
РЕФОРМАТА В БОЛНИЧНАТА ДЕЙНОСТ В БЪЛГАРИЯ – МОДЕЛИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ И ЕКСПЕРТНА ОЦЕНКА НА СЪСТОЯНИЕТО

Ана Борисова Иванова¹,

¹Стопанска Академия „Д. А. Ценов“ – Свищов, България

E-mail: ¹abivanova@abv.bg

Резюме: Настоящото изследване акцентира върху спецификата на съществуващите в световната практика модели за финансиране на здравеопазването. Направен е кратък преглед на спецификата на здравната система в България. На основата на анкетно проучване относно необходимостта от здравна реформа в болничната дейност са очертани тесните места при финансиране на здравните услуги на населението. Изведени са основните проблеми, резултат от перманентния недостиг на финансови ресурси и детерминирани от методите на финансиране, даващи предимство на количеството, а не на качеството, на предоставяните здравни услуги. Оценена е и степента на ефективност на клиничните пътеки като метод за заплащане в болничната дейност.

Ключови думи: здравеопазване, реформа, модели на финансиране, анкета.

Тази статия се **цитира**, както следва: **Иванова, А. (2022).** Реформата в болничната дейност в България – модели за финансиране и експертна оценка на състоянието. Народностопански архив, (4), с. 88-108.

URL: www2.uni-svishtov.bg/NSArhiv

JEL: I11, I12, H51.

* * *

Въведение

Финансирането в здравеопазването е съвкупност от инструменти – финансови, управленски, социални, политически и др. Доколкото предоставянето на здравни услуги е от жизненоважно значение за развитието на една нация, то въпросите за финансиране заемат важно място както в теоретичните дискусии, така и в практиката при разработване на здравни системи в света. Основният въпрос, който стои пред избора на модел за финансиране, е възможността за осигуряване на необходимите финансови ресурси за покриване на разходите при нарастване търсенето на медицински услуги. В този смисъл 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. Независимо кой модел на финансиране се прилага в съответната държава, обезпечаването на необходимите икономически ресурси за здравни услуги е сложен проблем, чието решение обикновено се търси в рамките на икономическото регулиране.

Финансирането в здравеопазването е тема, която се дискутира все по-широко. Както в целия свят, така и у нас последните две години се оказаха стрес-тест за всички здравни системи. И въпреки че нашето здравеопазване е актуална тема повече от две десетилетия основно в частта с реформирането ѝ, то по време на пандемията от COVID-19 се показаха ясно основните пробойни – именно недофинансирането ѝ. Високата смъртност, сравнена с другите страни, тотален недостиг на медицински кадри и ред други проблеми предизвикаха остра полемика сред специалистите по финанси, медицина и мениджмънт относно необходимостта от цялостна реформа в здравеопазването. Здравната система е сложна по своя характер и структура. Необходима е политическа и финансова подкрепа, за да може системата да се реформира поне до степен, в която да функционира. Системата е тежко болна и има нужда от лечение.

Целта на настоящото изследване е идентифициране спецификата на прилаганите в световната практика модели за финансиране на здравните услуги и оценка, на основата на експертно мнение, на проблемите пред организацията и финансирането на здравната система в България. **Обект** на изследване са моделите за финансиране на здравеопазването, а **предмет** – организацията и финансирането на здравеопазването в България.

Основната идея в разработката е разбирането за финансовото управление в сферата на здравеопазването като система за финансиране на блага и услуги, преразпределение на доходи, реализация на финансови

активи, привличане на инвестиции, стабилност и устойчивост на здравните заведения.

1. Действащи модели за финансиране на здравеопазването

Съществуват няколко типа здравни системи в света, като три от тях се прилагат в по-голямата част от света в чиста форма или смесена и два други, които не са предпочитани поради специфичните им особености. Основните практически приложими модели са: „Бевъридж“, осигуряващ здравна помощ за всички граждани, без значение на финансовото им състояние; модел „Бисмарк“, формиращ средствата за здравеопазване от здравни фондове, и модел „Кенеди“, според който здравеопазването е възложено на частния сектор (Иванова, 2019).

1.1. Модел на Уилям Бевъридж

Създаден от Уилям Бевъридж, държавен служител и социален реформатор във Великобритания, през 1942 година на миналия век (Reynolds, 2018). По негова идея е създадена първата здравна служба – Националната здравна служба (NHS), финансирана изцяло от данъци (Beveridge, 1942), която функционира и до днес. Целта е да се осигури здравеопазване във всяко кътче на страната, като нищо няма да се заплаща директно, на място. Основава се и се налага модел на здравеопазване, при който всяко едно посещение на пациент в здравно заведение се финансира от тази Национална здравна служба.

Моделът на **Бевъридж** е базиран в организацията в здравеопазването в по-голямата част от икономически развитите държави: Великобритания, Испания, по-голямата част от Скандинавия и Нова Зеландия. Хонг Конг има собствена здравна система, която също е основана на принципа на Бевъридж, а Куба прилага тази система в най-чистия и краен вид – изцяло държавно финансиране. Когато една държава възприеме модела за финансиране на здравеопазването от данъци (Великобритания), това означава, че реално над 50% от приходите са от данъчната система. Здравните услуги в тези държави се ползват от всички, независимо от приноса на пациента – т.е. достъпът до медицински грижи е право на всеки, независимо от здравноосигурителния му статус (Стайков & Георгиева, 2018). Когато населението е здраво, то е полезно за производството на блага и ресурси на своята държава. Свободният достъп до здравеопазване осигурява по-високо качество дори на жизнения стандарт на човешкия живот. Последствията са по-малко болнични, по-кратки боледувания и по-голяма трудоспособност на цялото население.

1.2. Модел Бисмарк

Неговият създател е пруският канцлер Ото фон Бисмарк и се основава на идеята за социална държава, резултат от обединението на Германия през 19 век. Моделът Бисмарк е основан на здравни каси, относително много на брой и работещи в конкуренция помежду си. Те се финансират от съвместни вноски на служителите и работодатели. Въпреки че е европейска, тази система се прилага в САЩ. За разлика от американския модел обаче, този на Бисмарк цели да покрие всички здравни услуги. В настоящия момент този модел на финансиране на здравеопазването се прилага в Белгия, Германия, Франция, Япония, Швейцария и в някои страни на Латинска Америка. Той е социално насочен и се осигурява от системата на публичните финанси (Health care systems - four basic models).

Моделът Бисмарк „размива“ потока от финансови средства, вкарва в конкуренция касите, но запазва принципа на самоуправление. За да има добър, работещ модел, държавата трябва да има по-засилена и адекватна политика в сектор здравеопазване в частта с финансиране.

1.3. Модел „Кенеди” (The Out-of-Pocket Model)

Този модел е подходящ и би могъл да се приложи само при най-развитите индустриално държави – от всичките близо 200 държави в света, създали здравни системи, този модел е приложим най-много в 40 от тях (Health care systems - four basic models). Системата се базира на частни медицински вноски, които само богатите могат да си позволят, а бедните нямат достъп до здравна помощ изобщо. В Африка, Индия, Китай, Южна Америка има отдалечени селски и бедни региони, в които живеят хора, които никога не са ползвали услугите на лекар. В тези бедни региони пациентите нямат средства да платят на лекар и заплащат в натура. Съществуват и части от населението, които изобщо не получават никаква здравна помощ (Health care systems - four basic models).

Това е най-слабият модел като социална значимост. Независимо от несъвършенствата на предходните модели, този не позволява достъп до здравеопазване на група от пациенти с нисък доход или без такъв.

1.4. Модел „Семашко“

Моделът „Семашко“ е кръстен на създателя на здравната система на Съюза на съветските социалистически републики СССР – проф. Николай Семашко. Нейната основа е създадена в голямата си част от британската здравна система „Бевъридж“, но абсолютно изключва всякаква възможност за частни доставчици на здравни стоки и услуги (Веков, Салчев, Велева, Джамбазов, & Стефанова, 2020). Това е единственият

модел, в който няма разнообразие при финансиране, както е при всички останали здравни системи. При тази система в сектор здравеопазване държавата е абсолютен монополист, като той се финансира от общи данъци, заплащането се извършва от публичните финанси, а медицинските специалисти са държавни служители. За потребителя услугата е абсолютно безплатна, но и с характерна ниска ефективност.

1.5. Здравна система „Сингапур“

Здравната система на Сингапур се откроява основно със своята уникалност. Това е един много успешен модел, който съвместява държавно регулиране и принципите на конкурентост на пазара. Тази система се финансира от лични здравни вноски, но цените и структурата се контролират пряко от държавата. Основата ѝ е базирана на индивидуална отговорност и подкрепа на социално слабите граждани (Веков, Салчев, Велева, Джамбазов, & Стефанова, 2020).

1.6. Модифициран модел на здравно осигуряване (НН)

Този модел на здравеопазване съдържа в себе си елементи на двата предходни – тези на Бевъридж и на Бисмарк. Предимствата на този модел са, че плащанията идват от осигуряващите се, контролират се от правителството, а доставчиците на здравни услуги са изцяло частни. При такава форма на организация на здравеопазването няма потребност от финансов мотив или реклама, няма отхвърлени претенции, застрахователните програми са универсални, евтини и опростени.

Типичен пример за този начин на здравеопазване е Канада: правителството договаря от частните доставчици цени в най-нисък ценови диапазон, което прави лекарствата много по-евтини от тези в САЩ, вследствие на което американските пациенти ги закупуват от канадските аптеки. Здравеопазването в Канада е ресор на сектор от държавната администрация, наричан Health Canada. Програмата за здравеопазване се нарича Medicare. Набавянето на финансов ресурс за системата е разнопосочен – наеми, лихви, дивиденди, такси, услуги и данъчни постъпления (Драгнева, 2014). При тази система се контролират и ограничават медицинските услуги, като много често пациентите чакат за дадено изследване дълго време.

2. Специфика на здравната система в България

Организираното здравеопазване в България се създава след Освобождението (Драгански, 2005).

Здравната реформа в нашата страна започна след 1998 година, с визия и идея за цялостно реформиране във всички нива и всички сектори (Веков, 2009). Първият закон, касаещ здравеопазването в България, е приет чак след 1900 година. След 1948 година частните болници се одържавяват и минават изцяло на управление и бюджет от държавата. До 1990 година България използва здравният модел „Семашко“. Малко след това започва ограничаване на държавните разходи, с цел държавата да бъде облекчена, и се правят първите стъпки към здравноосигурителна система. През 1999 година се създава Националната здравна каса, която първоначално работи с 88 частни и 312 държавни и общински лечебни заведения, през 28 РЗОК – регионални звена. Приходите в здравната каса се събират основно от частния сектор, а касата от своя страна сключва договори с лечебни заведения, на база на които заплаща дейността им. Допълнителни приходи в касата се генерират от държавните и общинските бюджети. Общините от своя страна финансират всички здравни заведения, които нямат договори с националната каса. Частните здравни заведения, които не са сключили договор с касата, работят само срещу заплащане (Георгиева, 2007).

Бавно и постепенно общините и държавата спират финансирането на здравните заведения. Регистрирани като търговски дружества, лечебните заведения по смисъла на закона извършват търговска дейност и не могат да разполагат с публични средства. Законът за народното здраве регламентира взаимоотношенията в здравеопазването да края на 2004 г. Реформата в сферата налага новоприетият Закон за здравето (10.08.2004, влизащ в сила от 01.01.2005), който регламентира тези взаимоотношения в здравната сфера, дава се правна уредба на възникнали въпроси от началото на реформата, които са свързани с медицинската практика. Законът за лечебните заведения регламентира устройството и дейността им. В този закон обаче се съдържат и правила, които засягат и взаимоотношенията между лечебните заведения и взаимоотношенията им с Националната здравна каса (ФИНАНСИТЕ, 2005).

През този дълъг период – от 1990 година до 2022, са направени няколко малки частични реформи и две големи – едната е в доболничната дейност – организацията ѝ, а другата именно това преобразуване на лечебните заведения в търговски дружества. Разбира се, освен здравната каса и съсловни организации – в случая БЛС (Български лекарски съюз) – са страна по взаимоотношенията между касата и пациентите. До момента

се реформират основно медицинската дейност, обема на заплащане и не се взема предвид пациентът, който не може да разполага реално със средствата, с които той финансира цялата тази дейност (здравните осигуровки). Освен организацията на самата медицинска дейност и остойностяване на клиничните пътеки, възниква остра необходимост от специалисти по икономика на здравеопазването, които да могат да реформират изцяло паричните потоци в здравната сфера. Резултатът от намеренията на правителствата и неререформираната здравна система са изцяло в ущърб на пациентите, но и на медицинските специалисти. Все по-трудно става управлението и на самите лечебни заведения, които все повече трупат задължения и страдат от липса на медицински кадри.

3. Анкетно проучване на управители на болнични заведения относно необходимостта от здравна реформа в болничната дейност

3.1. Обхват и структура на анкетната карта

Анкетата е изпратена на управители от всякакъв вид болници, за да може да се постигне максимално ясен поглед върху настоящата ситуация в нашето здравеопазване.

Резултатите от анализа се основават на експертно мнение на база направени анкети и той се състои от два показателя: **качествен и количествен**, както и от два етапа. За целта са попълнени 19 броя анонимно анкети със 17 въпроса на управители на болнични заведения от всеки тип (държавни, частни и общински). Въпросите целят да предоставят мнението на директорите на болниците във всяко едно отношение, свързано с болничната дейност (*анкетата е направена онлайн в платформата на google*).

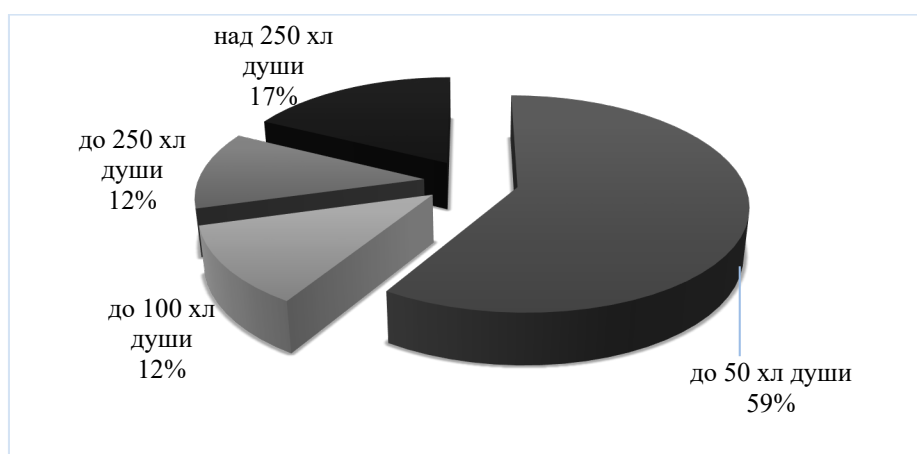
Първите въпроси от анкетата имат общ характер (*от 1 до 6 въпрос*), целящ получаване на представа за вида на населеното място (*голямо, средно, малко*), типа на болницата (*частна, общинска, държавна*), както и брой зает персонал – медицински и немедицински. Тези параметри дават по-ясна представа, дали между различните дружества и брой управлявани финансови средства има полюсно разминаване в отговорите на анкетираниите.

От *седми до четирнадесети* въпрос анкетата засяга вида на финансиране и обем дейност на работи по клинични пътеки за всяко съответно лечебно заведение.

Последните три въпроса (15, 16 и 17) имат за цел да синтезират становището на управителите, касаещо необходимостта от радикална реформа в болничната дейност.

3.2. Експертна оценка на управители на болнични заведения относно необходимостта от здравна реформа в болничната дейност

Разпределението на респондентите според населеното място, в което се намира лечебното заведение, е, както следва: 58.8% – в малко населено място, с до 50 000 души население; 1.8% – в населено място до 100 000 души; 11.8% – в населено място до 250 000 души и 17.6% – в населено място над 250 000 души (вж. Фигура 1).

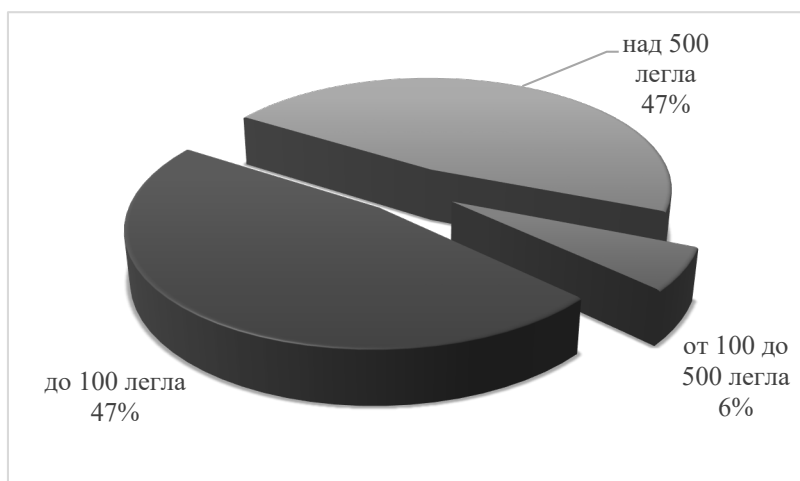


Фигура 1. Разпределение на респондентите според броя население, в което оперира лечебното заведение

По този показател най-много отговорили в анкетата са болничните мениджъри на малки и средно големи населени места, като близо 20% са директори на болнични заведения от най-големите градове в България.

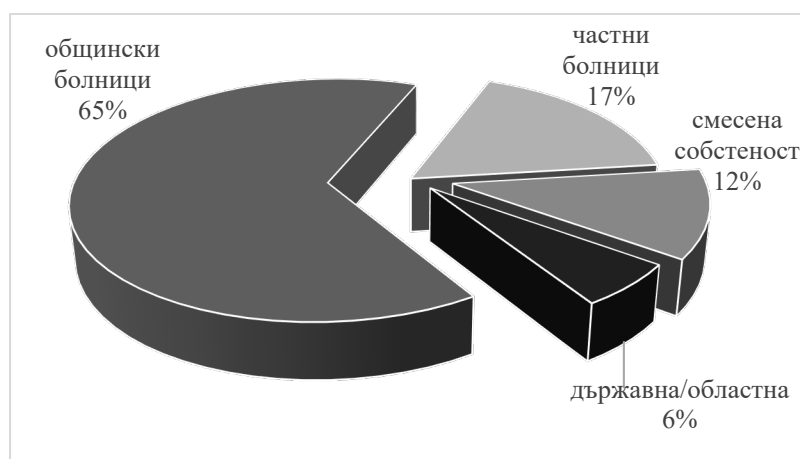
2. Вторият въпрос е колко е голяма легловата база на болницата, която управлявате? Легловата база е един от основните показатели за структурата на болничните заведения. Отговорите са следните: 47.1% малките болници (до 100 легла); 47.1% големите болници (над 500 легла); 5.9% болниците от средно голям тип (от 100 до 500 легла) (вж. Фигура 2).

Отговорите дават яснота за големината на болниците, чиито управители са анкетирани. Те са от всички видове в страната – от най-малките – до 100 легла – до най-големите – над 500. Тук трябва да поясним, че има малки общински болници с леглова база 50–60 легла, както и големи областни болници с легла над 1500 бр.



Фигура 2. Леглова база

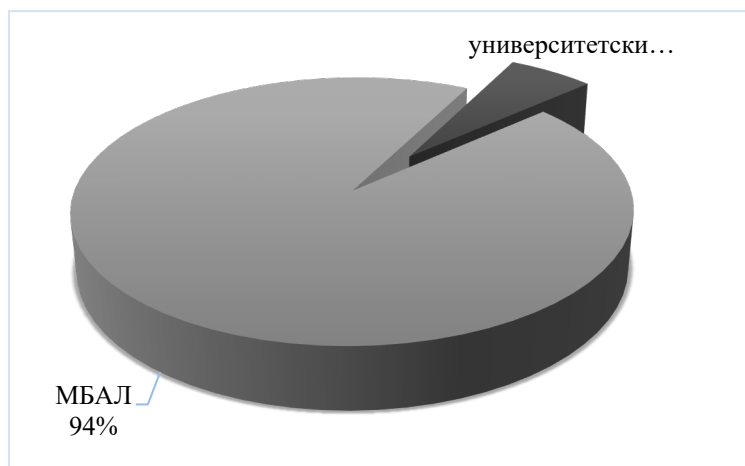
3. Въпрос три дава информация за вида на болничното заведение според собствеността. Те се разпределят по следния начин: 64.7% са общинските болници; 17.3% са частните; 11.8% смесена собственост – общинска и държавна и 5.9% са държавна/областна (вж. Фигура 3);



Фигура 3. Вид собственост на лечебното заведение

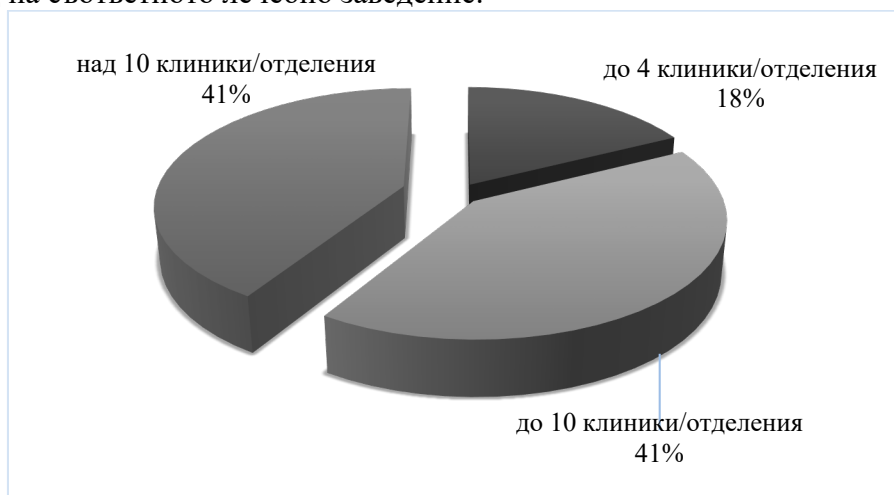
4. Четвърти въпрос дава информация за вида на здравното заведение, според регистрация по лиценз в Министерството на здравеопазването. От общия дял, участвали в анкетата, най-много са управителите на МБАЛ (Многопрофилна болница за активно лечение, това са здравни заведения с най-малко три различни отделения или клиники, по различни по вид специалности) МБАЛ е акредитирано лечебно заведение от МЗ за осъществяване на болнична дейност с необходим обем, разрешен в

лиценза (МЗ, НАРЕДБА № 18 ОТ 20 ЮНИ 2005 Г.). В настоящото изследване 5.9% са Университетски болници (Акредитирано болнично заведение, имащо сключен договор с Медицински университет за обучение на студенти и специализанти) (МЗ, Наредба 8 от 13 ноември 2019 г) и 94.1% са МБАЛ.



Фигура 4. Вид здравно заведение според регистрация

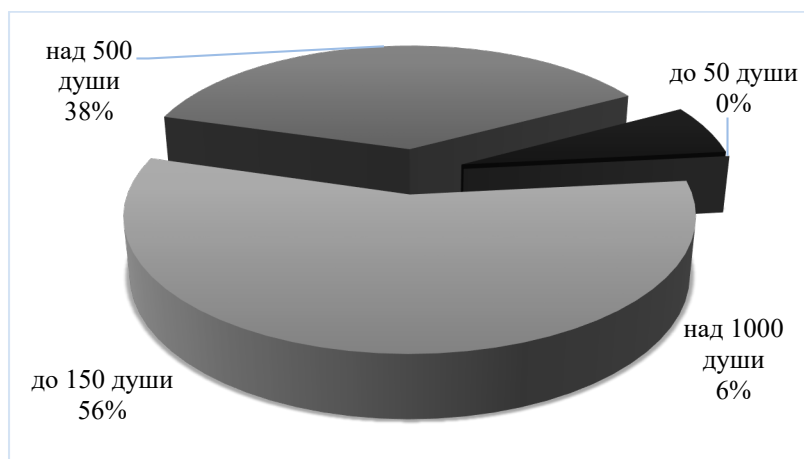
5. Структурата на лечебното заведение е показател, необходим при анализа на обема дейност, извършван в дадената болница. Броят на различните специалности в отделните клиники/отделения и броят на клиничните пътеки, по които работят те, е показател за нисък или висок приход на съответното лечебно заведение.



Фигура 5. Структура на болничното заведение

6. Заетият персонал е един от най-важните и основни фактори за функционирането на лечебното заведение. За подписване на НРД (между болнично заведение и НЗОК) има определени критерии за необходим брой специалисти. Според дружеството, което управляват директорите, са: 56.3% с персонал до 150 души (в т.ч. медицински и немедицински); 37.5% персонал над 500 души и 6.3% персонал над 1000 души (вж. Фигура 6).

Една такава обща извадка дава много ясна представа за различията в болничните заведения, някои от които с 50 човека общ персонал, други с 1500 човека. Един от основните фактори за функционирането, структурата, обема на дейност, брой клинични пътеки е именно човешкият.

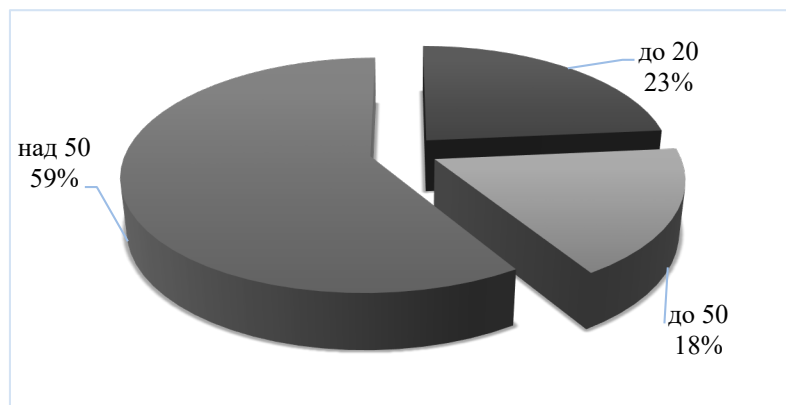


Фигура 6. Численост на персонала

7. Броят на клинични пътеки, по които имат сключен договор на болниците с НЗОК, са с определящо значение за приходите им. Най-голям дял имат тези, които работят с над 50 клинични пътеки – **58.85%** (10), следват **23.5%** (4) до 20 клинични пътеки и най-малкият дял **17.6%** (3) са тези с до 50 КП. Общият брой клинични пътеки, по които може едно болнично дружество да сключи Рамков договор с НЗОК (и покрие необходим лиценз за извършване на вид и обем медицинска дейност от МЗ) е над 400, (МЗ, Приложение 9, брой Клинични пътеки). КП – клинична пътека е алгоритъм за лечение, с категорично определяне на стъпките при самото лечение на пациента, последователните действия, наблюдение и оценка на резултатите, описани конкретни методи и лекарствени продукти за лечение на конкретен вид заболяване – консервативно, диагностично, оперативно и хирургично. Всяка една КП има съответен номер и предварително определена стойност, която касата ще заплати за нея. Клиничната пътека не отчита отклонения в процеса на

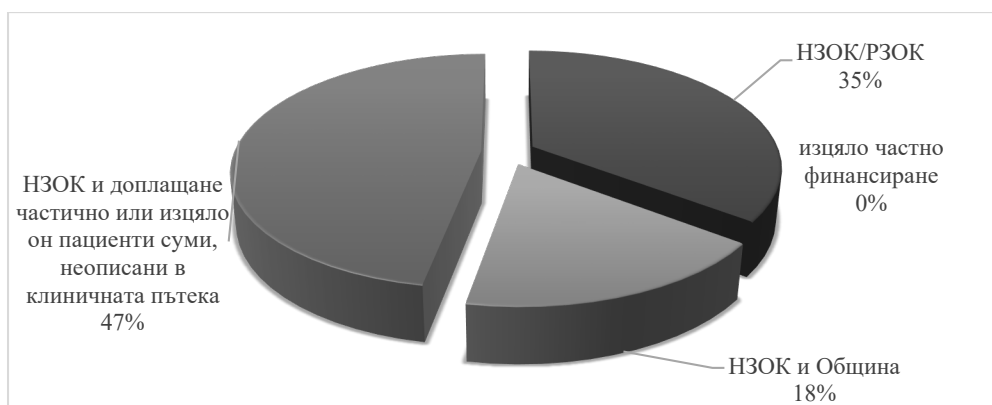
лечение, необходимите допълнителни средства, изразходени за пациента във всеки отделен случай, както и придружаващите го заболявания. По-голямата част от КП са силно недофинансирани, което затруднява и лечението на пациентите, и финансовото състояние на всяко конкретно здравно търговско дружество.

58.8% имат сключен договор с НЗОК за работа с над 50 клинични пътеки. Това означава по-висок обем на дейност, повече специалности в конкретното лечебно заведение, както и повече от първо ниво на компетентност. До 50 КП работят 17.6%, а 23.5% работят до 20 КП. Прави впечатление относително големият брой на лечебни заведения, които работят с най-малко обем дейност. Такива болници са с минимално изискуемия за лиценз 3 отделения и с ниво на компетентност първо. Този малък брой лечения, които могат да провеждат тези болници, поради факта че се издържат от реимбурсирането на НЗОК, ги затруднява силно финансово и те от години са в невъзможност за покриване на разходите, които правят, което ги държи перманентно на ръба на оцеляването. В същото време малкият брой дейности, които могат да изпълняват, ги прави недостатъчно ефективни, нямат необходим брой специалисти, апаратура и т.н. и не биха могли да поемат средни и тежки случаи, а понякога и леките. Такива болници функционират основно, за да изплатят ниски заплати, да покриват разходите за консумативи – ел. енергия, вода, въглища, медицински консумативи. В същото време те приемат пациента по конкретна КП, по която имат сключен договор с НЗОК, лекуват го известно време и при последващо усложнение пациентът се превежда в болници с по-високо ниво на компетентност, отново по КП, т.е. за едно лечение един пациент може да бъде заведен по две различни КП. Такива болници са обикновено общински, но тъй като са ТД, общините не заделят абсолютно никакви средства за тях, не ги подпомагат по никакъв начин. От друга страна, този тип болници са обикновено в малките населени места, където хората са с много нисък стандарт на живот, повечето живеят под социалния минимум и поради този факт тези лечебни заведения в тези региони са необходими. Начинът им на функциониране и финансиране трябва основно да се промени.



Фигура 7. Брой клинични пътеки според сключените договори с НЗОК

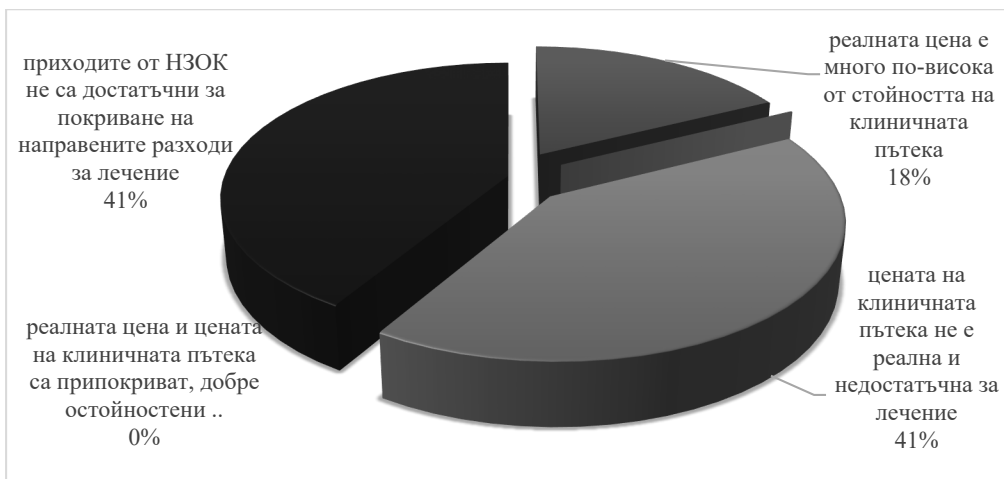
8. При определяне източниците за финансиране на болничните най-много анкетирани, представляващи 47.1%, са отговорили от НЗОК и частично или изцяло доплащане от пациенти суми, неописани в клиничните пътеки. 35.3% са отговорили, че тяхната болница се финансира само и единствено от клинични пътеки (вж. Фигура 8). Останалите 17.6% разчитат на приходи от НЗОК и общината. Нито един от управителите не е отговорил на въпроса – изцяло частно финансиране, което предполага, че от попълнили анкетата директори на болници няма нито една такава, която да оперира само с приходи от пациенти.



Фигура 8. Финансиране на болниците според източника

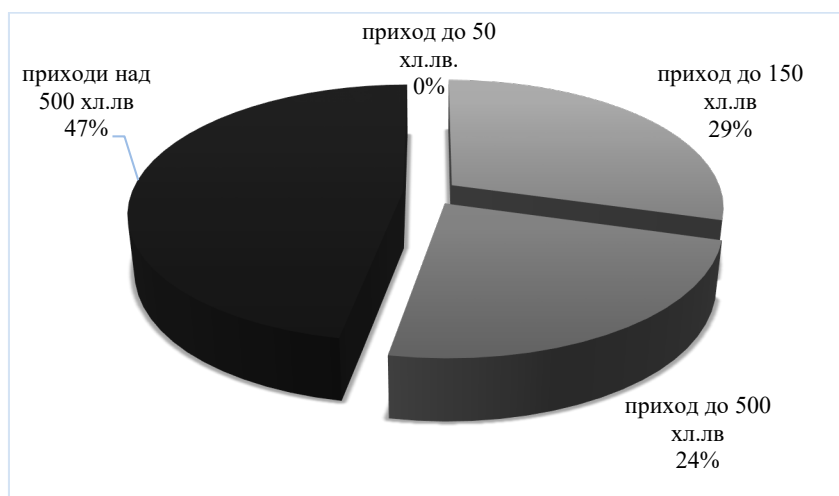
9. Оценката на управителите относно остойността на клиничните пътеки е следната: 41.2% от респондентите посочват, че приходите от НЗОК не са достатъчни за покриване на разходите за лечение (вж. Фигура 9). Същият процент (41.2%) изразяват мнение, че цената на клиничната пътека не е реално остойностена и е недостатъчна за

лечението на болните. 17.6% са на мнение, че реалната цена за лечение е много по-висока от цената на клиничната пътека. Нито един от анкетираните не е посочил като отговор, че цената на КП е реална, правилно остойностена и достатъчна.



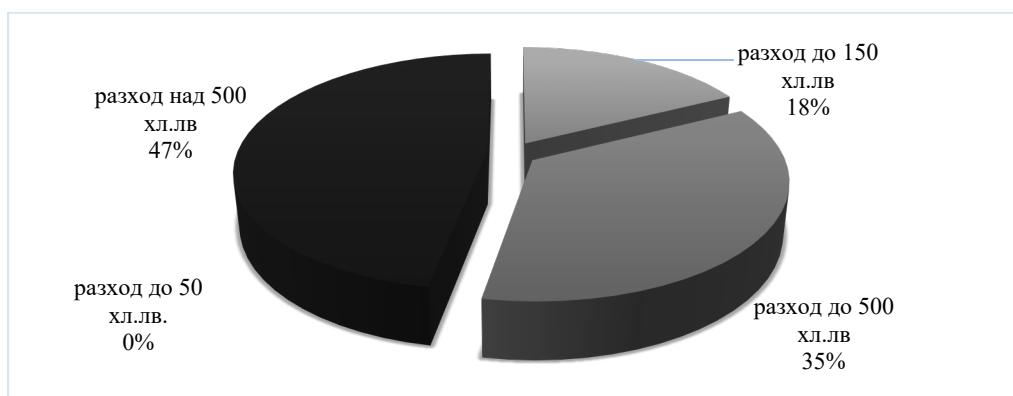
Фигура 9. Остойносттаване на клинични пътеки

10. Въпросът касае месечните приходи на конкретната болница от всички източници, в т.ч. и НЗОК. 47.1% са отговорили, че месечният приход на тяхната болница е над половин милион лева. 29.4% са отговорили, че месечният им приход общо е до 150 000 лева и 23.5% са отговорили, че разполагат с приход до 500 000 лв. месечно.



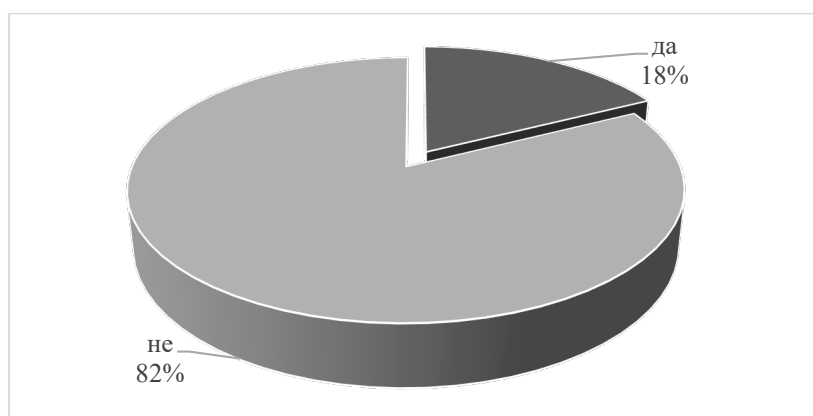
Фигура 10. Месечен приход

11. Респондентите посочват, че разходите на управляваните от тях лечебни заведения, правят месечни разходи в размер над половин млн. лева (47,1%) (вж. Фигура 11). Голяма част – 35.3% имат разходи по-малко от половин млн. лева месечно, а 17.6 % правят разходи до 150 000 лв. месечно. Това вероятно са общински болници, които разполагат и в приходната, и в разходната част на своя бюджет с много ограничен финансов ресурс.



Фигура 11. Месечен разход

12. На въпроса, дали текучеството за последните 5 години на персонал е по финансови или други причини, анкетираните отговарят, че движението на медицински персонал между отделни болници не е по финансови причини.



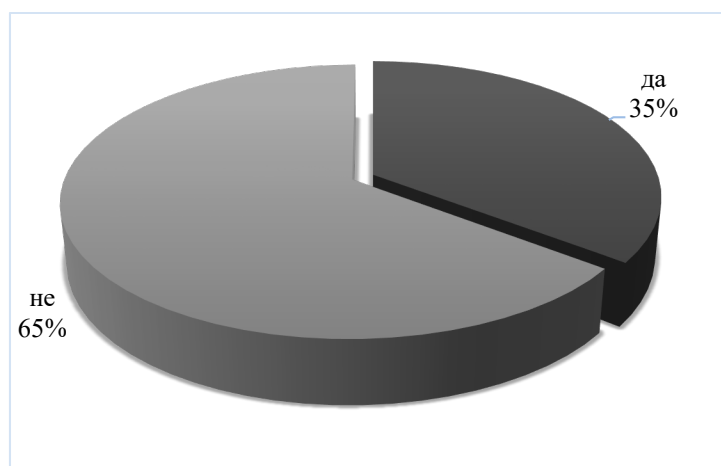
Фигура 12. Текучество на персонал по финансови причини

Въпреки непрекъснатите призови за добро заплащане в здравеопазването от всички възможни съсловни организации, както и от самите

здравни работници – отговорите в тази анкета дават ясна представа, че освен ниското заплащане има и по-сериозни причини в нашето здравеопазване.

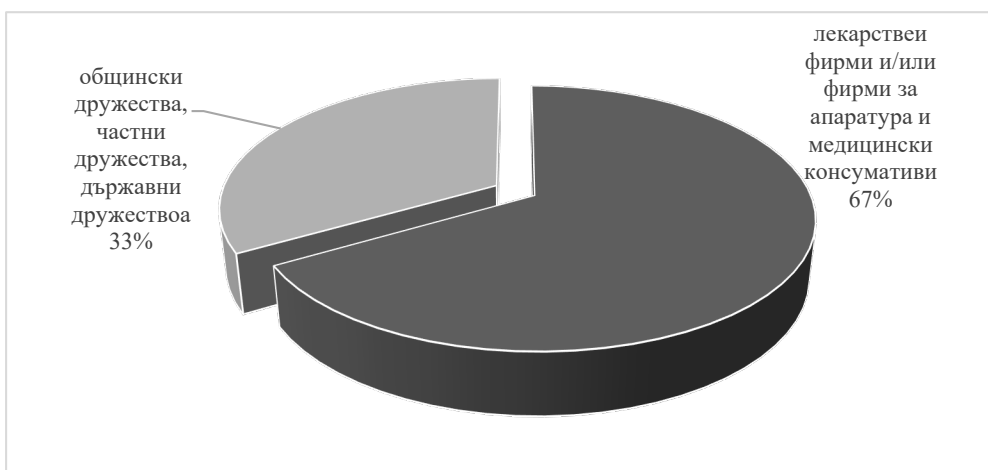
13. Въпросът цели да даде малко по-голяма яснота относно задълженията на здравните дружества. Към този въпрос може да се приобщи и следващият, 14 подред, който определя в частност към какви по вид и тип дружества имат задълженията болниците.

На въпроса, дали имат задължения, повече от половината (64.7%) са отговорили положително и малка част (35.3%) са отговорили отрицателно (вж. Фигура 13).



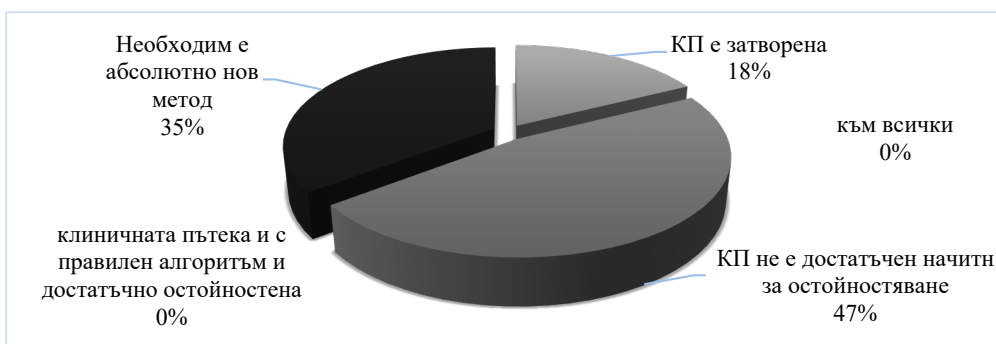
Фигура 13. Задължения

На следващия въпрос – към кого са основно задълженията, по-голямата част 66.7 % са посочили към лекарствени фирми и/или фирми за апаратура и медицински консумативи – т.е. в голямата си част болниците трупат задължения към доставчици от най-пряка необходимост за лечебния процес. 33.3% са посочили, че имат задължения към общински дружества, към частни и към държавни – тези лечебни заведения не успяват да заплатят нито косвени разходи за медицински консумативи, нито ел. енергия, вода, отопление, данъци и др. (вж. Фигура 14). Всички възможни разходи ги затрудняват. Интересно е в тази част от анкетата, че нито едно болнично заведение, независимо от вида си, не показва задължения към заплати за персонал. Това означава, че управителите на лечебните заведения заплащат първо ФРЗ и тогава всичко останало. Предвид недостига на медицински персонал у нас е предполагаемо това поведение.



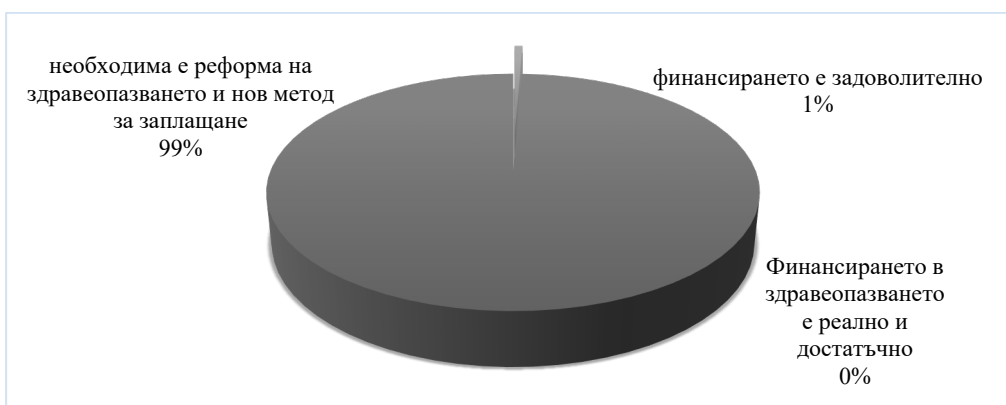
Фигура 14. Задължения към общински, държавни и частни дружества

15. Отговорите на анкетираните, относно мнението им за остойността на клиничните пътеки и заплащането им от страна на НЗОК, са следните: почти половината 47.1% са отговорили, че КП не е нито достатъчен, нито прецизен начин за правилното остойносттаване на лечението и съответно на направените разходи (вж. Фигура 15). Приблизително една трета 35.3% са отговорили, че е необходим абсолютно нов метод за заплащане на лечебната дейност, който абсолютно изключва използването на КП като подобно средство. 17.6% са отговорили, че КП е затворена откъм допълнителни разходи и не предоставя реалната стойност на извършените разходи за всяко конкретно лечение. Нито един (0%) от анкетираните не е посочил възможен отговор първи от тази анкета: клиничната пътека води с правилен алгоритъм лечението при пациента и е напълно достатъчно за заплащане на лечението. Общото мнение от четирите отговора може да се обобщи така: КП като неправилно остойността, неправилен алгоритъм, затворена и неправилна като метод за заплащане на лечението в здравеопазването.



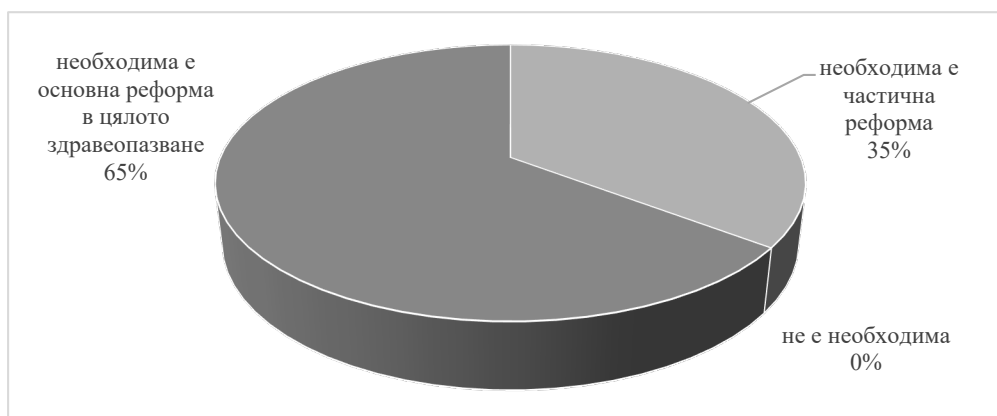
Фигура 15. КП

16. Отговорите, отразяващи мнението на респондентите относно модела за финансиране на здравеопазването в България, са доста категорични: 94.1% мислят, че е необходима реформа в здравеопазването и нов метод за заплащане на лечението на пациенти в болничните заведения, останалите 0.6% изразяват мнение, че финансирането е задоволително и нито един отговорил, че финансирането е реално и достатъчно (вж. Фигура 16). Тези данни дават представа за категоричността, с която и управители, и лекари отричат модела на КП и като начин на отчитане, и като начин на заплащане на здравните услуги.



Фигура 16. КП финансиране

С последния въпрос се търси мнението на анкетирането относно необходимостта от реформа в здравната система. По-голямата част са на мнение (64.7%), че реформата трябва да е основна в цялото здравеопазване, 35.3% мислят, че е необходима частична такава и никой от тях не е отговорил положително за това да няма реформа (вж. Фигура 17).



Фигура 17. Реформа в здравеопазването

Резултатите от проведеното анкетно проучване ни дават основание за следните изводи:

Първо, категоричност в изразеното мнение, че здравна реформа, касаеща основно методите за финансирането на здравните заведения, е абсолютно необходима.

Второ, мнението за това, какъв да е обхватът на здравната реформа, респондентите споделят, че е необходима изцяло нова система на организация на здравеопазването, касаещо болничната дейност.

Трето, по отношение на удовлетворението от предоставяне на здравни услуги в лечебната дейност, от една страна, и, от друга, на ползване на същите, е изразена неудовлетвореност от заплащането – в единия случай на заплащане на услуга, в другия, на ниско заплащане за извършена дейност.

Четвърто, експертното мнение на анкетиранияте относно остойността и заплащането на лечение от НЗОК е, че то в редица случаи е недостатъчно и не гарантира предоставянето на качествени здравни услуги на населението.

Пето, общата оценка относно организацията и финансирането на здравеопазването у нас е отрицателна – като се движи по скалата над средната до най-недоволни.

Заклучение

На основата на осъщественото анкетно проучване и изразеното експертно мнение от респондентите можем да обобщим, че основни недостатъци на действащата здравна система в България са: неефективната система за финансиране на здравните заведения, непрозрачност при разпределение на финансовите ресурси и липса на ефективен контрол от страна на НЗОК.

Реформата, която се осъществява почти 30 години, се изразява предимно в отделни малки сектори структурно и то частично, в актуализация на бюджета на НЗОК основно в обема на дейности или увеличаване стойността на определена клинична пътека. В този смисъл здравната система все повече изостава в своето осъвременяване. Има структури, които не са надградени и обновявани изобщо от старта на реформата до днес. Има дейности, при които се усеща остър финансов недостиг.

Сериозен проблем пред ефективността на финансиране на здравната система в България е установеният монопол на НЗОК. От една страна, болничните заведения са на пазара като търговски дружества и като такива не могат да разполагат с публични финанси и, от друга страна, бюджетът на НЗОК е твърде голям, за да се разчита на привличане на частни инвеститори и за въвеждане на конкурентни алтернативни здравни каси. Освен това здравната каса осъществява контрол основно документално. Здравната каса не е заинтересована страна при лечението на пациентите и въпросът за това в каква степен определените от нея разходи за лечение са в достатъчен размер и са ефективно разпределени, не е сред приоритетните.

Използването предимно на клинични пътеки като средство за заплащане и финансиране на здравните заведения е неефективно и в ущърб на всички участници в здравеопазването. Необходим е метод, с който пациентът да може да проследява движението на здравните си вноски и как се изразходват те. Контролът върху движението на средствата от пациента към НЗОК и обратно през болницата отново до пациента е трудно установим и това е още един повод за основна реформа в този сектор. Световната практика показва високи резултати, когато финансирането от лични здравни вноски има прозрачност при разходването им. Алгоритъмът на клиничната пътека е създаден с медицински цели и не обхваща в достатъчност заплащането на дадено лечение. При лечение на пациента в болнично заведение се натрупват допълнителни фактури, които увеличават понякога в пъти цената на лечението. Тази цена в крайна сметка се заплаща от пациента. НЗОК като монополист остойносттава едностранно продукта, който ще финансира, което противоречи на икономическата логика.

Основният фактор при усъвършенстване ефективността на лечение при пациента трябва да се осъществява в посока прозрачност при разпределението и изразходването на средствата, които той е платил под формата на здравноосигурителни вноски.

Използвани източници

- Health care systems - four basic models. (n.d.). *Physicians for a national health program, PNHP resources.*
- Prior, D. (2018/19). A view from lord David Prior Chair. *Annual Report NHS England.*
- Reynolds, O. (14 март 2018 г.). A look at healthcare models around the world. *FocusEconomics.*
- Ангелов, С., & Ангелова, Т. (2016). *Здравеопазване политика, икономика, управление.* София: Полиграфюг АД.
- Веков, Т., Салчев, П., Велева, Н., Джамбазов, С., & Стефанова, П. (2020). *Икономика на здравеопазването.* Плевен: ИЦ Медицински университет Плевен.
- Георгиева, Л. С. (2007). *Health Systems in Transition, Bulgaria.* European Observatory on Health Systems and Policies.
- Драгански, М. (2005). *140 години болнично дело Плевен.* Плевен: Медиатех.
- Драгнева, Д. (2014). Секторен анализ здравеопазване и социално подпомагане. (с. т.-и. Посолство на Република България, Compiler) Онтарио, Канада. https://www.mi.government.bg/files/useruploads/files/vip/sector_analysis/sector_analysis_health_care_social_assistance_cad_10_2_014.pdf
- Иванова, А. (2019). Източници и модели за финансиране на здравеопазването – специфика и ефективност при предоставяне на здравни услуги. *Годишен алманах "Научни изследвания на докторанти"*, pp. <https://almanahnid.uni-svishtov.bg/title.asp?title=1524>.
- МЗ. (n.d.). Наредба 8 от 13 ноември 2019 г. за изискванията към лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти.
- МЗ. (n.d.). Наредба № 18 от 20 юни 2005 г.
- МЗ. (n.d.). *Приложение 9, брой Клинични пътеки.* https://www.nhif.bg/web_content?pageId=14851&id=15450
- МФ. (2005). Теоретични основи, модели и тенденции. *Финансиране и управление на здравеопазването.*
- Стайков, К., & Георгиева, П. (2018, декември 18). Модели за финансиране на здравеопазването: възможности за България. (И. з. икономика, Compiler) София. https://ime.bg/var/images/Healthcare_Models_Final_IME.pdf

Ана Борисова Иванова е докторант в катедра „Финанси и кредит“ при СА „Димитър Ценов“ град Свищов. Хоноруван преподавател по „Икономика на здравеопазването“ и „Микроикономикс на здравната организация“ и зачислена специализация по „Икономика на здравеопазването“ към Медицински университет – Плевен. **Научни интереси:** финансиране на здравеопазването, здравен мениджмънт, финансов мениджмънт, публични финанси.

ORCID ID: 0000-0002-1701-624X

ISSN 0323-9004

Народно стопански архив

Свищов, година LXXV, книга 4 - 2022

Възможности и предизвикателства пред трансграничното банкиране с оглед на пан-африканските банки

Въздействие на усвоените еврофондове върху икономическия растеж на България и на новите страни – членки

Динамичните трансформации на пазара на труда в България при условията на дигитални технологии и пандемия

Компетентностният подход през призмата на обучението по управленско счетоводство в университетите

Реформата в болничната дейност в България – модели за финансиране и експертна оценка на състоянието

СТОПАНСКА АКАДЕМИЯ „Д. А. ЦЕНОВ“



СВИЩОВ

РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:

Проф. д-р Андрей Захариев – главен редактор
Проф. д-р Йордан Василев – зам. главен редактор
Проф. д-р Стоян Проданов
Доц. д-р Искра Пантелеева
Доц. д-р Пламен Йорданов
Доц. д-р Светослав Илийчовски
Доц. д-р Пламен Петков
Доц. д-р Анатолий Асенов
Доц. д-р Тодор Кръстевич

МЕЖДУНАРОДЕН СЪВЕТ:

Проф. д-р ик.н. Михаил А. Ескиндаров – Финансов университет при Правителството на Руската федерация, Москва (Русия).
Проф. д-р ик.н. Григоре Белостечник – Молдовска академия за икономически изследвания, Кишинев (Молдова).
Проф. д-р ик.н. Михаил Ив. Зверяков – Одески държавен икономически университет, Одеса (Украйна).
Проф. д-р ик.н. Андрей Крисоватий – Тернополски национален икономически университет, Тернопол (Украйна).
Проф. д-р ик.н. Йон Кукуй – Университет Валахия, Търговище (Румъния)
Проф. д-р Кен О'Нийл – Университет Ълстер (Великобритания)
Проф. д-р Ричард Торп – Университет Лийдс (Великобритания)
Проф. д-р ик.н. Елена Непочатенко – Умански национален аграрен университет, Уман (Украйна)
Проф. д-р ик.н. Дмитрий Лукьяненко – Киевски национален икономически университет "Вадим Гетман", Киев (Украйна)
Доц. д-р Мария Стефан – Университет "Валахия", Търговище (Румъния)
Доц. д-р Анисоара Дунка – Университет "Валахия", Търговище (Румъния)
Доц. д-р Владимир Климук – Брановички държавен университет, Бранович (Беларус)

Екип за техническо обслужване:

Технически секретар – д-р Росица Проданова
Стилов редактор – Анка Танева
Превод на английски език – ст. преп. Венцислав Диков и ст. преп. д-р Петър Тодоров

Адрес на редакцията:

5250 Свищов, ул. „Ем. Чакъров” 2
Проф. д-р Андрей Захариев – главен редактор
☎ (+359) 889 882 298
Д-р Росица Проданова – технически секретар
☎ (+359) 631 66 309, e-mail: nsarhiv@uni-svishtov.bg
Благовеста Борисова – компютърен дизайн
☎ (+359) 882 552 516, e-mail: b.borisova@uni-svishtov.bg

Отпечатването на списанието за 2022 г. се осъществява с безвъзмездната финансова помощ на Фонд “Научни изследвания” – Договор ДНП № КП-06-НПЗ-69 по конкурс “Българска научна периодика – 2022 г.”

© Академично издателство „Ценов” – Свищов
© Стопанска академия „Димитър А. Ценов” – Свищов

НАРОДНОСТОПАНСКИ АРХИВ

ГОДИНА LXXV, КНИГА 4 – 2022

СЪДЪРЖАНИЕ

Мерием Чафик, Мохамед Набил Ел Мабруки

Възможности и предизвикателства пред трансграничното банкиране с оглед на пан-африканските банки /3

Калина Дурова

Въздействие на усвоените еврофондове върху икономическия растеж на България и на новите страни – членки /20

Десислава Колева-Стефанова

Динамичните трансформации на пазара на труда в България при условията на дигитални технологии и пандемия /40

Райна Петрова

Компетентностният подход през призмата на обучението по управленско счетоводство в университетите /63

Ана Иванова

Реформата в болничната дейност в България – модели за финансиране и експертна оценка на състоянието /88