

СТОПАНСКА АКАДЕМИЯ „Д. А. ЦЕНОВ“

Факултет „Финанси“

Катедра „Финанси и кредит“

Докторант Ана Борисова Иванова

Докт. № D020219184

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертация за присъждане на образователна и научна
и степен „доктор“ (по икономика) по докторска програма
„Финанси, парично обръщение, кредит и застраховка (Финанси)“

на тема:

МОДЕЛИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО: ОГРАНИЧЕНИЯ И ВЪЗМОЖНОСТИ

Научен ръководител:

доц. д-р Анелия Радулова

Свищов

2023 г.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита на заседание на Катедрения съвет на катедра „Финанси и кредит“ при Факултет „Финанси“ на Стопанска академия „Д. А. Ценов“ – гр. Свищов.

Данни за дисертационния труд:

Брой страници – 191

Брой фигури – 50

Брой таблици – 7

Брой литературни източници – 101

Брой публикации на дисертанта – 4

Защитата ще се проведе на 31.03.2023 г. от 10:30 ч. в Заседателна зала „Ректорат“ на СА „Д. А. Ценов“.

Материалите по защитата са на разположение в Отдел „Докторантура и академично развитие“.

СЪДЪРЖАНИЕ НА АВТОРЕФЕРАТА

I. Обща характеристика на дисертационния труд	5
1. <i>Актуалността на темата.....</i>	<i>5</i>
2. <i>Обект и предмет на изследването</i>	<i>6</i>
3. <i>Изследователска теза</i>	<i>6</i>
4. <i>Цел на дисертационния труд.....</i>	<i>7</i>
5. <i>Задачи, работни хипотези и методика на изследването.....</i>	<i>7</i>
6. <i>Обхват на изследването</i>	<i>9</i>
7. <i>Структура на изследването.....</i>	<i>9</i>
8. <i>Приложимост на резултатите от изследването</i>	<i>12</i>
9. <i>Ограничителен периметър.....</i>	<i>12</i>
II. Основно съдържание на дисертационния труд.....	13
<i>Глава първа. МОДЕЛИ НА ФИНАНСИРАНЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ</i> <i>НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.....</i>	<i>13</i>
<i>Глава втора. КОНЦЕПТУАЛНИ ОСОБЕНОСТИ НА</i> <i>ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ.....</i>	<i>16</i>
<i>Глава трета. ФИНАНСОВ МЕНИДЖМЪНТ НА ЗДРАВНИТЕ</i> <i>ОРГАНИЗАЦИИ В КОНТЕКСТА НА РАЗВИТИЕТО НА</i> <i>ПАЗАРНИТЕ ОТНОШЕНИЯ.....</i>	<i>19</i>
<i>Заключение.....</i>	<i>23</i>
III. Насоки за бъдещи изследвания по темата на дисертацията	25
IV. Справка за научните и научно-приложни приноси в дисертационния труд.....	26
V. Списък с публикациите на докторанта	28

VI. Справка за съответствие с националните изисквания по Правилника за приложение на Закона за развитие на академичния състав в Република България.....	29
VII. Декларация за оригиналност на дисертационния труд	30

I. Обща характеристика на дисертационния труд

1. Актуалността на темата

Здравеопазването е високохуманна дейност, изискваща огромен финансов ресурс. То е грижа на всички икономически агенти – държава, фирми и домакинства. Още с учредяването на Световната здравна организация (СЗО) е постигнат консенсус от 61 представители на държави – членки на ООС, че „здравето е състояние на цялостно физическо, психическо и социално благополучие, а не само липса на болести и инвалидност (WHO, 1947). Правилното разпределение на целевите публично акумулирани ресурси за здравеопазване изисква и консенсус за развитие на системата по приоритети и строги механизми за контрола над изразходването на средства. Неслучайно в проекта за Национална здравна стратегия 2012–2030 год. са изведени шест приоритетни направления, сред които на шеста позиция е „Осигуряване на финансова устойчивост на системата – политики за ефективно финансиране“ (Министерство на здравеопазването, 2020). Здравните грижи не са просто жизненоважна необходимост, а цивилизационна норма и трябва да бъдат достъпни за всички граждани. Финансирането в здравеопазването може да се разглежда и като механизъм по набиране, разпределение и изразходване на финансови средства за осигуряване на здравни грижи в необходимото количество и при съответните стандарти за качество. Моделите за финансиране трябва да осигуряват достатъчни и стабилни приходи на всички нива на здравната система и с това да гарантират справедливото и ефективно разпределение на ограничените финансови ресурси. Самото здравеопазване е с два водещи структурни компонента – доболнично и болнично здравеопазване. Втората компонента е практически фундаментът на системата, като за България в нейния център като финансиращ орган стоят Националната здравно-осигурителна каса (с централно управление в столицата София и 28 районни

структури във всеки от 28-те областни градове на страната) и Министерството на здравеопазването като орган за провеждане на държавната здравна политика. Всеки един модел за предоставяне на здравни грижи и здравни услуги е нормативно регулиран и зад него стои политическа воля, респ. даден от избирателите на политиците мандат за действие. Разписаните в чл. 5 от ЗЗО принципи за здравно осигуряване в България – задължително участие, солидарност на осигурените граждани, отговорност за собственото здраве и равнопоставеност – са база за провеждане на политика на качество в здравните услуги, които обаче изискват съответно финансово осигуряване.

2. Обект и предмет на изследването

За **обект** на дисертационния труд се определят моделите на финансиране в здравеопазването.

Предмет на изследването са ограниченията и възможностите в моделите за финансиране на здравеопазването с оглед на неговата специфика и нормативна организация по повод на прилагането им в съответната национална здравна система по примера на лечебните заведения за болнична помощ в България.

3. Изследователска теза

Водещата **теза** в дисертационния труд се свързва с твърдението, че *адаптирането на модела на финансиране на системата на здравеопазването в България към конкретните социално-икономически показатели на средата е необходимо условие за преодоляване на ресурсната нестабилност, резултат от перманентния дефицит на бюджетни ресурси и детерминанти на финансиране, с приоритет върху количеството за сметка на качеството на здравните услуги.*

4. Цел на дисертационния труд

Целта на изследването е да се анализират предимствата и недостатъците на моделите за финансиране на здравеопазването, техните специфики и приложни свидетелства с оглед преодоляване на проблемите при бюджетното осигуряване на здравеопазването в България по примера на лечебните заведения за болнична помощ.

5. Задачи, работни хипотези и методика на изследването

Изследването поставя за решаване следните задачи:

1. Да се анализира нормативната уредба, касаеща болничната дейност в частта финансиране, източниците, методите и контрола върху паричните потоци от пациента към НЗОК и болничното заведение.

2. Да се очертаят основните източници за финансиране на здравеопазването и се идентифицират предимствата и недостатъците на прилаганите, в процеса на организация на здравеопазването, източници на финансиране.

3. Да се идентифицира спецификата на съществуващите в световната практика модели за финансиране на здравеопазването и да се оценят възможностите за прилагането им при финансиране на здравеопазването в България.

4. На основата на емпиричен анализ на динамиката на основните променливи, касаещи финансирането на здравеопазването в България за периода 2017 – 2022 год., да се направи оценка на модела на финансиране на здравеопазването, да се анализира спецификата и се открият проблемите при финансиране на здравеопазването в България.

5. Да се проведе анкетно проучване на мнението на управители на лечебни заведения и пациенти с цел оценка степента на ефективност на начина на финансиране на болничните заведения посредством остойносттаването на здравните услуги чрез клиничните пътеки.

На база подчертания проблемен характер на дисертационния труд се формулират следните **работни хипотези**:

Първа работна хипотеза: Пропуските в стандартизацията, лиценза и рамковия договор и монополът на НЗОК, която едностранно определя стойността на лечението, води до недофинансиране и неефективност в дейността на лечебните заведения.

Втора работна хипотеза: Установената практика за осигуряване на финансов ресурс предимно на основата на стойността на одобрени от рамков договор клинични пътеки не предполага ефективно и целесъобразно използване на финансови средства и ограничава възможността за предоставяне на качествени здравни услуги на населението.

Трета работна хипотеза: Системата за здравеопазване в България, базирана върху над 300 лечебни заведения за болнична помощ по договор с НЗОК формира както дефицити, така и излишъци в териториален и ресурсен план, които корелират с дисбаланси в пространствения обхват на Северозападния район за планиране (BG 31).

В процеса на научно изследване са приложени следните **методи**:

Социологически методи. Поради спецификата на анализираната дейност социологическият метод е много подходящ, за да се направи съпоставка в болничната дейност от всички възможни гледни точки. За целта е използван анкетен метод. Анкетите са две на брой, въпросите са подбрани така, че при резултатите да се постигне максимална прецизност, точност и яснота за проблемите в здравеопазването и конкретно в болничната дейност. Методът Делфи е използван само в базовата си част, тъй като съпоставката за минал и сегашен период не се различава. В този смисъл не се очаква промяна на мнението на анкетирани спрямо отговорите на другите анкетирани. Реформата в болничната сфера е само частична, епизодична и в този смисъл не променя цялостната концепция.

Използван е и *документален метод*, проучени са официални източници на Р България – масивът от документи на Министерството на здравеопазването, Националния статистически институт, Националната здравноосигурителна каса.

Източници на данни: НЗОК, НСИ, МЗ, Евростат, анкетни карти от проведено проучване и др.

За обработка на данните е приложен статистически метод, използван са функционални възможности на MS Excel за обработка на данните, както и за изготвяне на демонстрационни таблици и графики.

6. Обхват на изследването

Времевият обхват на настоящата разработка включва периода от 1998 г. (въвеждането чрез Закона за здравното осигуряване на новия модел за финансиране на здравеопазването в България) до 2021 г. с особен интензитет на данните, анализ и изследванията през последните три години.

7. Структура на изследването

Дисертационният труд е с общ обем 191 стандартни страници, структуриран е в три глави, въведение и заключение по следния начин:

Използвани съкращения	5
ВЪВЕДЕНИЕ	7
Глава първа. МОДЕЛИ НА ФИНАНСИРАНЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	16
1.1. <i>Характерни особености и специфика на здравната система</i>	16
1.2. <i>Теоретичен обзор на моделите на здравеопазване</i>	25

<u>1.2.1.</u>	<u>Модел „Бевъридж“</u>	<u>25</u>
<u>1.2.2.</u>	<u>Модел „Бисмарк“</u>	<u>27</u>
<u>1.2.3.</u>	<u>Модел „Кенеди“</u>	<u>30</u>
<u>1.2.4.</u>	<u>Национален модел на здравно осигуряване</u>	<u>31</u>
<u>1.2.5.</u>	<u>Хибридни модели на здравеопазване</u>	<u>33</u>
1.3.	<i>Реформа в здравната система в България – хронология на създаването и развитие</i>	37
1.4.	<i>Систематизация на източниците на финансиране в здравеопазването</i>	39
1.5.	<i>Приложими форми на организация на здравно осигуряване и опитът на България</i>	43
	<i>Резюме на глава първа</i>	57
	Глава втора. КОНЦЕПТУАЛНИ ОСОБЕНОСТИ НА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ	59
2.1.	<i>Специфика в развитието на системата на здравеопазване в България</i> 59	
2.2.	<i>Източниците и технологията за финансиране в здравеопазването</i>	72
2.3.	<i>Бюджет и обхват на финансиране на здравната система в Република България</i>	76
2.4.	<i>Структура и начин на финансиране на НЗОК</i>	84
	<i>Резюме на глава втора</i>	91
	Глава трета. ФИНАНСОВ МЕНИДЖМЪНТ НА ЗДРАВНИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ В КОНТЕКСТА НА РАЗВИТИЕТО НА ПАЗАРНИТЕ ОТНОШЕНИЯ	93

3.1.	<i>Финансовото управление в здравеопазването – специфики и особености</i>	93
3.2.	<i>Анкетно проучване на управители на болнични заведения, лекари и пациенти относно необходимостта от здравна реформа в болничната дейност</i>	100
3.2.1.	<u><i>Експертна оценка на управители на болнични заведения относно необходимостта от здравна реформа в болничната дейност</i></u>	<u>100</u>
3.2.2.	<u><i>Методика за експертна оценка от лекари за необходимостта от здравна реформа в болничната дейност</i></u>	<u>120</u>
3.2.3.	<u><i>Мнение от пациенти за качеството на здравните услуги – оценка на клиентската удовлетвореност</i></u>	<u>122</u>
3.3.	<i>Синтетичен анализ на данните от анкетирането</i>	141
3.4.	<i>Финансовото управление на здравните институции – предпоставка за финансова стабилност и платежоспособност на здравния бизнес</i>	143
3.5.	<i>Динамика на капиталовите позиции на селектирани лечебни заведения за болнична помощ в териториалния обхват на Северозападния район за планиране</i>	152
	<i>Резюме на глава трета</i>	157
	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	159
	БИБЛИОГРАФИЯ	164
	ПУБЛИКАЦИИ НА АВТОРА ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИЯТА	175
	ПРИЛОЖЕНИЯ	176

A1. Анкетен въпросник към управители на болнични заведения	
.....	176
A2. Анкетен въпросник към лекари	182
A3. Анкетен въпросник към пациенти	185

8. Приложимост на резултатите от изследването

Разработените в дисертационния труд теоретични доводи и изведените емпирични резултати са основа за обогатяване на провежданите политики в сектор здравеопазване и вземане на решения за адекватна и неотложна реформа.

9. Ограничителен периметър

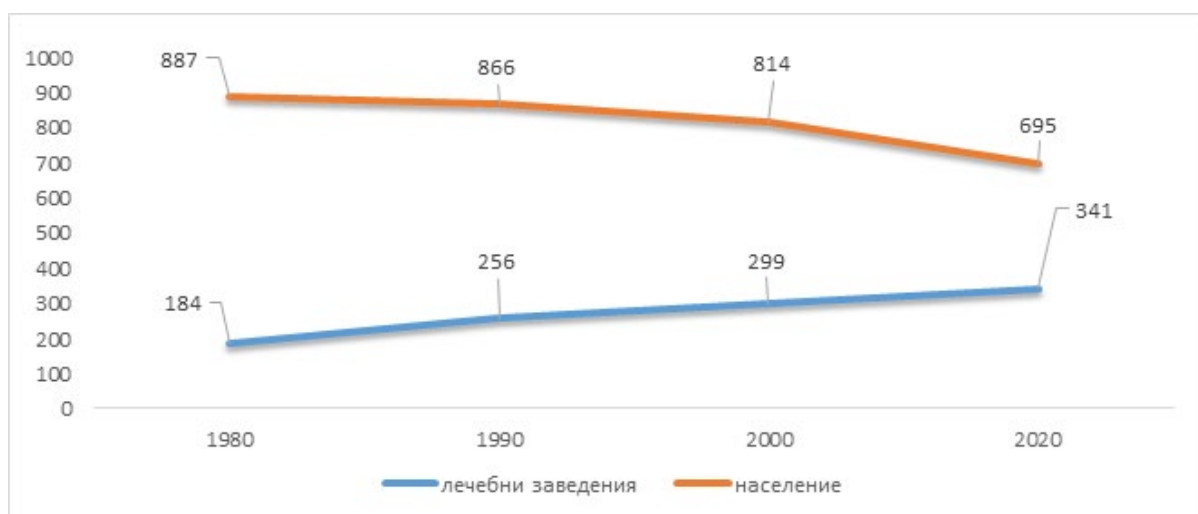
Ограничителният периметър на изследването оставя извън обхвата на анализа пандемията Covid-19 с огромния натиск върху здравната система от 2020 – 2021 год. Действията на политическото и професионалното ръководство на Министерството на здравеопазването и отговорните лица и институции в тази форсмажорна обстановка следва да бъдат оценявани в други, допълнителни изследвания, които изискват и съответен фактор от време и база данни за съпоставими международни сравнения. Извън обхвата на изследването остава и доболничното здравеопазване, което чрез системата на общопрактикуващите лекари е част от въведената преди над две десетилетия реформа в сектора.

II. Основно съдържание на дисертационния труд

Глава първа. МОДЕЛИ НА ФИНАНСИРАНЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Глава първа е с фокус върху теоретичните аспекти на моделите за финансиране и организация на системата на здравеопазване. Анализът на спецификата на системата за финансиране на здравеопазването ни дава основание за следните изводи и обобщения:

Първо. Здравеопазването изисква огромен финансов ресурс, прозрачно управление и контрол върху движението на паричните потоци, както и правилното им изразходване. Финансирането в здравеопазването е предизвикателство в страните по целия свят.



Фигура. 1. Брой лечебни заведения и численост на населението на Република България за периода 1980 – 2019 год.

Непрекъснати реформи има не само у нас, но и в страни с висок стандарт на живот, като в условията на Covid-19 се установи, че всяка национална система има горен предел на функциониране и поставя под угроза икономическото представяне на отделни страни (Mihaylova-Borisova,

2020). Да се гарантира предоставяне на качествени и достъпни здравни услуги може само чрез избор на адекватни модели, източници на финансиране спрямо спецификата на тази дейност. Според източниците за финансиране здравеопазването можем да разделим условно на няколко вида: обществено финансирано здравеопазване, частно финансирано и осигурено от фирмите (Джамбазов, Славчев, Алексиев, Колев, & Веков, 2018) чрез система от споразумения.

Второ. Здравната система е съвкупност от много дейности и много участници в нея. Здравеопазването е система, включваща в себе си много дейности – медицински, политически, икономически, юридически, социални и много други. Участниците в нея се разделят условно на две групи – търсещи медицинска помощ и предлагащи такава.

Трето. Съществуват няколко базисни модела на здравни системи в света и техни производни (хибридни модели със силно национална изразеност). В първата категория следва да оценим предимствата и недостатъците на: а) модел „Бевъридж“, осигуряващ здравна помощ за гражданите от националната здравна служба, като системата се финансира изцяло от данъци; б) модел „Бисмарк“, формиращ средствата за здравеопазване от здравни фондове; в) модел „Кенеди“ (The Out-of-Pocket Model), според който здравеопазването е възложено на частния сектор; г) национални модели с хибриден характер, вкл. модел „Семашко“.

Четвърто. Основните източници за финансиране в здравеопазването могат да се синтезират в две посоки – според източника на формиране на средства в системата и според формата на тяхното използване. Като допълващ източник може да се посочи външното финансиране. При социално здравно осигуряване имаме задължителен елемент, в малки случаи доброволен. То се организира от правителството и е част от трудовото възнаграждение на лицата, заети по трудов договор. Държави, работещи по този модел, са Германия, Франция, Холандия, Белгия и др.

Таблица 1. Съпоставимост на здравните модели по вид финансиране, доставчици и достъпност

<i>Модел</i>	<i>Вид финансиране</i>	<i>Тип доставчици</i>	<i>Достъп до здравеопазване</i>	<i>Държави, в които се прилага</i>
Бевъридж	основно публично, малък % частно, доброволно	публични и частни	достъпно до всички потенциални пациенти	Великобритания, Скандинавските страни, Италия, Испания, Португалия, Гърция и др.
Бисмарк	от вноски на служители и работодатели	частни	достъпно	Германия, Франция, Белгия, Япония и др.
Кенеди	частно	частно	достъпно до част от населението, със средни или високи доходи	САЩ, част от Азия и Швейцария (Петкова - Георгиева, 2019)
Национален модел	частно	частни под държавен контрол	достъпно с универсални програми за достъп	Канада
Семашко	публични	публични	пълен достъп до здравни услуги на всички	Русия, Канада и България до 1990 година
Сингапур	публични	частни	пълен достъп	Сингапур

Източник: Авторско виждане

При частното здравно осигуряване имаме доброволна база. То се осъществява от частни дружества, вноските могат да бъдат фиксирани или диференцирани според здравния риск на пациента. Този принцип на осигуряване е най-разпространен в САЩ и най-малко в Европа. Здравното осигуряване от работодател се оферира като параметри още на етап сключване на трудов договор, когато се уточнява типът на здравната осигуровка. Тъй като при този модел работодателите отделят значителни

средства, те се облекчават от страна на държавата под формата на признати социални разходи или данъчни преференции. Типичен представител на този вид осигуровки са САЩ (Делчева, Евгения МЗ, 1998).

Глава втора. КОНЦЕПТУАЛНИ ОСОБЕНОСТИ НА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ

В обхвата на глава втора се извършва анализ на особеностите на финансиране на здравеопазването в България, като се поставя особено внимание върху ролята и капацитета на НЗОК като основен фактор в българския модел.

От така представения анализ и авторски оценки в глава втора, свързани с особеностите, ограниченията и възможностите при финансиране на здравеопазването, можем да изведем следните резултати:

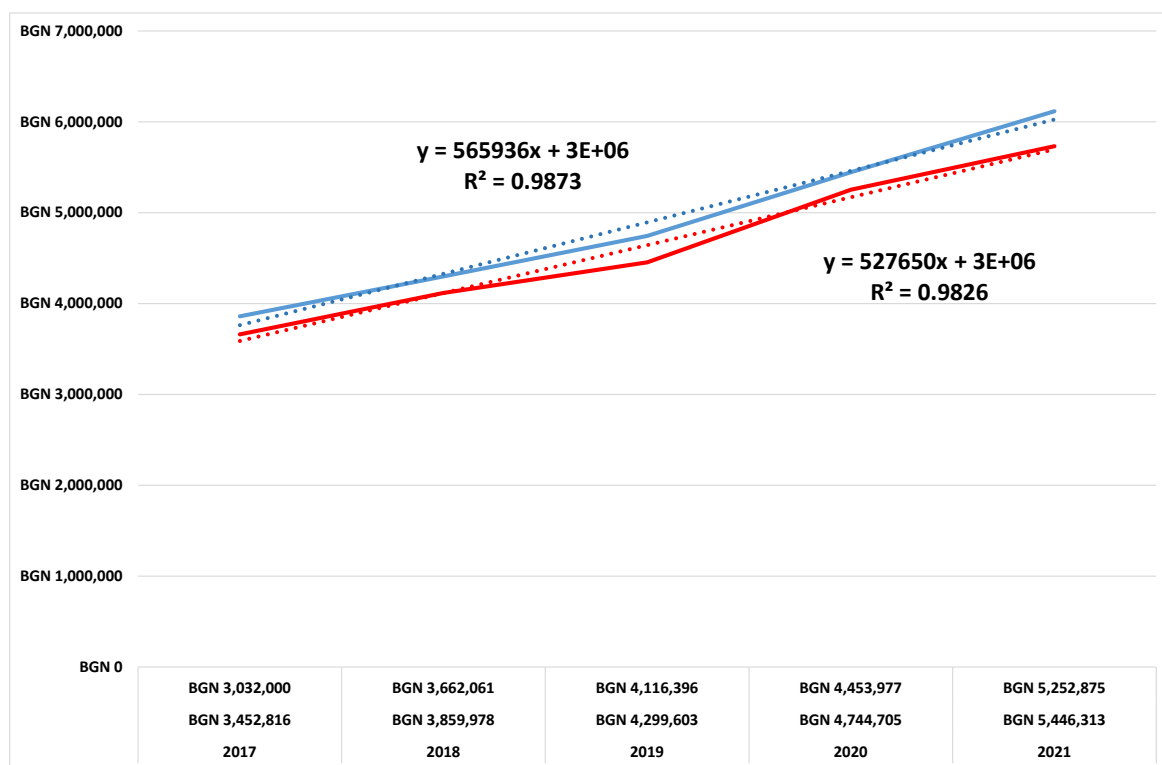
Първо, повечето страни използват показател, който отчита равнището на инвестираните в здравеопазване финансови средства – като процент от БВП. По-обективна картина се постига при използване на ревизиран показател – процент от БВП, отразяващ обема на бюджетните разходи за здравеопазване. Неговата общоприета минимална стойност е 5%. Ако разходите на държавния бюджет за здравеопазване са по-ниски, то според препоръките на СЗО нивото на финансиране на здравеопазването в страната се счита за критично.

Второ, следващите макроикономически показатели, които се използват в международната практика, са:

- разходите за здравеопазване на глава от населението и структурата на финансиране на здравните системи;
- делът на държавните разходи (бюджетно финансиране) в разходите за здравеопазване;

- делът на платените средства за финансиране на здравни грижи от населението като задължителни плащания (данъци, застрахователни премии); – делът на разходите на домакинствата в частното финансиране на здравеопазването.

Трето. Въпреки системния недостиг на направления за специалисти от страна на общопрактикуващите лекари, реформата в голяма степен успя в сектора извънболнична дейност. Издръжката на този сектор не може да се сравни като финансов разход с клиничната дейност. Основното финансиране на здравната система се осъществява чрез реимбурсация по клинични пътеки.

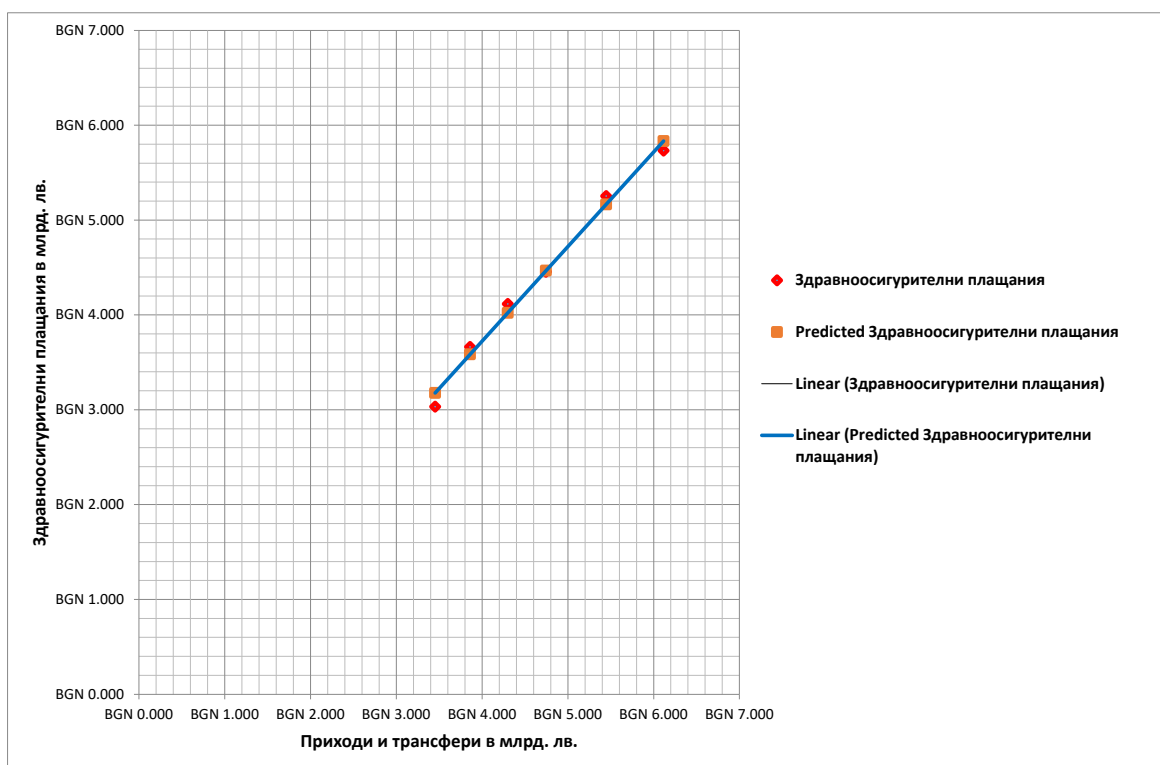


Фигура 2. Тенденции в бюджета на НЗОК (2017 – 2022 год.)

Така след провеждане на лечение и ex ante бюджетирание на медицински дейности по диагностика и лечение, съответното ЛЗБП предявява към НЗОК за реимбурсиране на тези разходи. Техният размер обаче е константен за всяка клинична пътека, независимо от спецификата на лечение на отделните пациенти. Именно тази уравниловка между

уникалните и специфични медицински случаи на лечение създава несправедливост и декапитализация в системата. Бюджетът на НЗОК – единствената работеща здравна каса в страната – за последните три години достигна до 6.116 млрд. лв.

Четвърто. При тестване за значимост на статистически модел по F-критерия на Фишер с интервал на доверителност над 99% се установява значимост на регресионната зависимост на здравноосигурителните плащания от приходите и трансферите в НЗОК от най-висок порядък. Корелационният коефициент за двата времеви реда е положителен и възлиза на 0.995 при стандартна грешка от 0.117.



Фигура 3. Графично разпределение на най-подходящата линия за зависимостта на здравноосигурителните плащания от приходите и трансферите към НЗОК за периода 2017 – 2022 год.

Пето, поради разпределението на извънболничната дейност и уникалната по географски признак наситеност със специалисти в регионите на страната се формира здравна конкуренция между отделните региони и

градове. Обичайно водещите центрове и практики се позиционират в големите областни градове и в по-големите общини.

Глава трета. ФИНАНСОВ МЕНИДЖМЪНТ НА ЗДРАВНИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ В КОНТЕКСТА НА РАЗВИТИЕТО НА ПАЗАРНИТЕ ОТНОШЕНИЯ

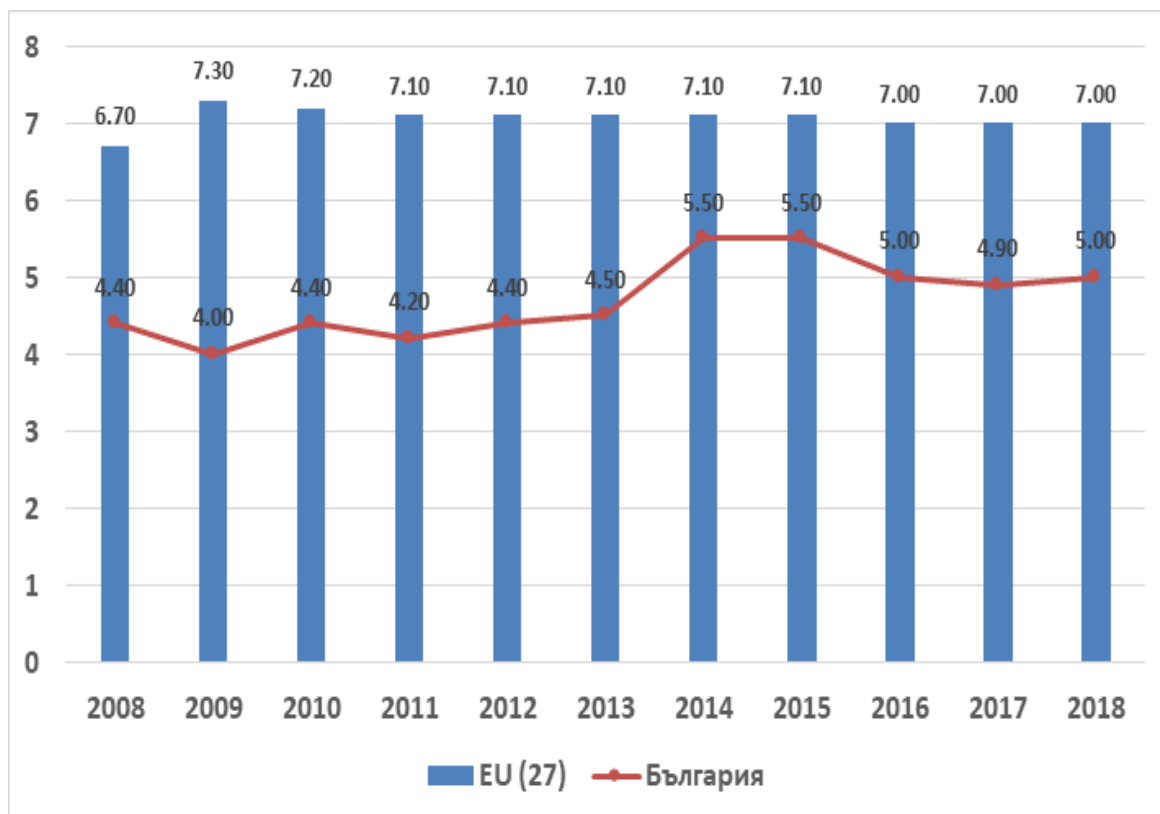
В глава трета се поставя фокус върху проблема за финансов мениджмънт на здравните организации в конкурентна пазарна среда.

От направения анализ в трета глава, отнасящ се към финансов мениджмънт на здравните организации, обвързани с пазарните отношения, могат да се изведат следните резултати, изводи и обобщения:

Първо. Мениджмънтът на здравната система е нетипичен, изисква комплексен подход и умения. Управлението на финансите е основен фактор в здравеопазването. Здравето като краен продукт е жизненоважно и социалнозначимо. Здравната реформа в Р България, продължаваща повече от 20 години, не достига желаната ефективност. Причината за това може да се търси основно в частичните реформи, които се правят на определени периоди от време. Тези реформи затрудняват цялостното функциониране на системата, нарушават връзките в звената му, създават предпоставки за затруднения и грешки.

Второ. Здравеопазването изисква голям финансов ресурс. Основният източник при финансирането на лечебните заведения в България остава НЗОК. Болниците като търговски дружества не успяват да постигнат положителен финансов резултат, нямат средства, които да инвестират. Частните болници стоят на пазара с увеличаваща се конкуренция, което прави държавните дружества все по-неефективни. НЗОК, като единствен

финансиращ орган и като монополист на пазара на здравните услуги, остойностява заплащането по клинични пътеки едностранно.



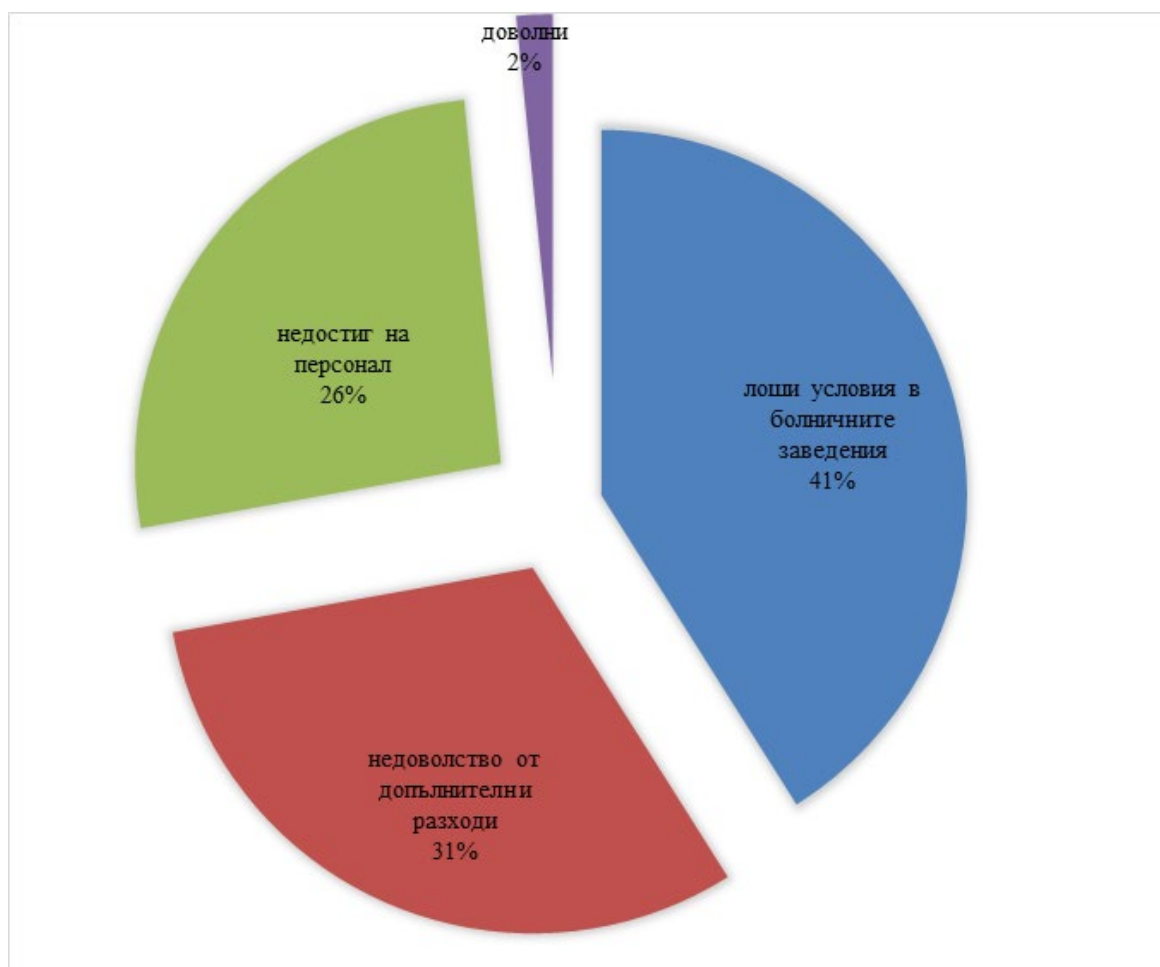
Фигура 4. Относителен дял на бюджетните разходи за здравеопазване в % от БВП за периода 2008 – 2018 г.

Сумата, която се реимбурсира от НЗОК, в голям процент от случаите не покрива направените разходи от лечебното заведение. Необходимо е да се създадат условия за увеличаване броя на здравните осигурители, като към този момент това би могло да се осъществи основно с публични ресурси, както и да бъде основна политика на държавата.

Трето. Реформата в доболничната помощ (ОПЛ, специализирана извънболнична дейност) показва положителна тенденция в този сектор. През последните десет години броят на Медицинските центрове се увеличава. Увеличава се и преобразуването на специализираните лечебни заведения (СБАЛ) в многопрофилни (МБАЛ), като това са основно частните

лечебни заведения. Основен проблем остава връзката между отделните звена на първичната и клиничната лечебни дейности.

Четвърто. От анкетното проучване, направено от автора, можем да потвърдим тезата за острата необходимост от реформа в болничната дейност. То включва като респонденти основните участници в здравеопазването – пациенти и управители на лечебни заведения. Допълнително е обоснована методика за отчитане мнението на лекари. Направеният подробен анализ показва една основна допирна точка между анкетираните страни – необходима е цялостна реформа в сектора на болничната дейност (като основни акценти могат да се изведат – регистрацията като търговски дружества, които нямат достъп до публични финанси; остойностяването на клиничните пътеки и монополът на НЗОК).



Фигура 5. Основни причини за неудовлетвореност на пациентите от болничната дейност в България

	У.МБАЛ СВЕТА МАРИНА ООД			МБАЛ АВИС МЕДИКА ООД			МБАЛ СВ.ПЕТКА АД, Видин			МБАЛ-Никопол ГООД			МБАЛ-Кнежа ГООД		
	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Балансови позиции															
АКТИВ - ОБЩО (А+Б+В+Г)	19218	19981	20738	6998	7509	8356	6565	19901	19958	17545	17455	351	361	417	420
А. Записан, но невнесен капитал															
Б. Негекуши (дълготрайни) активи - ОБЩО (I-IV)	14	1	0	16	3	22	100	3	0			0	0		
I. Нематериални активи				496	1062	1014	2375	16071	15928			301	312	287	276
II. ДМА (I+2.)								16071	15928			233	226	218	212
1. Земи и сгради	190	178	166	433	501	597	2179	1433	1200			65	84	67	62
2. Машини, провиз.оборудване и апаратура	187	306	378	62	34	417	196	33	27			3	2	2	2
3. Съоръжения и други	173	160	302					5	5			0	0		
III. Дългосрочни финансови активи	15786	15786	15786												
IV. Отсрочен данък															
В. Текущи (храникограйни) активи) - ОБЩО (I-III)	47	81	50	282	629	459	579					301	312	287	276
I. Материални запаси	2800	2848	3882	3357	2551	2243	2706	286	290			9	6	10	9
II. Вземания	14	518	64	2826	3239	4593	765	579	1082			34	36	2	2
IV. Парични средства	7	102	99	21	25	25	40	1705	964			7	7	118	133
Г. Разходи за бъдещи периоди															
ПАСИВ - ОБЩО (А+Б+В+Г)	19218	19981	20738	6998	7509	8356	6565	19901	19958					417	420
А. Собствен капитал (I-VI)								11153	11189						
I. Записан капитал	1102	1102	1102	5	5	5	5	3767	6183			88	88	88	88
IV. Резерви	567	567	567	1124	1124	1125	1125	93	88			325	325	325	325
V. Негрупа на печалба (загуба) от мнлн. години	1284	2520	3617	4371	4898	4633	2347	-4319	-4092	-3967	-3814	-881	-934	-815	-706
1. Неразпределена печалба	1288	2524	3622	4371	4898	4633	2347			0	0	16	16	135	244
2. непокрита загуба	4	4	5					3967	3814			-897	-930	-930	-930
VI. Текуща печалба (загуба)	1236	1098	1302	527	114	1358	987	170	21			-53	118	109	139
В. Задължения, в т.ч.	15029	14694	14150	970	1367	1235	2101	3931	3645			799	721	667	555
1. До 1 година	6177	7305	8491	970	1367	1235	1131	2764	2879			112	129	192	149
2. Над 1 година	8852	7389	5659	0	0	0	970	1167	767			687	592	475	406
Г. Финансираня и приходи за бдл.периоди								2621	500			54	24	24	0

Пето. Финансирането в сектора здравеопазване е недостатъчно. Анализът на капиталовите позиции и баланса на избрани лечебни заведения в Северозападния район за планиране (BG31) – частни и държавни – показва повишаване на разходите и намаляване на приходите в целия сектор. При оценката на приходите и разходите на конкретните лечебни заведения се потвърждава хипотезата, че частните болници стоят стабилно на пазара на здравни услуги и отчитат рекапитализация. Държавните и общинските увеличават разходите и задълженията, понасят загуби, отчитат декапитализация. Всичко това се случва при равен достъп до конкурентен пазар, на който частните ЛЗБП имат устойчиво по-добри финансови показатели.

Заключение

За подобряване на структурата и начина на функционирането в сектор здравеопазване в Република България е необходима сериозна цялостна реформа. Практиката в последните години показва, че частичните реформи не само че не са ефективни, но и засилват проблемите там, където ги има още в по-голяма степен. Болничната дейност е необходимо да се реформира като структура, организация и най-вече обезпеченост с финансови потоци. По-доброто здравеопазване изисква, държавата да отдели по-голям обем от средства за обучение, иновации и инвестиции. Медицината се развива с огромни темпове, изоставането в този ръст от страна на държавните и общинските болници води до по-ниско качество на предоставената услуга.

Монополът на НЗОК се очертава като един от най-важните проблеми пред нашата здравна система. От една страна, монополът е нездравословен за пазарната икономика, защото болниците са на пазара като търговски дружества и като такива те не могат да разполагат с публични финанси. От

друга страна, бюджетът на НЗОК е твърде голям по размер на акумулираните годишни ресурси, за да се разчита на привличане на частни инвеститори за въвеждане на конкурентни алтернативни здравни каси.

Големият брой лечебни заведения също влошава качеството на услугите в болничната дейност, тъй като един и същ финансов ресурс – събирането на здравните вноски – се разпределя на много по-голям брой получатели. Именно в това е основата на т.нар. и обществено популярен процес на „източване“ на НЗОК. Много голям брой от малките държавни/общински болници не могат да извършват основни пакети по лечение, усвояват конкретна здравна пътека и изписват пациента – който се хоспитализира в болнично заведение, което има ресурса да осъществи лечението и отново усвоява клинична пътека. Необходимо е да се въведат нови правила за лиценз и изисквания за покриване на медицински стандарти, както и завишаване на изискванията по Националния рамков договор. Това ще позволи нормално функциониране на лечебните заведения, които извършват болнична дейност на високо ниво на качество на предоставяната здравна грижа – диагностика и лечение.

От много голяма необходимост е, държавата да подпомага сектора на здравеопазването. Здравето не е продукт с номинална стойност и е с изключителна социална насоченост. Необходима е спешна реформа в юридическия статут на лечебните заведения. Тяхната настояща регистрация по ТЗ определено се явява пречка пред дофинансирането с публични бюджетни ресурси (извън тези от НЗОК).

III. Насоки за бъдещи изследвания по темата на дисертацията

Вследствие на подчертаната проблемност на изследването и неговата пряка връзка с общественото благосъстояние като възможни насоки за бъдещи изследвания могат да се посочат:

Първо. Провеждане на анкетно проучване сред респонденти от лекарското съсловие относно посоката и графика за реализация на здравна реформа и подобрене в справедливостта на финансовите потоци в модела за финансиране на здравеопазването в България.

Второ. Оценка на стратегическия характер на системата от ЛЗБП и тяхната пригодност за функциониране в бъдещи пандемични кризи.

Трето. Развитие на методика за изследване на процесите на недобросъвестно отчитане на клинични пътеки към НЗОК, които водят до неефективно разходване на събран чрез обществена здравноосигурителна система ресурс от осигурени лица.

Четвърто. Изследване на паричните потоци между фармацевтичните компании и ЛЗБП в търсене на възможни слабости в системата, които се основават на ценови дисбаланси между частни и държавни болници.

IV. Справка за научните и научно-приложни приноси в дисертационния труд

Първо. Чрез критичен анализ на системата на здравеопазване в България са изведени и обосновани тенденции и проблеми, които потвърждават обществената актуалност на темата за належащата промяна в начина на финансиране на здравеопазването, реформа в правния статут на лечебните заведения за болнична помощ с цел подобряване в показателите за здравен статус на населението в България.

Второ. Изведени са основните характеристики на моделите на финансиране в световен аспект и е приложен еволюционен анализ на модел, който се прилага за здравеопазване чрез здравно осигуряване в България. Очертани са предимствата и несъвършенствата, ограниченията и възможностите на конкретните модели. Аргументирани са положителните характеристики на всеки един модел и неговия обхват на приложение в различните държави, съобразно географска специфика, степента на развитие на пазарните отношения, история и политическо измерение във всяка една от тях.

Трето. Проведен е регресионно-корелационен анализ на зависимостта на здравноосигурителните плащания от приходите и трансферите в НЗОК. При тестване за значимост по F-критерия на Фишер, с интервал на доверителност над 99%, се установява значимост от най-висок порядък с потвърдени резултати и чрез статистически анализ на данните на верижна база.

Четвърто. С цел установяване на ефективно функционираща здравна система в сектора здравеопазване в България е апробиран инструмент за анкетно проучване, насочен към трите основни групи – управители на лечебни заведения, лекари и пациенти, с извеждане представителни данни

от респондентите с вербално-графични модели в частта за лечебните заведения и за пациентите.

Пето. На основата на анализа на резултатите от проведеното изследване относно начина на функциониране на модела на здравеопазване, прилаган в България, неговите преимущества и несъвършенства са изведени виждания относно необходимостта от цялостна реформа в сектора с цел повишаване ефективността на финансовите потоци в здравеопазването и постигане на социален резултат – по-добро здраве за всички и позитивен икономически ефект от това.

Шесто. Чрез емпирично изследване на данни от финансови отчети на селектирани лечебни заведения от Северозападния район за планиране са потвърдени оценките за значителни диспропорции както по отношение на географско разположение, така и по отношение на собственост, където частните болници отчитат подобрени финансови показатели, а държавните областни и общинските – понесят загуби и натрупват дългове.

V. Списък с публикациите на докторанта

I. Студии (2 бр.):

Иванова, А. (2022). Реформата в болничната дейност в България – модели за финансиране и експертна оценка на състоянието. Народностопански архив, (4), с. 88-108, URL: <https://nsarhiv.uni-svishtov.bg/title.asp?title=2791>

Иванова, А. (2020). Финансиране на системата на здравеопазване в Р България – състояние, тенденции, възможности за оптимизиране. Годишен алманах на научни изследвания на докторанти, (XIII), с. 455-475, URL: <https://almanahnid.uni-svishtov.bg/title.asp?title=2662>

II. Статии (1 бр.):

Иванова, А. (2019). Източници и модели за финансиране на здравеопазването – специфика и ефективност при предоставянето на здравни услуги. Годишен алманах на научни изследвания на докторанти, (XII), с. 313-324, URL: <https://almanahnid.uni-svishtov.bg/title.asp?title=1524>

III. Научни доклади (1 бр.):

Иванова, А. (2021). Финансово управление на здравеопазването. Доклади от научна конференция „Логистиката и обществените системи“. ИК на НВУ „Васил Левски“, ISSN 2738-8042, с. 665-662.

VI. Справка за съответствие с националните изисквания по Правилника за приложение на Закона за развитие на академичния състав в Република България

Национално изискване в брой точки: **30,00**

Брой **студии**, публикувани в нереферирани списания с научно рецензиране или публикувани в редактирани колективни томове: 2 бр.

Брой точки за автора: 30

Брой **статии**, публикувани в нереферирани списания с научно рецензиране или публикувани в редактирани колективни томове: 1 бр.

Брой точки за автора: 10 точки

Брой **доклади**, публикувани в нереферирани списания с научно рецензиране или публикувани в редактирани колективни томове: 1 бр.

Брой точки за автора: 10

Общ сбор точки: 50,00 > 30,00

VII. Декларация за оригиналност на дисертационния труд

Дисертационният труд в обем от 191 стр. под заглавие: „*Моделите за финансиране в здравеопазването: ограничения и възможности*“ и автореферата към него са автентични и представляват собствена научна продукция на автора. В тях са използвани авторски идеи, текстове и визуализация чрез графики, схеми, таблици и формули, като са спазени всички изисквания на Закона за авторското и сродните му права чрез надлежно цитиране и позоваване на чужда авторска мисъл, както и данни, включително:

1. Постигнатите в дисертационния труд резултати и изведени приноси са оригинални и не са заимствани от изследвания и публикации, в които авторът няма участия.

2. Представената от автора информация във вид на копия на документи и публикации, лично съставени справки и др. съответства на обективната истина.

3. Научните резултати, които са получени, описани и/или публикувани от други автори, са надлежно и подробно цитирани в библиографията.

Дата: 19.01.2023 г.

Докторант:

(Ана Борисова Иванова)