделни нейни части.

Един от големите дефекти на провежданата реформа е, че тя се ограничи и обхвана само здравното осигуряване, без да се внесат съществени промени във статута, обхвата на дейност и финансирането на държавните органи по здравеопазване и техните сателити – агенции, институти, регионални звена и т.н. Предлага се тяхното финансиране да се постави в зависимост от резултатите и качеството на тяхната работа, а един от критериите при определяне на размера на тяхното финансиране следва да бъде приносът им за повишаване на качеството на медицинската дейност и резултатите от обслужването на населението.

В тази конфликтна дейност за преодоляване на съпротивата срещу радикални промени в здравеопазването и за засилване на нейната подкрепа е необходима широка предварителна подготовка на общественото и професионално мнение относно обективната необходимост от известни ограничения и от по-прецизно регулиране на цялостния процес на медицинска помощ. Подчертава се, че в обществената дискуссия е необходимо да участват всички заинтересовани страни – работодатели, синдикати, представители на държавата, на медицинското съсловие, пациентските организации и др.. За каузата на доброто здравеопазване, за здравето на нацията управляващи и опозиция трябва да привлекат ключовите и изтъкнати експерти, да обединят усилията им и в партньорство с тях да подготви и проведе реформата.

Димитров, Гр. Тезата „ демонополизация на НЗОК “сп. Здравна политика и мениджмънт, 2017 том 18, N. 4. С.3 -7.

Позицията на автора е, че идеята за провеждане на демонополизация на националната здравна каса е твърде клиширана през последните години и винаги се използва като „мантра“ за повишаване ефективността на публичните средства и качеството на обслужване. Политици и експерти водят нескончаема дискусия относно възможностите да се ограничи и/или ликвидира монополното положение на НЗОК.

За съжаление в политическите платформи и правителствени програми са представени само намерения, липсва яснота за модела на здравната система, предлагат се конкуриращи се здравни каси, надграждащи се фондове и т.н. И всичко се свежда единствено и само до статута и съдбата на НЗОК. Обикновено в подобни разсъждения се свързва търсенето на възможности и механизми за ограничаване на държавна намеса на пазара на здравни услуги и ликвидирането на произтичащите от това деформации в отношенията между субектите, които предлагат закупуване на продукти, услуга и дейност .

В статията авторът се позовава на мнението на специалисти и експерти, които считат че демонополизацията е сложна система от икономически, социални и законодателни мерки за ограничаване проявлението на държавния монопол, предназначена за създаване на реална конкурентна среда на пазаря на услуги, на дейности и производство. Това е категория присъща на пазарната икономика, която има за цел либерализация на пазарите, с оглед да се насърчи и гарантира конкурентно и равнопоставено поведение на икономическите и социални субекти на пазаря.

По тези причини във всички страни на света се приемат антитръстови закони с цел демонополизация на пазаря, за да се защитят интересите и потенциала на малките и средни предприятия и предприемачи. Обикновено тази правна уредба е насочена срещу злоупотреба с позиции и влияние на определени фирми и организации на пазара, което деформира свободната конкуренция и по този начин да ограничава ефективността на определени икономически и социални дейности.

В общественото пространство битува мнението, че с демонополизиранието на НЗОК автоматично ще се създаде реален пазар за предлагане и закупуване на здравни услуги, ще се създаде възможност пациентът да избира коя осигурителна институция да осигурява здравното му обслужване, на основата на вложените здравните му вноски. **В предложенията обаче не се споменават условията и механизмите, по които би се постигнала предлаганата „демонополизация“.** От друга страна, точно липсата на ясни параметри и влагането на точен смисъл в представяните идеологеми, водят до създаването на деформиран стереотип на всеки гражданин в разбирането на дефиницията, смисъла и съдържанието на използваните термини.

Нещо повече – непрекъснатото представяне на подобни тези без ясно съдържание и цел, деформират ориентацията и на най-добрите политически намерения, поради това, че липсата на точни послания не позволява на обществото да реагира адекватно и убедено да ги подкрепи. Логичният ефект на подобен подход е създаването на nihilism и отрицание към институциите, към цялата система на здравеопазване.

В статията, за целите на анализа който се извършва, условно могат да се да разграничат три пазара на здравни услуги, според източника на средствата за финансиране на предоставените на тях здравни услуги и медицинско обслужване:

Първият, това е пазар на услуги финансирани изцяло с публични средства, заплащани от една или няколко здравноосигурителни институции.

Вторият е пазар на услуги, които се финансират от доброволни здравни осигурителни фондове и от застрахователни компании. Средствата се формират на доброволен принцип и са внесени от заинтересованите лица като застрахователни премии за закупуване на определен вид здравни услуги и доброволни вноски за закупуване на различни по обхват и обем здравноосигурителни пакети, които се предлагат от здравноосигурителни дружества;

Третият, това е стихийен и нерегулиран пазар формиран от т.н. регламентирани плащания от пациентите, с които обикновено се доплащат и/или заплащат изцяло онези дейности и услуги, които не се финансират с публични средства от осигурителната институция. Този пазар обхваща и утвърдилите се последните десет години т.н. неофициални, нерегламентирани плащания, или известни като плащания „под масата”. Техният обхват и размер не може да се следи и контролира, като в условията на хаос в нормативната уредба и липса на регулации от държавните институции, както и на неефективния контрол върху тях, размерите и обхвата им нараства драстично. Нещо повече този вид плащания се приемат за нормално явление и за пациенти и за медицинския персонал.

Парадоксалното е според автора, че вниманието на политици и управляващи е концентрирано главно към пазара на здравни услуги финансирани с публичен ресурс. Счита се, че ако този пазар се овладее и регулира ще настъпят качествени изменения в подобряване на здравното обслужване на населението. Но ако разгледаме този пазар от позициите на неговия капацитет и разполагаемия финансов ресурс, ще се окаже, че в него са концентрирани по- малко от 40% от ресурса на общия пазар на здравни услуги.

В статията се подчертава, че тези три пазара са свързани, защото обединяват потребностите и интересите на едни и същи субекти на здравната система – пациенти, изпълнители на здравни услуги, доставчици и осигурителни институции. В този смисъл те са взаимно обвързани и в същото време са носители и изразители на различни и често противоречиви интереси и потребности. Освен това размерът и капацитетът на всеки от тези пазари се определят от равнището, степента на удовлетвореност и финансовите възможности на пациентите в зависимост от предлагания обем, обхват и качество на желаните от тях здравни услуги.

От друга страна, липсата на предлагане и осигуряване на желаното от пациента качество на услугите и особено на обслужването в здравния сектор, на необходимия капацитет на лечебните заведения за навременно и качествено лечение, за

компенсиране на разликата в квалификацията на лекарите, за подобряване на примитивните битови условия за лечение и обслужване от санитарни и сестри, както и за други подобни, отново създават условия за увеличаване размера на неофициалните, нерегламентирани плащания. Подобна практика принуждава пациентите изцяло и/или отчасти за своя сметка да компенсират липсата на финансови възможности и на съвременна организация на дейността на публичния сектор за оказване на навременни и качествени услуги.

Според автора, в тази ситуация и на този етап, процесите които произтичат в здравеопазването могат да се сравнят с ефекта на снежната топка, като нейното ядро е здравноосигурителната система, на която обществото, по силата на исторически особености и манталитет, изцяло се доверява и разчита на качествено обслужване. Практиката убедително показва, финансовото компенсиране на тези деформации е изцяло за сметка на пациентите. И така ще е занапред, защото всеки дефицит формиран от дейността на публичните здравни фондове ще се покрива и ще е изцяло за сметка на населението.

Подчертава се, че в тази ситуация в резултат на поведението на държавата и липсата на последователна политика в системата на здравеопазване позволи в последните години да се формира този огромен пазар на здравни услуги и дейности. По изчисления на автора, ако се вземат предвид всички средства, които влизат в здравната система за нуждите и по повод здравето на населението, техният размер няма да е по малко от около 7,5 – 8,0 млрд. лв., което представлява не по-малко от 10 на сто от БВП.

В статията се прави заключението, че този огромен за нашите мащаби пазар не се регулира, не се управлява, не се анализира и не се отчита ефекта от инвестирането на публични средства и от заплатените от населението огромни средства за подобряване здравето на нацията. В него не са идентифицирани ясно участниците, липсват правила за планиране, регулиране, координация, съгласуваност, отчет и контрол върху размера на вложените средства и тяхното съобразяване с потребностите и изискванията за качествено и достъпно медицинско обслужване и услуги, както на национално, така и на регионално равнище.

Подчертава се, че под давлението на политици и управляващи вниманието на обществото се концентрира и се търсят решения за оптимизиране не на целия пазар на здравни услуги, обслужващ системата на здравното обслужване, а само върху пазара финансиран от публични средства. Подценява се факта, че той има финансов капацитет на по малко половината от общия пазар и не могат само и единствено чрез него, да се решат общите проблеми на системата.

В заключение се отбелязва, че не може да се продължава с подобни подходи и прийоми за оздравяване и реформиране на здравната система. Наложително е да се търси друг подход за формиране на модела на здравната система и на тази основа да се разработи адекватна на него конфигурация на организация и управление на здравната и здравноосигурителната система. Трябва да се намерят подходящи и адекватни на условията при нас форми за обединяване възможностите и на тази основа ефективно

регулиране и управление на условно разграничените от нас трите пазара на здравни услуги, с оглед за най - ефективно използване и управление на огромния финансов ресурс, с който те разполагат. Нужна е политика и решения в интерес на пациентите, които очакват подобряване на качеството на желаните от тях здравни услуги и медицинско обслужване.

В този смисъл, на основата на принципите, върху които разработен модела на здравната система и архитектурата на осигурителната система считаме, че могат варианти на здравноосигурителни институции, които ползват публичен ресурс.

Димитров, Гр.. Реформа в здравното осигуряване: Предложения за промени в организацията, управлението и финансирането на системата. Сборник от научна конференция на тема: Застрахователният и осигурителният пазар: тенденции, визия, приоритети и очаквания за управление на промяната“. „Свищов: СА „Димитър Цанов “. 2016.с.178-188.

В статията се посочва, че голямата част от страните на ЕС, отговаряйки на предизвикателството на времето в което живеем, са принудени да реформират своите здравни системи. На основата на анализа на предложенията за промени в тези страни позволява да се обобщят някои общи черти в насоките за развитието на здравните системи. Посочва се, че е обща позицията приоритетите при промяната да не са концентрирани само върху увеличаването на размера на финансовите и други ресурси, които се предоставят, а преди всичко върху търсенето на решения за повишаване на тяхната ефективност и резултати за подобряване на здравния статус на населението.

Обща е тенденцията в страните от ЕС да се търсят и въвеждат реални пазарни отношения на всички равнища в системата на здравеопазването, с които да се осигури не само високо качество на медицинската дейност, но и справедливост и равнопоставеност на осигурените лица при предоставянето и ползване на медицински услуги.

На основата на анализа на организационните, финансовите, ресурсните и особено на факторите, които обуславят ефективността на системата, както и отчитане на тенденциите за очакваните реформи в страните от ЕС, се предлага да се подготви и да се разработи обща концепция за радикални промени в системата на здравеопазването. В така предложената обща концепция за промени в здравеопазването ключово място заема политическото решение, с което да се определи какъв ще е моделът на здравната система. От особена важност е да се определи участието на държавата, осигурителните/застрахователните институции и населението в организацията, управлението и финансирането на системата. Направени са конкретни предложения за структурата, обхвата и характера на дейността на основните субекти в здравната система.

Заедно с това в статията подробно се разглеждат предложения за основните насоки и съдържанието на предварителната работа за създаване на необходимите условия за извършване на необходимите промени.

Счита се, че успехът от провеждането на подобна реформа в здравеопазването се определя в значителна степен от своевременното въвеждане на широка и всеобхватна електронизация на цялата така очертана система на здравеопазването, която да е неразделна част от електронното правителство. Електронизацията на здравеопазването се разглежда като стратегически приоритет в дейността на всички звена на здравната система. Предлага се да обхване в обща система всички дейности в здравеопазването, независимо от тяхната ведомствена подчиненост и принципи на работа.

Друг основен фактор за осигуряване на стабилност, сигурност в дейността на така посочения модел на здравноосигурителната система е да се извърши реално остойносттаване на основния пакет от здравни дейности, който се гарантира с бюджета на НЗОК. Само на основата на реално остойносттаване може да се определи обхвата на основния пакет, финансирането на който ще се осъществява и гарантира от бюджета на здравната каса.

По мнение на автора от особена важност за създаването на ефективна и ползваща се с доверие здравноосигурителна система е да се преразгледа и преосмисли съдържанието и приложението на принципа на солидарността в осигурителната система. Развива се постановката, че са нужни нови механизми, с които да се обвърже приноса на лицето в осигурителната система и неговата отговорност за опазване на здравето му. Предлага се да се преразгледат участието, правата, задълженията и отговорностите на участниците в системата. Нарушаването на баланса между тях прави системата непривлекателна, загубва се доверието в нея и се порождават конфликти между участниците в нея.

Отбелязва се, че един от големите дефекти на провежданата реформа е, че тя се ограничи и обхвана само здравното осигуряване, без да се внесат съществени промени във статута, обхвата на дейност и финансирането на държавните органи по здравеопазване и техните сателити – агенции, институти, регионални звена и т.н. Предлага се тяхното финансиране да се постави в зависимост от резултатите и качеството на тяхната работа, а един от критериите при определяне на размера на тяхното финансиране следва да бъде приносът им за повишаване на качеството на медицинската дейност и резултатите от обслужването на населението.

Подробно се предлагат конкретни мерки с които да се внесат промени в статут, в управлението и организацията на работа органите на органите на здравноосигурителната система. От ново нормативно уреждане се нуждае разграничаване на функциите, правата, отговорностите и задълженията на МЗ и НЗОК. Акцентира се на позицията, че управлението на НЗОК трябва да съответства на обществения характер на институцията, като се запази, развие и утвърждава принципът на солидарността.

Предлага се за осигуряването на прозрачност и предвидимост в дейността на здравната система да се въведе практиката да обявяват своевременно и периодично възникналите проблеми при организацията, финансирането и функционирането на системата. Полезно е да се запознава обществото с анализи и информация за извършените разходи за здравното обслужване на различните групи осигурени лица, за приоритетите и възникналите проблеми в медицинското обслужване, както и за резултатите от него.

Позицията на автора е, че липсата на подобен подход и последователност в работата за неговото провеждане, както и отсъствието на информация за цената на реформата, която трябва да поеме бюджета и обществото и за времето, през което трябва да се реформира системата, поражда хаотичност, необмисленост и недоверие към предложенията за промени в здравната система. За осигуряване на максимална прозрачност и доверие към системата на всяко осигурено лице да се предостави ясна и точна информация за дейността на здравната каса, за нейните проблеми, за търсенето и прилагането на нови решения за подобряване на медицинското обслужване.

Димитров, Гр. Предизвикателства при реформиране на здравни системи, Сп. „Панорама на труда“. кн. 5-6 2016.стр.18-51.

Основна теза в статията е, че подготовката и провеждането на реформа в здравната система, която е изключително социално значима сфера, е дейност свързана с огромен обществен интерес и сериозни очаквания от цялото общество. Това изисква предварително при нейната подготовка, както и в процеса на нейното провеждане, да се отчетат и внимателно да се анализират потенциалните рискове, които се очаква да възникнат.

Подчертава се, че осигуряването на икономическа и финансова стабилност при реформирането на социална система е фактор, който е от ключово и първостепенно значение за нейния успех. Определянето на степента на икономически и финансов риск, на които е подложена системата, предполага предварителен анализ на надеждността и устойчивостта на източниците на финансиране на системата в средносрочен и дългосрочен план. На тази основа следва да се определят рисковете и последствията от тях, които могат да възникнат по време на подготовката и провеждането на реформата. Формулират се основните взаимосвързани фактори определящи размера на средствата, които се отделят и разходват за здравеопазване.

Посочено е, че в документите на страните от ЕС едно от главните направления при финансовото осигуряване на реформата в здравноосигурителните системи е провеждането на политика на съдържане на темповете на увеличаване на отделяните средства за здравеопазване, повишаване ефективността на вложените средства, както и на по-ефективен контрол върху разходите на здравните системи. Посочени са основните направления по които правителствата на страните от ЕС търсят решения за ограничаване на рисковете влияещи негативно върху финансовата стабилност на здравните системи .

В статията се акцентира на негативната тенденция, която не способства за осигуряването на допълнителни средства и от там за укрепване на финансовата стабилност на здравната система, е разбирането че все още разходите за здравеопазване не се възприемат от държавата и особено от предприемачите като изключително важна и приоритетна инвестиция за опазването на здравето и подобряването на качеството и ефективността на човешкия капитал. Не се оценява, че подобна инвестиция способства за икономическото развитие на страната и за подобряване на благосъстоянието на населението.

Авторът посочва, че в близко бъдеще не можем да очакваме да настъпят сериозни изменения в здравната култура на населението. Повишаването на здравната култура предполага да се повиши грижата за опазване на собственото здраве и по тези причини логично да се генерира потребност да се прехвърлят финансови средства от собствения бюджет за разходи свързани с опазване на собственото здраве, за сметка на намаляване на потреблението на цигари, алкохол и т.н. Посочени са данни от Европейското проучване на здравната грамотност на населението и състоянието на потреблението на цигари, алкохол, начин на хранене и т.н.

От анализа на факторите, които определят рисковете свързани с финансовата стабилност на здравната система, се прави изводът, че резултатите от дейността на системата убедително показват, че е налице трайна и устойчива тенденция на ниска ефективност от дейността на здравната система на всички нейни нива. При непрекъснато увеличаване на средствата, които се инвестират в здравеопазването, показателите за здравното състояние на населението не само че не се подобряват, а за някои от тях се забелязва устойчива тенденция за влошаване.

Авторът защитава тезата, принципно погрешно е предложението да се инвестират допълнителни средства в здравеопазването, преди да се създадат нужните условия и предпоставки, че хората ще получават по-качествена и достъпна медицинска услуга. Това противоречи на формираното мнение в обществената дискусия по проблемите на здравеопазването все повече надделява мнението, че ако се осигурят достатъчно финансови средства системата автоматично, без да се извършат организационни промени, ще заработи по-добре. Счита се, че привличането на по-голям финансов ресурс е главният фактор за осъществяване на успешна реформа и подобряване на здравето на населението. Както отбелязахме във всички се наблюдава тенденция на сдържано нарастване на разходите за здравеопазване. Въпросът за ефективното използване на здравните ресурси в страните от ЕС все повече се премества от количеството на предоставените ресурси за здравеопазване към получените резултати от извършената дейност на системата, вниманието се насочва към обвързването на „входа“ и „изхода“ на системата.

Обстоятелствено се разглежда принципния проблем с размера на здравноосигурителна вноска, която прави държавата за осигуряваните от нея лица. Счита се, че за да стане системата привлекателна и да се запази нейния солидарен характер, се изисква да се осигури спазването на принципа за справедлив достъп на всички осигурени лица до входа на системата. Важно условие е размера на вноските на

осигурените лица за задължително здравно осигуряване да осигуряват баланс между справедливост, възможност и достатъчност. Авторът предлага да се преосмисли и промени съществуващата практика при определяне на размера на реалната здравноосигурителна вноска, която прави държавата за осигуряваните от нея лица. Аргументите са, че подобна практика на поведение на държавата деформира силно солидарния характер на здравната система, отблъсква коректните платци и прави системата непривлекателна. Посочени са конкретни данни за размера на вноските в защита на защитаваната теза.

В статията се защитава тезата на много експерти, че издигането на ролята на моралните аспекти на медицинската дейност, на взаимоотношенията между лекар и пациент са поле на действие, което пряко се отнася към осигуряването на устойчивост и доверие към здравната система. Посочва се, че нарушаването на моралните норми и утвърдените ценности в здравно осигурителните отношения имат висока цена. Тя се проявява във финансовата стабилност на осигурителната система, в доверието към промените, които се очакват в здравното осигуряване, в подкрепата и участието в развитието на осигурителната система. Например, утвърждаването на ценности като честност, почтеност и морал, регламентиране на ясни и ефективни правила за взаимодействие между пациентите и медицинския персонал.

Особено внимание в статията се отделя на позицията на автора, че върху устойчивостта на здравната система и особено върху системата на здравното осигуряване, следва да се отчитат всички рискове свързани с навлизането на пазарни отношения в здравеопазването. Промяната във философията на изграждане и функциониране на здравната система създаде условия и възможност, в тази изцяло до сега социална система, да навлязат пазарни механизми и отношения при снабдяването с консумативи, апаратура и инструменти, лекарства и лекарствени средства.

Това постави в нова ситуация взаимоотношенията между медицинския персонал от една страна и интересите на пациентите от друга. Създадоха условия за ескалация на проявите на корупция в здравната система на всички нейни равнища. В резултат усещането за растяща корупция в системата на здравеопазване е основна причина за ниските нива на удовлетвореност от медицинското обслужване.

Посочва се, че основна причина за нарастването на корупцията в системата е утвърдилата се политика за ограничаване на държавната намеса и регулация на процесите в здравеопазването, прекалената административна регулация в сектора и липсата на ефективен контрол.

С тревога се изнася факта, че въпреки сериозният размер и обхват на постоянно разширяващите се регламентирани и нормативно установени плащания, размерът на нерегламентирани плащания при оказване на медицинска помощ е много голям и вече се приема от обществото като нормално явление.

Подробно се разглежда твърдението на автора, че държавата е приела изцяло неолибералния модел за управлението на здравната система. Това на практика показва, че държавата фактически се е оттеглила от управлението на системата, „абдикирала“ от

управлението на тази дейност. Утвърди се разбирането, че в здравната система трябва да се въведе тотално класически пазар на здравни услуги и на него да се разчита автоматично да се решават всички проблеми на системата и на общественото здраве.

Подцени се разбирането, че Министерството на здравеопазването е институцията, която олицетворява държавата в тази система и неговата роля и отговорности са изключително високи. На него конституционно се възлага да управлява и да провежда действия за развитие на здравната система, което в последните години трудно се забелязва. По тези причини липсват ясни правила за планиране, регулиране, координация, съгласуваност, отчет и контрол върху размера на вложените средства и за тяхното съобразяване с потребностите и изискванията за качествено и достъпно медицинско обслужване, както на национално, така и на регионално равнище. Това дава основания на автора да твърди, че в системата на здравеопазването е налице управленска и институционална криза.

Последователната позиция на автора е, че здравето е обществено благо, а не стока, поради което държавата трябва да е основен и отговорен регулатор на процесите и взаимоотношенията в тази сфера.

Поради посочените аргументи се счита, че най-важният въпрос, който трябва да се дискутира и намери решение, когато се подготвя, е въпросът за ролята на държавата в развитието и осигуряването на стабилност и устойчивост на здравната система. В статията подробно са аргументирани основанията за подобно твърдение.

В статията се констатира, че един от най-големите проблеми на управлението на българската здравна система е, че не е преодоляна равнопоставеността в достъпа до качествено здравеопазване за една голяма част от населението, особено в малките градове и селата. Отбелязва се, че съществува сериозен риск липсата и забавянето на адекватни мерки и действия за подобряването на достъпността, ефективността и качеството на медицинското обслужване, особено в някои общини и малките населени места, да доведат и да ескалират сериозно недоволство от населението, което руши доверието от работата на националната здравна система. Създадените диспропорции от провежданата политика са дълбоки и задълбочават се и трайно се увеличават.

Авторът на база натрупан опит твърди, че главно поради популистки цели при приемането на програмни политически решения от партиите и правителствата, съществува реален риск от забавяне или прибързано приемане на философия на здравна политика и модел на здравно осигуряване, без да се извърши необходимия предварителен анализ за разполагаемите финансови и кадрови ресурси. В подкрепа на тази теза се отбелязва, че един от основните рискове при определяне на политиката и приоритетите на партиите по отношение на здравната политика е акцентиранието на отделни краткосрочни приоритети, доминирането на популистки цели и идеи свързани с политически пристрастия, които в повечето случаи подменят и/или деформират набеязаните стратегически цели. Приеманите досега документи на отделните партии и на управляващите за реформи в здравеопазването се

характеризират с липса на взаимна обвързаност, приемственост и последователност, недостатъчна прозрачност и отсъствие на консенсусно начало при разработката им.

Позицията на автора е, че платформата, върху която следва да се осигури политически консенсус, трябва да се изгради върху разбирането, че мерките свързани с реформирането на здравната система – икономически, медицински, организационни и социално- психологически следва да са подчинени на една обща концепция, която да обединява усилията на държавата, работодателите и населението за постигане за ново отношение към здравето на хората, за осигуряване на здравен статус на населението, който да мотивира и да осигурява висока производителност на труда и ново по-високо качество на живота.

Коментира се и лансираното политическото решение за провеждане на тотална приватизация на лечебните заведения. Значимостта на дейност, по наше мнение, изисква да се разглежда като неразделна част от цялостния пакет от решения и инициативи на реформата в здравеопазването. От особена важност е да се определят приоритетите в тази дейност, да се очертае последователността на действията и да се посочат формите на приватизация. Осигуряването на прозрачност е свързано с провеждането на непрекъснат обществен мониторинг върху провеждането и резултатите от тази дейност. Подложени са на обстоен анализ рисковете, които носи предложеното политическо решение и кой се притеснява от предложението да се наложи тотална приватизация.

Позицията на автора по тази тема е, че приватизацията не следва да се свежда само до формалното прехвърляне на функции или дейности от публичното здравеопазване към частния сектор, а да бъде средство за повишаване ефективността от функционирането на лечебните заведения, за създаване на стимули и условия за повишаване на качеството, достъпа и обхвата на предлаганите медицински услуги и обслужване на населението.

Димитров, Гр. Финансиране на здравноосигурителни системи – проблеми, предизвикателства, решения, Сп. „Панорама на труда“. 2017.кн.9-10.с. 27-62

В статията се отделя особено внимание на анализа и оценката на проблемите и предизвикателствата, които оказват влияние върху финансовата устойчивост на здравната система. Разглеждат се основните фактори, които определят финансовата стабилност на системата. Акцентира се на критериите и показателите, които се използват за оценка на състоянието на финансовата устойчивост на системата и перспективите за нейното развитие. Подчертава се потребността от повишаване на ефективността на използването на финансовия ресурс, който се предоставя на здравната и на здравноосигурителната система.

Осигуряването на финансовата стабилност на здравната система е свързано преди всичко с оценката на съществуващата фискална среда, с оглед да се изясни доколко приходите и разходите за здравеопазване ще бъдат устойчиви в средносрочен и

дългосрочен период. Подробно се изясняват какви рискове и предизвикателства може да се очакват във фискалната среда на осигурителната система на здравеопазването.

При анализа на анализа на източниците за увеличаване на приходите в здравната система се обособяват в две големи групи различните източници за фискална устойчивост:

Първата, обхваща факторите, върху които не може да оказва влияние здравния сектор. Това са средства формирани главно от политики свързани с фискалната политика на Републиканския бюджет и зависят от макроикономически условия за съответния период.

Втората, включва факторите, които се намират изцяло във възможностите на здравния сектор и могат да се разглеждат като фактори, които могат да генерират и осигурят допълнителни финансови ресурси за здравеопазването. Допълнителни източници на финансиране могат да се привлекат от участието на страната в различни проекти по структурните и кохезионните фондове на ЕС, средства по различни програми за здравеопазване на ЕС и СЗО.

Анализът и оценката на рисковете, които се очаква да повлияят при реформирането на здравната система, е изграден на основата на анализа на приетите от СЗО критерии и показатели, които определят състоянието и финансовата устойчивост на системата. Стремешът е максимално да се съобразим с тях, като същевременно отчетем спецификата на нашите условия и на съществуващата практика.

Известно е, че , общоприетият критерий за оценка на равнището на разходите за здравеопазване в страните от ЕС, е техният дял от brutния вътрешен продукт (БВП). Направен е подробен анализ на този показател на динамиката му през последните 10 години и сравнения със страни от ЕС. В статията се посочва, че равнището на достигнатите нива показва какво е отношението на държавата и доколко здравеопазването е приоритет в държавната политика по отношение на здравето на населението.

На базата на анализа на посочените в статията тенденции, при вземането на решения за обхвата и темпа на провеждане на реформата в здравеопазването у нас и особено при осигуряването на финансовата стабилност на системата, трябва да отчитаме фактът, че възможностите за значително увеличаване на приходите в здравноосигурителната система в краткосрочен и средносрочен план са крайно ограничени. Посочени са подробно основанията за подобно заключение. В резултат на посочените и други негативни тенденции в средносрочен и дългосрочен план се прави извода, че не може да се очаква значително нарастване на приходите в здравноосигурителната система, което поставя под сериозен риск осигуряването на финансовата стабилност на здравната система в средносрочен и дългосрочен план.

Посочва се, че най-важният въпрос, който трябва да се дискутира и намери решение е въпросът за ролята на държавата в развитието и осигуряването на финансовата стабилност и устойчивост на здравната система. Това и определя и

значимостта на рисковете върху качеството и обхвата на предлаганите здравни услуги и възможностите за тяхното оптимизиране. На основата на подробни статистически данни в динамика се формулират основните тенденции и резултати от участието на държавата във финансирането на здравната система.

При оценката на финансово – икономическите рискове върху поведението на здравната система се акцентира на анализа на рисковете произтичащи от увеличението на частните разходи и разходите на домакинствата за здравеопазване. Посочени са трайните и устойчиви тенденции за формиране на рискове насочени към ограничаване на финансовата устойчивост на здравната система в резултат на непрекъснатото нарастване на дела на частните разходи от общия разход на средствата за здравеопазване; постоянното увеличение на дела на разходите за здравеопазване от общите разходи на семействата и/или средно на лице; увеличаване на разходите за сметка на домакинствата за болнични и други здравни грижи и за лекарства. Доказана е негативната тенденция на увеличаване на разходите за здравеопазване, които се изплащат от домакинствата и отделните лица за сметка на постепенното намаляване на размера на публичните средства.

Анализът на състоянието на системата на здравеопазване и рисковете свързани с това върху устойчивостта на здравната система е изграден на основата на принципните положения залегнали в доклада на Световната здравна организация за състоянието и развитието на финансирането на здравеопазването. В статията са определени десетте най-чести причини за ниската ефективност на системата на здравеопазване, които се обединяват в пет основни групи: използване на човешките ресурси, разходи за лекарства, работа на болничния сектор, загуби в резултат на корупция и предлагане и осъществяване на медицински услуги.

Бюрократията, корупцията и политическата нестабилност се посочват за едни от най-големите пречки за повишаване на нейната ефективност на всички нива на здравната система. Подробно се излагат основните изводи от анализа на състоянието на здравната система направен от експерти на Световната банка.

В статията се отбелязва, че вероятността от настъпване на сериозни рискове при осигуряване на финансовата устойчивост на системата се определя и от факта, че не е внедрена система за анализ и оценка на резултатите от дейността на здравната система общо и по равнища. Посочва се, че не се наблюдава и анализира корелацията между крайните здравни резултати от обслужването на пациентите и направените за това разходи. Липсата на подобна информация не позволява да се определят целите и приоритетите при финансиране на определени дейности общо за страната и по отделни региони.

Акцентира се на потребността да се изготвя актюерски модел, който прогнозира бъдещите тенденции в приходите и разходите на НЗОК на основата на определените със закон равнища на вноските, съществуващите тенденции в разходите и очаквания фискален натиск, който да послужи за определянето на политиките на НЗОК. Подобен подход за разработка на модела позволява да се изготви реална оценка на инфлационния натиск и ограничат рисковете от очаквани свръхразходи в

здравеопазването. Въвеждането на тези практики позволява да се постигнат бюджетните цели, както и да се предвидят конкретни политики за контрол върху разходите.

Счита се, че ефектът от провеждането на реформата в здравеопазването се определя в значителна степен от въвеждането на широка и всеобхватна електронизация, като неразделна част от електронното правителство. Електронизацията на здравеопазването следва да се разглежда като стратегически приоритет в дейността на всички звена на здравната система и да обхване в обща система всички дейности в здравеопазването, независимо от тяхната ведомствена подчиненост и принципи на работа.

Направен е анализ състоянието и мотивацията на медицинския персонал. Посочва се, че е критично е положението с броя и възрастовата структура на лекарите и медицинските сестри. Броят медицински сестри на глава от населението, е далеч под нивото на всички останали страни в ЕС. Съществува дълбока диспропорция във възрастовата структура на персонала на медицинските заведения. Направен е извода, че основната причина за емигрирането на младите лекари, освен ниските им доходи, е липсата на възможност и условия за кариерно развитие, възможности за специализации и професионален растеж в кариерата.

Димитров, Гр. Потенциални рискове при подготовка и провеждане на здравна реформа, Сп. „Панорама на труда“. 2015. кн.7- 8 стр.28-59

В статията са разгледани основните по мнението на автора рискове при провеждане на реформи в здравната система. Потенциалните рискове и предизвикателства, които са обект на статията са: политически рискове; икономически и финансови рискове; социални рискове; рискове свързани с ресурсното осигуряване; институционални рискове, свързани с устойчивостта на организационните и управленските структури; рискове породени от морални и етични фактори. Подчертава се, че рисковете от подобно състояние и развитие на системата създават условия да се поставят под сериозно напрежение и риск всички останали обществено - икономически системи, включително и с особен акцент е негативното влияние върху политическата система.

При определяне на икономическия и финансов риск за бъдещи реформи в здравеопазването се посочва че трябва да се отчетат съществуващите тенденции при определяне на размерите на средствата, които се отделят за финансиране на здравеопазването в страните от ЕС. Обща е политиката на съдържане на темповете на увеличаване на отделяните средства за здравеопазване, както и на по-ефективен контрол върху разходите на здравните системи.

На базата на анализа на тенденциите на икономическото ни развитие се прави извода, че трябва да отчитаме факта, че възможностите за увеличаване на приходите в здравноосигурителната система в краткосрочен и средносрочен план са крайно ограничени. В тази ситуация трудно не може да се очаква трайна тенденция на

увеличаване на трудовите възнаграждения и доходите на населението, и следователно постъпленията от Републиканския бюджет и от размера осигурителните вноски в здравните фондове. Освен това прогнозите за демографските процеси показват, че в близко бъдеще се очаква трайна и устойчива негативна промяна във възрастовата структура на населението, което може да постави на риск финансовата устойчивост на здравната система – все по-малко хора ще внасят здравни осигуровки в по-голям размер.

Анализът на факторите, които определят рисковете свързани с финансовата стабилност на здравната система убедително показва, че е налице трайна и устойчива тенденция на ниска ефективност от дейността на здравната система на всички нейни нива. При непрекъснато увеличаване на средствата, които се инвестират в здравеопазването показателите за здравното състояние на населението не само че не се подобряват, а за някои от тях се забелязва устойчива тенденция за влошаване: смъртност, раждаемост, заболяемост.

Забелязва се, че в обществената дискусия по проблемите на здравеопазването все повече надделява мнението, че ако се осигурят достатъчно финансови средства системата автоматично и без да се извършат организационни промени ще заработи по-добре. Авторът споделя мнението на експерти, че, самоцелното увеличение на предоставените средства не само няма да подобри, а ще задълбочи негативния ефект от действието на една нереструктурирана система. Тези средства ще продължат да възпроизвеждат нейното сегашно действие и резултати. При подобен подход към реформа в системата тя отново ще продължава да не е ефективна, пациентите ще са недоволни, а нейното функциониране ще е в постоянен и хроничен дефицит.

Когато се разглеждат социално-психологически рискове се подчертава, че основното предизвикателство, пред което днес е изправена националната здравна система е ниското доверие на българските граждани към нея. В тази връзка от особена важност в хода на провежданата реформа да се преосмисли и преразгледа съдържанието и приложението на принципа на солидарността в здравно осигурителната система, като тясно се обвърже с приноса на лицето в осигурителната система и неговата отговорност за опазване на здравето му. Принципът на солидарността е фундаментален принцип на организацията, управлението и финансирането на социалните системи и ключов за ефективното функциониране на здравноосигурителните системи.

Отбелязва се, че когато разглеждаме социалните рискове не можем да не подкрепим тезата на много експерти, че издигането на ролята на моралните аспекти на медицинската дейност, на взаимоотношенията между лекар и пациент са поле, което пряко се отнася към осигуряването на устойчивост и доверие към здравната система. Точно тук стои проблемът с отчитането и съобразяването с моралните и етични фактори, стоящи в основата на функционирането на осигурителните системи, над които се надграждат и са свързани правните, икономическите и административни регулатори.

Акцентира се на факта, че върху устойчивостта на здравната система и особено върху системата на здравното оказват влияние и следва да се отчитат всички рискове

свързани с навлизането на пазарни отношения в здравеопазването. Ново явление за здравната практика у нас е налагането и утвърждаването на пазарни принципи съпроводени с безкомпромисна конкуренция между лечебните заведения при привличането на пациенти и при предлагането и осигуряването на медицински услуги. Това постави в нова ситуация взаимоотношенията между медицинския персонал от една страна и интересите на пациентите от друга.

При разглеждането на управленския и институционален риск се прави обстоен анализ на факта, че едно от основните предизвикателства пред реформата в здравеопазването е да се преодолее утвърдилото се мнение, че държавата е приела изцяло неолибералния модел за управлението на здравната система. Това на практика показва, че държавата фактически се е оттеглила от управлението на системата, „абдикирала“ от управлението на тази дейност. Има достатъчно основания да се счита, че в системата на здравеопазването е налице управленска и институционална криза.

Освен това, авторът обобщава, че приетите досега стратегически документи за реформи в здравеопазването се характеризират с липса на взаимна обвързаност, приемственост и последователност, недостатъчна прозрачност и отсъствие на консенсусно начало при разработката им, което доведе до неуспешното им внедряване и негативното отношение на обществото към провежданите реформи в здравеопазването.

Подложена е критика практиката, че необосновано и без сериозни мотиви се забавя въвеждането на електронното здравеопазване, като решаващ фактор за подобряване на ефективността на здравната система. Авторът счита, че само на думи е декларираното разбиране, че това е най-важното средство за осигуряване на по-голяма прозрачност в дейността на системата и за повишаване на качеството и контрола върху оказваните медицински услуги. Подценени са възможностите, които предоставя информационната система да се ограничат значително злоупотребите с обществени средства от страна на изпълнителите на медицинска помощ и за повишаване ефективността на контрола от страна на НЗОК. През последните години се отделиха значителни средства за електронизация на здравеопазването и осигурителната система без особен и видим ефект за обслужването на осигурените и за повишаване на качеството на работа на медицинските специалисти.

При разглеждане на политическия риск се отбелязва, че в програмните документи на всички партии, преди да дойдат на власт, здравеопазването винаги има запазено място и се определя като един от основните приоритети в бъдещата им дейност. Това означава, че проблемите в сектора са напълно осъзнати от тези, на които предстои да управляват и да вземат решения за разпределението на обществените средства по различните функции и сфери на дейност. Заедно с това, главно поради популистки цели при приемането на програмни политически решения от партиите и правителствата, съществува реален риск от забавяне или прибързано приемане на нова философия на здравна политика и нов модел на здравно осигуряване, без да се извърши необходимия анализ за разполагаемите финансови и кадрови ресурси.

Тезата на автора е, че следва да се осигури политически консенсус върху разбирането, че мерките свързани с реформирането на здравната система – икономически, медицински, организационни и социално-психологически следва да са

подчинени на една обща концепция, която да обединява усилията на държавата, работодателите и населението за постигане на ново отношение към здравето на хората, за осигуряване на здравен статус на населението, който да мотивира и да осигурява висока производителност на труда и ново по-високо качество на живота. Това означава да е налице последователна политическа воля и приемственост за издигане на здравето на нацията сред водещите национални приоритети, с цел гарантиране на националната здравна сигурност.

Димитров, Гр. Размисли и виждания за хората с увреждания и за инвалидните пенсии. Сп. „Панорама на труда“.2017,кн.5-6,с.7- 21.

Изходната теза на автора е, че въпреки очевидната взаимовръзка между здравноосигурителната система и фондовете на Държавното обществено осигуряване не е изградена система за отчитане на ефекта от качеството на медицинското обслужване върху разходите, които се поемат от социалните фондове за болнични листа, медицинска експертиза, отпускане на пенсии за инвалидност поради общо заболяване и т.н. Липсва обща и съгласувана политика за оптимизиране на разходите, свързани с резултатите от медицинска експертиза и здравното обслужване, които се изплащат от фондовете на ДОО, въпреки, че е общ източника на финансиране на двата фонда – осигурителните вноски изплащани от работодатели и осигурени лица.

Предлага се да се въведе практиката ръководствата на двете системи още на фаза на подготовка на бюджетите, както и текущо да обсъждат и приемат общи политики и действия насочени за ефективно използване на предоставения финансов и друг ресурс. Приемане на подобен подход ще позволи да се мотивира заинтересованост и потребност от анализ на факторите, които водят до повишени разходи за изплащане на обезщетения от фондовете на двете системи. В този смисъл създаването на координационен съвет /или друга подобна структура/ е полезна инициатива за разработване и провеждане на съгласувани политики от двете осигурителни институции насочени към взаимноизгодни мерки за оптимизация на разходите от бюджетите на двете системи.

В подкрепа на констатацията авторът на базата на подробен статистически материал посочва, че през последните години съществува трайна и устойчива тенденция за увеличаване на броя и размера на отпусканите пенсии за инвалидност за общо заболяване, поради липсата на кардинални промени в реда, начина на провеждането на медицинската експертиза и контрола при отпускането на инвалидните пенсии. Въпреки особената обществена нетърпимост към тази практика не се осъществиха радикални мерки за промени в организацията на дейността на системата на медицинската експертиза на работоспособността при определяне и отпускане на пенсиите за инвалидност и на тази основа да се повиши контролът от осигурителните институции върху нейната дейност. Отбелязва се, че съществуват сериозни корупционни практики при определянето и отпускането на пенсиите. В дейността си органите на ТЕЛК и НЕЛК не осигуряват максимална прозрачност и

обективност, с оглед да се ограничат злоупотребите и деформациите при медицинската експертиза на работоспособността за ползване на това право.

На основата на посочените данни се прави заключението, че е обществена тайна факта получаването на инвалидна пенсия поради общо заболяване е възможност за преодоляване от новите по-трудно достигани условия за отпускане на пенсия за осигурителен стаж и възраст за хората в предпензионна възраст, безработните и тези с различни здравни проблеми при променените условия в пенсионноосигурителната система след 2000 г.. За съжаление в тези практики често са замесени и органите на медицинската експертиза. В подкрепа посоченото се извежда и причината за тази практика - липсата на общ и съгласувателен механизъм между двете институции – ДОО и ТЕЛК, различната им ведомствена подчиненост, очевидно и липсата на общи интереси на медици и социални специалисти за ограничаване на тази практика, са източник на деформации в режима на отпускане на инвалидни пенсии поради общо заболяване. За съжаление тази практика предизвиква негативен обществен интерес и настроения срещу получателите на инвалидни пенсии поради общо заболяване.

В статията са посочени убедителни примери, които доказват тезата на автора - трайна е тенденцията да се увеличава броя и размера на обезщетенията за временна неработоспособност за общо заболяване, главно поради липсата на ефективен контрол от страна на публичните институции.

За съжаление непрекъснатото увеличаване като брой и размер на средствата за обезщетения допълнително натоварва пенсионната и здравноосигурителната системи. Липсват анализи съвместно от двата фонда- здравноосигурителната каса и ДОО и заинтересованост да се преоцени непрекъснатото увеличение на броя на дните за отпуск по болест, както и да се изяснят причините за ескалацията на размера на средствата всяка година, които се изплащат. Както е известно едната институция предписва, а другата изплаща, без да има каквато и връзка между тях по този повод, въпреки , че това е свързано с ежегодно изплащане на обезщетения от около 600млн. лв. и заедно с това предписан отпуск по болест в размер на около 21 милиона работни дни.

В направеният анализ на изплатените обезщетения от посочените източници за периода 2008 – 2016г показва следното, изплатените обезщетения за временна неработоспособност за общо заболяване за сметка на ДОО за периода от 2009 до 2016 г. са се увеличили с 25,6%, а тези за сметка на работодателите повече от два пъти.

Изводът е, че направените промени в Кодекса за социално осигуряване не са изиграли своята роля и назначение и са създали условия всяко осигурено лице да ползва 8,1 дни средно през годината отпуск по болест.

Представеният анализ показва, че покриването на обезщетенията свързани с временната неработоспособност за общо заболяване имат много висока цена. На лицата, придобили това право на основата на оценка на състоянието им от упълномощените медицински институции се изплащат от фондовете на ДДО средства в

размер на повече от половин милиард лева и се разрешава да ползват отпуск по болест равен на над 21 милиона работни дни, т.е. за всеки осигурен средно се предоставя правото да отсъства една седмица от трудовия процес.

В статията се прави изводът, че е крайно време да се създаде организационен механизъм за съгласувани политики на управлението на двете осигурителни системи с цел повишаване ефективността на финансовия ресурс, с който те разполагат в интерес на осигурените лица и на обществото, в което живеем.

Димитров, Гр. Рискове и предизвикателства пред бюджета на НЗОК 2016 . сп. „Панорама на труда“. 2016.кн.9-10.с.26-32

В статията е направен анализ на приходите, разходите и проблемите на предложения бюджет на НЗОК за 2016 година. По същество се предлага да се приеме бюджет, който има за цел да осигури провеждане на реформа в здравеопазването, без обаче в него да се отразят изискванията на приетите изменения на законите за здравното осигуряване и на лечебните заведения.

Подчертава се, че параметрите за приходната част на бюджета са ясни и не се очаква значително нарастване на публичните средства за здравеопазване през тази и следващите години. Публичните разходи за здравеопазване като дял от БВП са около 4 на сто. В този смисъл заключението е, че възможностите за увеличаване на приходите в Здравната каса за годината са крайно ограничени. Подробно са анализирани причините и основанията за направеното заключение.

Мнението на автора е, че проекта за ЗБНЗОК за 2016 г. в разходната му част е разработен без наличието на необходимата поднормативна законова уредба, която урежда дейността на Касата през 2016г.. Посочени са основните дефекти на предложения проект.

Посочва се, че се очаква се Касата да приключи с финансов дефицит, за погасяването на който в проектобюджета не са предвидени средства. Подробно са описани основните причини за формирането на дефицита.

Отбелязва се, че здравната каса има натрупани задължения към публични фондове в Европейския съюз още от 2007г. Дълговете в края на юни 2015г. са в размер на около 146 млн. лева. Разчетите показват, че до декември те ще достигнат до около 176 млн. лева.

Според автора, тревожна е тенденцията за увеличаване на задълженията на болниците. Акцентира се на факта, че не е изяснен реда и източника за погасяване на задълженията на болниците. По данни на МЗ техните задължения са около 400 млн. лв., голямата част от които са на държавни болници. Сериозен е и размера на просрочените задължения. Има реална опасност погасяването на тези средства да е за сметка на предвидените за 2016 г. средства за болнична помощ, което ще дебалансира системата допълнително.

В заключение се подчертава предложението проект за бюджет е бюджет на компромиса и тази практика води до хронично натрупване на дефицити..

Димитров, Гр. Реформиране на финансовия модел на здравноосигурителната система - алтернативи и възможности.
Годишна научна конференция 2017 ВУЗФ.

В статията се разглеждат възможностите за повишаване на ефективността на финансовия модел на здравноосигурителните системи. Разгледани са алтернативи на съществуващия модел на организация и финансиране на системата на здравно осигуряване.

Предлага се преди да се пристъпи към промяна на статуквото в здравната система и нейния финансов модел, на основата на анализа на организационните, финансовите, ресурсните и особено на факторите, които обуславят ефективността на системата, както се подготви и обсъди пакет от организационни, финансови и правни мерки. Задължително трябва да се отчитат и тенденциите на провежданите реформи в страните от ЕС. Наличието на подобен пакет ще допринесе предварително да се оцени ефективността от приетите мерки за подобряване на функционирането на системата и ефекта от очакваното повишаване на качеството на медицинското обслужване.

Счита се, че на първо място в пакета следва да се определи какъв ще е моделът на здравната система, чиято архитектура ясно и точно да се дефинира какво ще е участието на държавата, осигурителните/застрахователните институции и населението в организацията, управлението и финансирането на системата. Позицията на автора е, че основната цел на здравната реформа в България е създаването на либерализирана и икономически стабилна здравна система, изградена на принципа на солидарността, която е ориентирана към пациента. Очакванията на обществото са за здравна система, която е изградена върху приемлив баланс между пазарни отношения и обществена регулация от държавата в интерес на населението.

Позицията на автора е, че когато анализираме вариантите за модел на здравната система изхождаме от характера на социалната политиката, която се провежда от държавата. Отражението на характера на социалната политика, провеждана от държавата, определя и ролята на държавата в организацията, управлението и финансирането на здравната система. В този смисъл моделът на здравната система и особено неговото финансово съдържание модел се определя от поведението на държавата за осигуряване на нейната финансова устойчивост. Отстоява се мнението, че социалната държава трябва да създаде условия / наличие на социални буфери/ за защита от възникващите социални рискове за осигуряването на населението със здравни услуги в обем и обхват, който да покрива техните минимални потребности.

Направен е анализ на обхвата, съдържанието и участниците на пазара на здравни услуги. Предлага се да се разглежда обособения в здравната система пазар на здравни услуги, в два аспекта – на пазар, който обхваща доставчиците на медицински услуги, и пазар на здравни и медицински услуги, предлагани от осигурителни институции и дружества. Въвеждането на конкурентни взаимоотношения на посочените по-горе два пазара на услуги предполага развита специализирана структура, която да може да регулира, управлява и контролира поведението на множеството пазарни субекти в тях.

В анализа се разграничават три пазара на здравни услуги, според източника на средствата за финансиране на предоставените на тях здравни услуги и медицинско обслужване:

Първият, това е пазар на услуги финансирани изцяло с публични средства, заплащани от една или няколко здравноосигурителни институции.

Вторият е пазар на услуги, които се финансират от доброволни здравни осигурителни фондове и от застрахователни компании. Този пазар не е развит и представлява не повече от 1% от общия финансов ресурс на здравния пазар.

Третият, това е стихийен и нерегулиран пазар формиран от т.н. регламентирани плащания от пациентите, с които обикновено се доплащат и/или заплащат изцяло онези дейности и услуги, които не се финансират с публични средства от осигурителната институция. Този пазар обхваща и утвърдилите се последните десет години т.н. неофициални, нерегламентирани плащания, или известни като плащания „под масата”. Техният обхват и размер не може да се следи и контролира.

По изчисления на автора, ако се вземат предвид всички средства, които влизат в здравната система за нуждите и по повод здравето на населението, техният размер няма да е по малко от около 7,5 – 8,0 млрд. лв., което представлява не по-малко от 10 на сто от БВП.

Счита се, че този огромен за нашите мащаби пазар не се регулира, не се управлява, не се анализира и не се отчита ефекта от инвестирането на публични средства и от заплатените от населението огромни средства за подобряване здравето на нацията. В него не са идентифицирани ясно участниците, липсват правила за планиране, регулиране, координация, съгласуваност, отчет и контрол върху размера на вложените средства и тяхното съобразяване с потребностите и изискванията за качествено и достъпно медицинско обслужване и услуги, както на национално, така и на регионално равнище.

Предлага се принципна схема на управление на условно разграничените от нас трите пазара на здравни услуги, с оглед за най-ефективно използване и управление на огромния финансов ресурс, с който те разполагат.

И занаят държавата трябва да регулира управлението на здравната система и да гарантира управлението на цялата система за здравеопазване както и трябва да осигури финансирането на всички дейности, които са нейно конституционно задължение

Предлага да се приеме и последователно да се прилага осигурителен модел, който се основава на наличието на базов задължителен здравноосигурителен фонд, който да гарантира на осигурените лица основен пакет от здравни услуги и услуги. На основата на този базов, основен пакет, по нормативен път, да се създаде възможност той постепенно да се надгражда с различни по обхват и съдържание здравноосигурителни пакети, предлагани на конкурентна основа от здравно осигурителни и застрахователни дружества .

Очевидно е, че здравната каса и в бъдеще ще разполага с ограничен финансов ресурс. Възможностите за увеличаване на приходите в здравната каса в средносрочна и дългосрочна перспектива са крайно ограничени. Позицията на автора е, че трябва обосновано да се заяви на обществото какви са възможностите за финансовата обезпеченост на гарантирания от Касата пакет от здравни услуги.

Оттам нататък трябва да се освободи територия за развитие на надграждащо се допълнително здравно осигуряване, здравно застраховане и кешови плащания. Тази дейност може да стане само по лично желание на гражданите, чрез различни фондове и дружества. Необходимият ресурс за нейното осъществяване обхваща всички онези средства, които сега се плащат от пациентите под формата на регламентирани и/или нерегламентирани плащания.

В статията подробно изхождайки от позициите на системния подход, на основата на принципите, върху които разработен модела на здравната система и архитектурата на осигурителната система, са предложени варианти на структуриране на здравноосигурителни институции, които ползват публичен ресурс.

В заключение е отбелязано, че един от най-важните фактори при определяне на модела на здравното осигуряване следва да бъде формирането на ново отношение на отделния човек и на обществото към здравето, като основа на здравословен стил на живот и за постигане на здравна сигурност на нацията. Това предполага да се въведе нова система от стимули за повишаване на обществената и личната отговорност за здравето на всеки член на обществото.