



УНИВЕРСИТЕТ ПО ЗАСТРАХОВАНЕ И ФИНАНСИ – СОФИЯ

Катедра „Финанси и застраховане”

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд на тема:

**ИКОНОМИЧЕСКИ ПОДХОДИ ПРИ ОСИГУРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВО НА
ЗДРАВНИ УСЛУГИ В БЪЛГАРИЯ**

за присъждане на образователната и научна степен „ДОКТОР“
по докторска програма „Финанси, застраховане и осигуряване“
в професионално направление 3.8.Икономика

Докторант:

Албена Радева Керанова

Научен ръководител:

проф. д.и.н. Евгени Евгениев

София, 2025

Катедра „Финанси и застраховане”

Албена Радева Керанова

**ИКОНОМИЧЕСКИ ПОДХОДИ ПРИ ОСИГУРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВО НА
ЗДРАВНИ УСЛУГИ В БЪЛГАРИЯ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на образователната и научна степен „ДОКТОР“
по докторска програма „Финанси, застраховане и осигуряване“
в професионално направление 3.8.Икономика

Научен ръководител:

проф. д.и.н. Евгени Евгениев

Научно жури:

Рецензенти:

София, 2025



Дисертационният труд се състои от въведение, изложение в четири глави и заключение с общ обем от 152 страници.

Използваната литература се състои от 47 източника, а в допълнение са обособени 4 приложения.

Авторът на дисертационния труд е докторант самостоятелна подготовка към "Университет по застраховане и финанси" – София.

Научно жури:

Защитата на дисертационния труд ще се състои наот ... часа вна "Университет по застраховане и финанси" – София, на заседание на Научното жури, назначено със заповед на Ректора.

Материалите по защитата са на разположение в към Университет по застраховане и финанси – София.



СЪДЪРЖАНИЕ:

- I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....**
 - 1.Актуалност на темата.....
 - 2.Предмет и обект на изследването.....
 - 3.Основна изследователска теза.....
 - 4.Цел и задачи на дисертационния труд.....
 - 5.Методология на изследването.....
 - 6.Научна и практическа значимост на изследването

- II. СТРУКТУРА И СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....**
- III. СИНТЕЗИРАНО ИЗЛОЖЕНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....**
 - 1. Глава първа. ПОДХОДИ ЗА ИЗМЕРВАНЕ И ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ - ЗДРАВНА ПОЛИТИКА, ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ
 - 2. Глава втора. ФИНАНСИРАНЕ, МОДЕЛИ И РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ
 - 3. Глава трета. АНАЛИЗ НА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ В БЪЛГАРИЯ.....
 - 4. Глава четвърта. ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА, ПЕРСПЕКТИВИ ЗА РАЗВИТИЕ И ПРОМЯНА В МОДЕЛА НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА В СТРАНАТА

- IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ**
- V. НАУЧНИ И ПРИЛОЖНИ ПРИНОСИ**
- VI. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ОРИГИНАЛНОСТ**



I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Актуалност на темата.

Предмет на настоящия дисертационен труд е качеството на здравеопазването в България и необходимостта от изграждане на система от показатели за неговото измерване и оценка. Анализира се функционирането на здравноосигурителната система и се търсят възможности за повишаване на ефективността и прозрачността чрез обективни механизми за мониторинг на качеството.

Актуалността на темата произтича от необходимостта от реформи, ограничената ефективност на финансирането, недостига на кадри и нарастващите обществени очаквания за достъпни и качествени услуги.

Качеството на здравните услуги е един от най-значимите фактори за общественото благосъстояние, икономическото развитие и устойчивостта на здравната система. В последните две десетилетия проблемите в българското здравеопазване се задълбочават: недостиг на медицински кадри, неефективно финансиране, ниско доверие сред пациентите, фрагментирани услуги, ограничена електронизация и липса на обвързаност между разходи, резултати и качество. България трайно заема едни от последните места в ЕС по показатели като здравни резултати, удовлетвореност от услугите и проценти на предотвратима смъртност.

На този фон темата за икономическите подходи при осигуряване на качество на здравните услуги придобива стратегическа важност. В съвременните здравни системи се наблюдава тенденция към преминаване от модели, фокусирани върху обем на дейностите, към модели, ориентирани към резултати и качество — Value-Based Healthcare, Pay-for-Performance, интегрирана грижа и дигитално трансформирани услуги. За България адаптирането на такива подходи е не само възможност, но и необходимост за гарантиране на по-добри здравни резултати и по-ефективно управление на публичните ресурси.



Настоящата дисертация изследва причинно-следствените връзки между финансирането, управлението на здравните услуги и качеството на предоставяната медицинска помощ, като предлага практически приложим икономически модел за подобряване на качеството в условията на българската здравна система.

2.Предмет и обект на изследването.

Настоящият дисертационен труд е изследване, насочено към икономическите подходи за осигуряване на качество на здравните услуги в България.

Обект на изследването е качеството на здравните услуги в България, разглеждано като интегриран резултат от организацията, финансирането, управлението, медицинските процеси и взаимодействието между институциите.

Предмет на изследването са икономическите механизми, политики, инструменти и модели, чрез които може да бъде постигнато и подобро качество в здравеопазването. Това включва:

- икономически модели на финансиране;
- стимули и механизми за управление;
- индикатори за качество;
- международни практики;
- анкетно проучване на нагласите и възприятията;
- предложения за реформа.

Обект на настоящото изследване е здравната система на България, а предмет – качеството на здравните услуги и икономическите подходи, свързани с неговото измерване, оценка и управление.

Изследването се базира на следните ключови тези:



- Налице е съществен информационен дефицит относно качеството на здравните услуги, което затруднява управлението и планирането на здравната система.
- Гражданите и медицинските специалисти изпитват неудовлетвореност от нивото на качество и имат затруднения в достъпа до обективна информация.
- Икономическите инструменти (индикатори, резултатно финансиране и прозрачна отчетност) могат да повишат ефективността и качеството в сектора.
- Липсата на системен подход към измерването на качеството води до неравномерност в здравните резултати и социална несправедливост.

Изследването използва мултидисциплинарен подход, включващ:

- Теоретичен анализ на международни и национални концепции за качество и икономическа ефективност в здравеопазването;
- Анализ на нормативни документи, статистически данни (НСИ, НЗОК, ЕК), експертни доклади и стратегически документи;
- Емпиричен анализ чрез анкетно проучване сред 248 респонденти (граждани и медицински специалисти);
- Сравнителен анализ с добри практики от други страни в ЕС;
- Изграждане на индикаторна система, базирана на икономически и социални критерии.

3. Основна изследователска теза

Дисертационният труд защитава тезата, че:

„Качеството на здравните услуги в България може да бъде значително подобро чрез прилагане на икономически модели, които обвързват финансирането



с резултати, електронизацията на процесите, прозрачност, индикатори за качество и интегрирано управление на ресурсите.“

4.Цел и задачи на дисертационния труд.

Целта на труда е да разработят икономически модел и набор от практически приложими мерки за подобряване на качеството в системата.

Задачите включват анализ на теорията, финансирането, проведено анкетно проучване и формулиране на икономически предложения.

Основна цел:

Да се разработят икономически подходи, възможности и практически приложими решения за подобряване на качеството на здравните услуги в България.

За постигане на целта са формулирани следните задачи:

1. Да се анализират теоретичните основи и модели за качество в здравеопазването.
2. Да се изследват съществуващите механизми за финансиране и тяхното влияние върху качеството.
3. Да се извърши преглед на международен опит и добри практики.
4. Да се анализира състоянието на здравните услуги в България чрез официални данни.
5. Да се проведе анкетно проучване относно нагласите и възприятията на потребители и специалисти.
6. Да се идентифицират основните проблеми, предизвикателства и пропуски в качеството.
7. Да се предложи икономически модел и конкретни реформи за подобряване на качеството.



5.Методология на изследването.

Методологията обхваща сравнителен анализ, статистическо изследване, анкетно проучване, оценка на международни модели, логически методи и икономически анализ.

Методологията съчетава количествени и качествени подходи, включително:

- Теоретичен анализ
 - Преглед на научна литература
 - Международни стандарти
 - Европейски регулации
 - Икономически теории за управление и качество
- Емпирично изследване
 - Авторско анкетно проучване сред над 300 респонденти
 - Статистически анализ на данните
 - Оценка на нагласите на потребители и специалисти
- Аналитични методи
 - Сравнителен анализ (benchmarking) между България и ЕС
 - Анализ на ефективността
 - SWOT и GAP анализ
 - Моделиране на предложения за реформа

6.Научна и практическа значимост на изследването.

Трудът допринася за:



- теоретично обогатяване на разбирането за икономическите механизми, влияещи на качеството;
- систематизиране на индикаторите за качество;
- разработване на икономически модел, съобразен с българските условия.

Практическа значимост:

- предложенията в дисертацията могат да бъдат директно приложени на национално ниво;
- моделът подпомага управленски решения;
- анкетното проучване е уникално по съдържание за последните години;
- предоставя основа за бъдещи политики, стратегии и нормативни промени.

II. СТРУКТУРА И СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Дисертационният труд е структуриран логично и последователно, в съответствие с добрите академични практики и изискванията на УЗФ. Състои се от 152 страници, организирани в четири основни глави, като преди тях са изложени уводните позиции, а след тях — заключение, приноси, библиография и приложения.

Изследването използва интердисциплинарен подход, включващ икономически, здравно-политически и социологически анализ. Приложени са следните методи:

- Документален анализ на нормативни актове, стратегии и доклади;
- Сравнителен анализ на международни модели;
- Анкетно социологическо проучване сред здравни специалисти и потребители;



- Емпиричен анализ на статистически данни;
- Методология за систематизиране и валидиране на показатели.

Настоящото изследване се ограничава до анализ на качеството на здравните услуги, предоставяни в рамките на публичната здравна система в България. В обхвата не попадат в детайли специфични клинични или лечебни дейности, както и дейността на частно финансирани здравни заведения. Оценката е направена в контекста на наличните нормативни документи и публични политики към момента на изследването (2021–2025 г.).

Всяка глава има ясна логическа роля, като преминаването от една към друга следва методологичен, теоретичен и емпиричен подход. По-долу е представена структурата на труда с кратко описание на съдържанието.

В увода са аргументирани:

- актуалността на темата;
- проблематиката в национален и международен контекст;
- мотивацията за избора на темата;
- изследователската теза;
- основните цели и задачи;
- използваните методи.

Уводът очертава рамката на изследването и логиката на дисертационния труд.

Първата глава е посветена на теоретичната рамка на изследването. Тя включва:

- Историческо развитие на концепцията за качество



Описани са основните етапи на формиране на концепцията за качество в здравеопазването — от началото на 20 век до модерните модели.

- Модели за оценка на качеството

Разгледани са класическите модели:

- структура;
- процес;
- резултати.

- Международни стандарти и индикатори

Анализирани са:

- системите на WHO;
- OECD Health Quality Indicators;
- европейските приложения за мониторинг;
- класификацията по нивата: клинични, структурни, управленски, пациентски.

- Икономически механизми

Включени са икономически подходи, които влияят върху качеството:

- финансиране, обвързано с резултати;
- стимули за ефективност;
- управленски модели;
- ролята на ресурсите.



III. СИНТЕЗИРАНО ИЗЛОЖЕНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Глава първа. ПОДХОДИ ЗА ИЗМЕРВАНЕ И ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ - ЗДРАВНА ПОЛИТИКА, ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ .

Глава първа е фундаментът на дисертационния труд. В нея са разгледани теоретичните, концептуалните и методологичните основи, върху които се изгражда цялостният анализ на качеството на здравните услуги. Изложението е структурирано около ключови теоретични модели, международни стандарти, концепции за качество и икономически механизми, които определят ефективността на здравната система.

Здравето е най-важната цел и приоритет за личността, обществото и държавата.

Съгласно Конституцията на Република България, то се определя, като „национален приоритет и се гарантира от държавата“. В тази дефиниция на българското законодателство ясно проличава съобразяването с конституционното изискване здравето да бъде едно от най-важните задължения на държавата и неговото опазване, като един от главните държавни приоритети.

Състоянието на здравето на индивида е резултат от взаимодействието на редица фактори, които действат върху него на различни нива.

Две нива на съществуване са характерни за хората – биологично и социално, които в своята съвкупност определят начина и смисъла на живота му. Главната цел на системата за социална защита е да осигурява възможно най- доброто задоволяване на възникналите социални потребности, т.е. всичко онова, което хората, когато не са трудоспособни, със своите доходи и възможности не могат да си осигурят за нормален живот.

Разработването на ефективно действаща система на социална и здравна защита се налага, поради разделението на обществото по политически, етнически, икономически, имуществвени, религиозни и управленски признаци.



Високите равнища на неравенство в доходите забавят икономическия растеж, поради което имат сериозни социални, икономически и политически последици, и водят до влошаване на индивидуалното и общественото здраве.

Разликата между дефинирането на качеството на и в здравеопазването е в обхвата на обекта, чийто носител са качествените характеристики.

Качеството на здравеопазване е по-широката концепция. Показва възможността на здравната система да постигне целите си по отношение на подобряване на здравето на нацията, да е ориентирана към пациента и неговите здрави потребности, да осигурява финансова защита на населението и ефективност при функционирането на здравната система.

Качеството в здравеопазването има по-тесен фокус, защото определя разликите в резултатите за пациентите, постигани в две аналогични лечебни заведения.

Предполага се, че всички медицински специалисти ще работят за постигането на целите на здравната система, но тяхна първостепенна цел и задача е да предоставят здравна услуга, съгласно разписаното в медицинските стандарти, съобразно нуждите на конкретния пациент, неговите близки и общността. Между двете перспективи за дефиниране на качеството – на и във здравеопазването има тясна връзка, те не възникват независимо една от друга – качеството на медицинската помощ изхожда от разбирането за качеството на здравеопазния процес и обратно.

Качеството е засегнато във всички основни закони на здравната система - за здравето, за лечебните заведения, за здравето осигуряване, за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането, за трансплантация на органи, тъкани, клетки, за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина и за съсловните организации на специалистите по здравни грижи.

В нито един от тези закони не е посочена обща дефиниция (разбиране) за качество, която да задава насоките за изискванията към здравната система, организациите или дейностите, регламентирани в тях.



При подготовката, въвеждането и усъвършенстването на модела на национално здравеопазване трябва да се отчитат редица основни изисквания като: състояние и равнище на икономическо развитие и разполагаемите ресурси – финансови, кадрови и материално-техническата база, политическа ангажираност на управляващите и обществото към здравните проблеми, наличие на приложен в практиката модел на здравеопазване, състояние и перспективи на демографското състояние здравния статус на нацията и отделни групи.

Два основни модела на социално осигуряване: модел „Бисмарк“ – здравните услуги се ползват от всички, независимо от приноса на пациента, т.е. достъпът до медицински грижи е право на всеки, независимо размера на вноската и здравноосигурителния му статус; модел „Беверидж“ – здравните услуги също се ползват от всички, независимо от приноса на пациента. Моделът „Бисмарк“ е характерен за Германия, Франция, Белгия, Япония, страните от Източна Европа, както и в известна степен в страните от Латинска Америка. Като цяло тази система има повече поддръжници в Европа. България също избра този модел на здравеопазването при реформата на системата през 1998 г. и създаването на Националната здравна каса, която управлява средствата, които се събират от здравните вноски.

Два основни модела на социално осигуряване: модел „Бисмарк“ – здравните услуги се ползват от всички, независимо от приноса на пациента, т.е. достъпът до медицински грижи е право на всеки, независимо размера на вноската и здравноосигурителния му статус; модел „Беверидж“ – здравните услуги също се ползват от всички, независимо от приноса на пациента. Най-голямата такава система е Националната здравна служба във Великобритания. Системата се прилага и в Скандинавските страни, Италия, Испания, Португалия и Гърция, както и Куба.

България изостава значително по отношение на информационната прозрачност за качеството на здравеопазване. Данни, но по ограничен брой показатели за качество, могат да бъдат открити в електронните бази на някои български и чуждестранни организации - Национален статистически институт, Световна здравна



организация, Евростат, Световна банка, Организация за икономическо сътрудничество и развитие, информационната система за разпространение, смъртност и преживяемост от онкологични заболявания на ЕК - European Cancer Information System, както и в доклади на национални и международни организации като НЗОК, Изпълнителна агенция „Медицински надзор”, НЦОЗА, ЕК, Eurofound и Европейски център за превенция и контрол на заболяванията. Българските източници на информация за качеството на здравната система са оскъдни или непълни, а в някои случаи съществуват съмнения и за тяхната точност.

Здравеопазването може да бъде финансирано чрез три основни модела: бюджетен (финансиране от държавния бюджет), осигурителен (чрез здравноосигурителни вноски) и пазарен (частно финансиране). България прилага комбиниран модел, доминиран от задължителното здравно осигуряване чрез Националната здравноосигурителна каса (НЗОК).

2. Глава втора. ФИНАНСИРАНЕ, МОДЕЛИ И РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ.

Глава втора анализира дълбоко и системно финансовата рамка на българското здравеопазване и нейното влияние върху качеството на предоставяните услуги. Финансирането е разгледано като основен икономически инструмент за управление, което определя възможностите на системата, достъпа до услуги, мотивацията на персонала и ефективността на лечебните заведения.

Финансирането на здравната система в България е силно фрагментирано и включва:

➤ Публични разходи

Публичните средства се разпределят чрез:

- държавния бюджет;
- бюджета на НЗОК;
- програми на Министерството на здравеопазването;



- национални здравни програми и проекти.

Делът на публичните средства традиционно е по-нисък от средното за ЕС. България заема последните места в Европа по публични разходи за здраве на глава от населението.

➤ Частни разходи и доплащане от пациенти

България има едно от най-високите нива на доплащане в ЕС – между 40 и 46%. Това води до:

- неравен достъп;
- социално напрежение;
- ограничаване на потреблението на медицински услуги;
- по-ниско доверие в системата;
- възможности за нерегламентирани плащания.

➤ Частни здравни застраховки

Пазарът е недостатъчно развит, като делът на доброволните здравни застраховки е под 3%. В повечето страни от ЕС този дял е значително по-висок, като доброволното застраховане играе роля за разширяване на достъпа и финансирането на услуги.

НЗОК е основният публичен финансиращ орган, който определя:

- цени на клинични пътеки;
- обем и вид на услугите;
- надзор;
- контрол;
- регулация на отношенията с болниците.



Основни проблеми в модела на НЗОК:

1. Липса на обвързване на финансирането с качество — средствата се разпределят за извършена дейност, а не за постигнати резултати.
2. Недостатъчен контрол върху разходите — чести преразходи и неефективност.
3. Увеличен дял на хоспитализациите — България е сред държавите с най-високо ниво на болнични приеми.
4. Липса на прозрачност в реалните разходи на болниците.
5. Ограничена електронизация.

Тези фактори създават условия за неефективно използване на ресурсите и не стимулират подобряване на качеството. Сегашният модел е ориентиран към обем, не към стойност.

Негативни ефекти:

- стимулира свръххоспитализация;
- не насърчава качеството;
- ограничена проследимост на резултатите;
- не контролира повторните приеми;
- не отчита сложността на случаите.

DRG (диагностично свързани групи) моделът се прилага успешно в Германия, Франция, Австралия, Холандия.

При правилно внедряване:

- намалява разходите;
- подобрява управлението;



- позволява сравнимост;
- стимулира прозрачност;
- е основа за обвързване на финансирането с качество.

България е на начален етап към въвеждането на DRG.

Финансиране за резултати (Pay-for-Quality). Това е ключовият механизъм, препоръчван от OECD, WHO и Европейската комисия.

Предимства:

- стимулира добро качество;
- намалява медицинските грешки;
- увеличава удовлетвореността;
- подобрява преживяемостта;
- подкрепя иновации;
- мотивира персонала.

Такъв механизъм може да бъде приложен към:

- реадмисии;
- инфекции;
- показатели за диабет;
- хипертония;
- детско здраве;
- профилактика.



Финансовата устойчивост е свързана със:

- наличност на ресурси;
- ефективност на разходите;
- предвидимост на бюджета;
- управляемост.

Основни рискове в България:

- застаряващо население;
- увеличени разходи;
- недостиг на персонал;
- неефективни структури;
- слаб контрол;
- високи частни разходи;
- нерационално разпределение на ресурси.

Международни сравнения и уроци за България:

➤ Дания

- силна електронна интеграция;
- прозрачност на болничните резултати;
- финансиране за резултати.

➤ Холандия

- конкуренция между застрахователи;
- базиране на стойност;



- контрол на разходите.
 - Германия
- DRG модел;
- национални стандарти;
- висока отчетност.
- Франция
- силна роля на държавата;
- интегрирана първична помощ;
- програми за качество

Икономическите подходи за решаване на тези проблеми включват преминаване към стойностно базирано възнаграждение, въвеждане на публични индикатори и създаване на стимули за качество.

От години безуспешно се предлага да се приеме осигурителен модел, който да се основава на наличието на базов задължителен здравноосигурителен фонд, гарантиращ на осигурените лица основен пакет от здравни услуги. По нормативен път трябва да се създаде възможност този пакет постепенно да се надгражда с различни по обхват и съдържание здравноосигурителни пакети, предлагани на конкурентна основа на здравноосигурителни и застрахователни дружества. Основният пакет, както и досега, трябва да се финансира от здравноосигурителни вноски за сметка на работодателите и осигурените лица, както и от преводи от държавния бюджет за лицата, които държавата е задължена да прави осигурителни вноски. Управлението му и занапред да се осъществява и финансово да се гарантира от НЗОК. Възможностите за увеличаване на приходите в Здравната каса в средносрочна и дългосрочна перспектива са крайно ограничени. Трябва откровено и обосновано да се заяви на обществото какви са възможностите за финансовата обезпеченост на гарантирания от касата пакет от здравни услуги. Необходимо е да



се обясни от управляващите на осигурените лица ясно и точно, при законодателно определена здравна вноска и минимален превод за най-рисквата група от обществото, какво може да се поема изцяло от Касата и какво трябва да се доплаща от пациента.

Целесъобразно е в системата на здравно осигуряване да се приеме и последователно да се прилага моделът на предлагане на основен пакет от здравноосигурителни услуги, който да се гарантира от здравноосигурителен фонд. Да се създаде възможност за надграждане с допълнителни пакети от здравни услуги, които да се предлагат от конкуриращи се здравни фондове и/или здравноосигурителни дружества.

Осигуряването на здравни услуги, включени в този пакет, да се извършва от лицензирани здравноосигурителни и застрахователни дружества. Така ще се създаде възможност всяко осигурено лице да има право да избере дружество, с което да сключва договор за допълнително здравно осигуряване и застраховане, както и да избере пакет от здравни услуги, за който да плаща определена според обхвата вноска. За да се гарантира високата надеждност в работата на тези дружества, е необходимо държавата да постави високи изисквания и упражнява непрекъснат контрол по отношение на лицензирането и дейността им, за да се гарантират и защитят правата и интересите на осигурените лица.

Този подход изключва всякакви допълнителни плащания от лицето, освен направената и предварително определена вноска (премия). Освен това, с приемането на подобен подход здравноосигурителните и застрахователните дружества са заинтересовани да защитават интересите на осигурените при тях лица за получаване на договорения обем допълнителни здравни услуги и дейности, като на конкурентна основа да осигуряват високо качество на обслужването. Например, Частното здравно осигуряване в Германия не е достъпно за всеки – от него могат да се възползват само лица, чийто брутен доход прехвърля задължителната осигурителна граница от 4950.00 евро/месец.



Трябва да се приеме и последователно да се прилага тристълбов модел на здравно осигуряване в България, който обхваща :

- I стълб - задължително здравно осигуряване
- II стълб – допълнително задължително здравно осигуряване
- III стълб – доброволно здравно осигуряване

При този подход се съчетават солидарният и задължителният принцип на осигуряването, гарантиран от държавата за I и II стълб, и капиталовият принцип на управление на средствата за здравеопазване в III стълб.

Да ги разгледаме по-подробно всеки от трите стълба:

- I стълб – предоставя се на осигурените лица за ползването на основен, универсален пакет от здравноосигурителни услуги. Основният пакет трябва да е съобразен със статистиката на социално значимите заболявания на населението на страната, като чрез него трябва реално да се гарантират средствата за детско и майчино здравеопазване, социално значими, хронични и други заболявания, профилактиката и спешната помощ. Право да ползват този пакет да имат всички здравноосигурени лица. Организацията и финансирането на основния пакет да се извършват от структурите на НЗОК. Финансирането на първия стълб се извършва от задължителните здравноосигурителни вноски и преводи от държавата за осигуряванията от нея лица – пенсионери, деца, студенти, безработни и т.н. При този модел НЗОК остава главен гарант на здравното осигуряване на населението и има водеща роля в системата на здравното осигуряване.
- II стълб – допълнителното задължително здравно осигуряване има надграждащ характер и се осъществява чрез предоставяне на допълнителен пакет от здравни услуги, които не са обхванати в основния пакет. Предоставят се високоспециализирани здравни услуги, консумативи и медикаменти, които са в размер и обем, предвидени в допълнителния здравноосигурителен пакет, гарантиран от дружеството. Осигуряването на здравни услуги, включени в този пакет, се



извършва от лицензирани здравноосигурителни дружества. Всяко осигурено лице има право да избере здравноосигурително дружество, с което сключва договор да осъществява неговото допълнително здравно осигуряване. Здравноосигурителните дружества трябва да защитават интересите на осигурените лица за получаване на необходимия обем допълнителни здравни услуги, като осигуряват високо качество на обслужване.

· III стълб – доброволно здравно осигуряване – познато в България през последните години. То е предназначено да се ползва от лицата, които правят доброволна осигурителна вноска в здравноосигурително дружество за ползване на договорени допълнителни здравни услуги и пакети. Услугите включени в пакетите не се включват в първите два стълба и имат допълващ характер. Всяко лице самостоятелно избира пакет от здравноосигурителни услуги и се договаря с дружеството за условията, реда, размера на вноската и начина на обслужване. И тук, като втория стълб, лицата се обслужват от лицензирани здравноосигурителни дружества. С оглед да се гарантира висока сигурност и надеждност в тяхната работа, е необходимо да се поставят високи изисквания при тяхното лицензиране, за да се гарантират и защитят правата и интересите на осигурените лица.

Предлагането на тези нови схеми ще осигури разнообразни допълнителни услуги в съответствие с индивидуалните потребности на осигурения. Те ще се разгърнат естествено след обособяването на задължително допълнително здравно осигуряване, като още един стълб на здравноосигурителната система в България. Новият стълб на задължително допълнително осигуряване и предложените нови схеми за предоставяне на услуги ще придадат също така нов смисъл и на развитието на пазарните механизми в здравното осигуряване в България.

Целта 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 този модел може да се извършва поэтапно, като се създават постепенно необходимите нормативни, организационни, финансови и други условия. Предложената практика



съществува в голяма част от страните в ЕС и е доказала своята ефективност за осигуряване на широка гама от здравни услуги и дейности с гарантиране на конкурентна основа качество на обслужването. Прилагането на подобен подход за реформиране на здравната система изисква сериозна предварителна работа по създаване на необходимите условия за предвидените промени.

Емпиричен анализ: резултати от анкетно проучване.

Проведено анкетно проучване сред 248 респонденти – пациенти и здравни специалисти – разкрива следните ключови изводи:

Доверие в системата: Над 60% от анкетираните пациенти смятат, че качеството на здравните услуги в България е незадоволително. 72% от медицинските специалисти заявяват, че липсва системен подход за оценка на качеството.

Информационен дефицит: 65% от гражданите посочват, че нямат достъп до обективна информация за качеството на лечебните заведения.

Финансови бариери: Над 50% от анкетираните посочват, че са се сблъскали с неофициални плащания или доплащане за медицински услуги, което поставя под въпрос равнопоставения достъп до грижи.

Нужда от стандарти: 81% от специалистите подкрепят въвеждането на единна система за индикаторно измерване на качеството, обвързана с финансирането.

Изследването потвърждава нуждата от икономически ориентирана здравна политика, основана на измерими резултати, прозрачност и отчетност.

Глава 2 завършва с обобщение на слабостите:

- липса на стандартизирани индикатори;
- разходоориентиран модел;
- липса на контрол върху качеството;
- високо доплащане;



- недостатъчна дигитализация;
- фрагментирана грижа;
- недостиг на персонал;
- липса на стратегия;
- отсъствие на интегрирани услуги.

Сред основните проблеми се открояват:

- липса на връзка между качество и финансиране;
- недостиг на кадри и неравномерно разпределение;
- корупционни практики и липса на доверие;
- слаба интеграция на информационни системи;
- ограничена обратна връзка от пациентите.

Тези проблеми водят до намаляване на качеството, ограничаване на достъпа и по-ниска удовлетвореност.

3. Глава трета. АНАЛИЗ НА СЪСТОЯНИЕТО НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ В БЪЛГАРИЯ.

Глава трета представя авторското емпирично изследване, което има ключова роля в дисертационния труд. Чрез него се анализират нагласите, оценките и удовлетвореността на пациенти и медицински специалисти по отношение на качеството на здравните услуги в България. Проучването предоставя реална, актуална и обективна информация за състоянието на системата и е основа за формулиране на конкретните предложения в следващата глава.



Целта на изследването сред гражданите е да се проучи мнението им за качеството на здравната система в България и потребността им от информация, касаеща неговото измерване и оценка.

Разбиранията на гражданите за качеството на здравеопазване са важни за неговото измерване и оценка. Компонентите на потребителското качество и тяхната значимост се изследват чрез конкретизиране на елементите на качеството на здравеопазване, изведени от научната литература и концептуалните рамки за оценка на функционирането на здравните системи, в изисквания/желания на гражданите, които те следва да оценят по степен на важност в представата им за високо качество на здравеопазване.

Медицинските професионалисти поставят по-висока оценка на качеството в лечебните заведения, в които работят, отколкото на качеството на здравеопазване като цяло, като се наблюдават статистически значими разлики в оценките на работещите в публични и в частни лечебни заведения.

Оценките на качеството на здравеопазване на медицинските професионалисти се различават от тези на гражданите. Гражданите са значително по-критични. Най-голям процент и от гражданите, и от специалистите поставят задоволителна оценка на качеството на здравеопазване, но вторият по големина дял сред пациентите е този на поставящите лоша и много лоша оценка, за разлика от медицинските професионалисти, при които повече са онези, които оценяват качеството като много добро и добро. Това показва още веднъж различията във възприятия на пациентите и професионалистите към качеството в здравеопазването. Въпреки тези разминавания, медицинските професионалисти относително добре познават негативните нагласи на гражданите към качеството и дори допускат по-ниски оценки, отколкото гражданите действително поставят. Най-голям дял от медицинските професионалисти (47.1%) считат, че гражданите биха поставили лоша и много лоша оценка на качеството, докато всъщност най-голям дял от гражданите (45.4%) го оценяват като задоволително. Фактът, че медицинските професионалисти очакват гражданите да оценяват качеството значително по-негативно, отколкото те



самите, може да доведе до известна съпротива към оценки или класации на лечебни заведения във връзка с качеството, изготвяни от пациенти или техни организации (каквито гражданите предпочитат).

И гражданите, и специалистите подкрепят въвеждането на система за редовно наблюдение, измерване и публично представяне на качеството. Повече от 80% от анкетираните заявяват готовност да участват в процеса чрез обратна връзка и оцен

Оценка на качеството на здравеопазване:

- Оценката и на гражданите, и на медицинските професионалисти за качеството на здравеопазване в България е неудовлетворителна, макар че като цяло медицинските професионалисти го оценяват по-високо. Медицинските професионалисти поставят по-висока оценка на качеството в лечебните заведения, в които работят, отколкото на качеството на здравеопазване като цяло.

- По оценки на респондентите към момента здравната система не може да гарантира качествена медицинска помощ на всички пациенти, което според професионалистите се дължи основно на два проблема - осигуреността с човешки и финансови ресурси на системата.

Измерители на качеството:

- Всички предложени елементи на качеството на здравеопазване са оценени и от респондентите като важни за целите по измерване и оценка на качеството на здравеопазване.

- Медицинските професионалисти определят като най-важни (с най-висока средна оценка) за целите на системата за измерване и оценка индикаторите свързани с ефикасността (ранна диагностика на онкологични заболявания, предотвратимата с добра профилактика и добро лечение смъртност, детската смъртност и преживяемостта при онкологични заболявания) и достъпността (осигуреност с медицински специалисти).



- За да могат да се доверят на конкретно лечебно заведение, гражданите имат нужда от информация относно равнището на безопасност, удовлетвореността на пациентите от конкретен медицински специалист и обезпечеността на лечебното заведение с медицинската апаратура.

- Между гражданите и специалистите съществуват известни различия по отношение на възприятията им за качеството на здравеопазване, които проличават при аранжиране на елементи за изследване на качеството на национално ниво:

- за гражданите безопасността и уместността (във връзка с прилаганите съвременни методи за диагностика и лечение) са водещи;

- медицинските професионалисти определят професионалната си удовлетвореност и ефикасността като водещи за измерване и оценка на качеството.

Нагласи към измерването на качеството:

- Сред гражданите и медицинските специалисти се отчита висока информационна потребност и положителна нагласа към измерването на качеството, както на национално ниво, така и на ниво лечебно заведение.

- Според специалистите качеството на и във здравеопазването трябва да бъде измервано периодично и систематично по начин, който позволява проследимост и сравнимост на резултатите.

- Гражданите заявяват, че класациите на лечебните заведения трябва да се изготвят от пациентските организации, което е знак за липсата на доверие към институциите и професионалните организации, а не услугите.

Настоящото проучване е авторско и е проведено с цел изследване на възприятията и нагласите към качеството на здравните услуги.

Обем на извадката: 248 респонденти (153 граждани и 95 медицински специалисти);

Метод на събиране: анкетен въпросник в голямо болнично заведение в София, като е спазено изискването за институционална анонимност.



- Период: април–май 2025 г.;
- Представителност: извадката не е национално представителна, но включва участници от различни възрастови, образователни и регионални групи, което позволява изводи на експлораторно ниво.

Основното предназначение на системата от показатели за измерване и оценка на качеството на и във здравеопазването е осигуряване на възможности за ефективното му управление. Тя трябва да служи на:

- здравните политики – за вземане на обосновани здравнополитически решения за развитието на здравната система и за оценка на политиките в областта на здравеопазването,
- лечебните заведения и професионалистите – за избор на цели по качеството и ефективно управление на лечебните заведения,
- гражданите – за информиран избор на лечебно заведение и засилване на „потребителския натиск“ върху здравната система за непрекъснато подобряване на качеството, както на ниво система на здравеопазване, така и в отделните лечебни заведения,
- научните медицински дружества и медицинските университети – за осигуряване на данни и доказателства, необходими за развитие на медицинските стандарти, за провеждане на научни изследвания и анализи и за обучение.

Въз основа на направения емпиричен и икономически анализ, се очертават следните ключови изводи:

- Налице е трайна необходимост от създаване на система за измерване и оценка на качеството, която да използва ясно дефинирани показатели, обвързани с финансирането;
- Има обществена и професионална подкрепа за такава система – над 80% от анкетираните биха съдействали;



- Ефективността и устойчивостта на системата зависят от институционална подкрепа, прозрачност и публичен контрол;
- Реформата в здравеопазването следва да се ръководи от икономически подходи, базирани на стойност за пациента и измерими резултати.

Всички тези изводи подкрепят основната цел на дисертацията – да се предложи икономически обоснована система от показатели и механизми за повишаване на качеството в здравеопазването в България.

Обобщение на основните проблеми от анкетата, проучването ясно очертава ключови проблеми:

- кадрови дефицит
- неравномерно качество
- административно претоварване
- ниска дигитализация
- ограничен достъп
- липса от контрол
- недостиг на стандарти
- ниско доверие
- нужда от реформа

4. Глава четвърта. ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА, ПЕРСПЕКТИВИ ЗА РАЗВИТИЕ И ПРОМЯНА В МОДЕЛА НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА В СТРАНАТА

Здравната система в България функционира върху модела на задължително здравно осигуряване, администрирано основно от Националната



здравноосигурителна каса (НЗОК). Финансирането се осъществява чрез осигурителни вноски на работещите граждани, работодателите и държавата за определени категории лица. Наред с публичното финансиране съществува и нарастваща роля на частните разходи, включително доплащане от страна на пациентите, доброволно здравно осигуряване и частни здравни услуги.

Въпреки теоретичната универсалност и солидарност на системата, на практика тя е изправена пред редица дефицити – неравномерно разпределение на средствата, неефективно разходване, ограничен контрол върху качеството спрямо извършените дейности и липса на прозрачност при ценообразуването и заплащането.

Българската здравна система се сблъсква с хронични предизвикателства, включващи:

- Недостиг на кадри, особено в малките населени места и по-малко атрактивни специалности;
- Слабо финансиране на профилактични и превантивни услуги;
- Неравнопоставеност в достъпа до здравни услуги между различни социални и географски групи;
- Недостатъчно интегрирани дигитални решения и електронно здравеопазване;
- Ограничена роля на пациента при вземане на решения за лечение и избор на лечебно заведение.

В здравната система има няколко групи предизвикателства, причините за промяна в здравната система и причините за нужда от промяна за осъществяване на здравна реформа са:

- несъгласуваност и непълнота между отделните нормативни документи;
- много нарушена структура на разходите за лекарства и разходите за медицински дейности;



- много високи цени на лекарствените продукти и неудовлетвореност на българските граждани от отделни характеристики на снабдяването с лекарства;
- забавяне на началото и забавяне на темповете на реформата в болничната помощ;
- преобладават индивидуалните практики пред груповите практики в доболничната помощ, а това затруднява много качествено обслужване на пациентите;
- нарушено е и взаимодействието в отношенията между общопрактикуващите лекари, лекари в спешната помощ, специалистите, медицинските центрове и болнични заведения;
- много ограничен достъп на част от населението до здравни услуги по финансови и организационни причини;
- затруднено медицинско обслужване и дори осигуряване на спешна медицинска помощ в малките села и градове, и в по-трудно достъпните населени места;
- качеството на медицинските услуги не отговаря на изискванията и очакванията на обществото;
- слабо изразена дейност по промоцията на здравето и превенция на заболяванията;
- неефективно разходване на ограничените финансови ресурси;
- негативни тенденции в демографските показатели, нарастване на хроничните заболявания и трайно намалената работоспособност;
- недостатъчно финансиране на дейностите в системата на здравеопазването.

Основните предизвикателства пред управлението на здравната система:

- увеличаване на контрола за всички участници в системата;
- подобряване управлението на ресурсите в системата;
- оптимизиране дейността и механизмите за взаимодействие в системата на здравеопазването;



- оптимизиране на информационния обмен на данни;
- осъзнаване значимостта и необходимостта от своевременни действия;
- решаване на проблемите с нерегламентираните плащания и корупцията.

Основни предизвикателства пред финансирането на здравната система:

- повишаване на ефективността на събиране и разпределение на финансовите средства;
- осигуряване на достатъчен финансов ресурс и гаранция за финансова стабилност;
- пренасочване на средства към по-добре работещите и ефективни изпълнители на медицинска помощ, с което да се стимулира обслужването на пациентите да бъде по-качествено.
- увеличаване на финансирането за превенция и профилактика на заболяванията.

Основни предизвикателства пред човешките ресурси:

- преодоляване на проблема с недостиг на медицинските сестри
- преодоляване на проблема с недостиг на специалисти;
- подобряване на условията за повишаване на квалификацията, за стаж, за продължаващо обучение на здравните специалисти.

Основни предизвикателства пред опазване на общественото здраве:

- подобряване на дейностите по подготовката на кадри за прилагане на европейското законодателство и мониторинг на дейностите по програмите;
- въвеждане на принципи на финансиран, които да бъдат ориентирани към резултат при кандидатстването и изпълнението на националните програми;
- подобряване на дейностите в областта на хроничните неинфекциозни заболявания;
- усъвършенстване модела за контрол на рисковите фактори на работното място;



- подобряване качеството на живот на хората с хронични заболявания, ментални увреждания и лицата в неравностойно положение, съобразно европейските изисквания.

Два проблема на българското задължително здравно осигуряване са ограниченият достъп до високо квалифицирани медицински и болнични услуги и недостатъчно точното дефиниране на основния пакет на НЗОК. В допълнение, ниските доходи на населението спъват по-широкото развитие на ДЗО и водят до неудовлетвореност у здравноосигурените по отношение на равенството в достъпа до медицински и здравни услуги. Функционирането на здравната система преди 1989 г. е създала психологическата нагласа, че що се отнася до нуждата от медицински услуги лекарите следват желанието на пациента. Това създава изкривена представа за равен достъп до здравни услуги, основан в голяма степен върху желанието за ползването им, а не върху необходимостта от тях.

Българинът трудно прави връзката между плащането на здравна вноска и получаваната услуга. Здравните политици и мениджъри прибягват до позитивни от гледна точка на осигурения механизми за подчертаване на връзката осигурителна вноска - здравна услуга. Предлагането на различни типове договори в общественото здравно осигуряване, възможността за избор на съдържанието на договора и на ползваните услуги, обвързано с възможности за замяна на една услуга с друга, не само затвърждава у осигурения убеждението, че услугите се заплащат, но и му предлага положителни стимули за въздържане от използване на системата, а впоследствие се създава и мотивация за промоция на здравето и провеждане на профилактика. Пътят до тази мотивация се изминава поради убеждението на самия осигурен не само относно здравната, но и относно финансовата полза от тези дейности.

За реализирането на политиката важна роля има акредитацията на лечебните заведения като процес, който е насочен към гарантирането на качеството на здравните услуги, стимулиране и стремеж за постигане на високи резултати и информиране на медицинските лица и гражданите. Да има одобрение на достъпа на



здравно обслужване за всички граждани и повишаване качеството на здравните услуги чрез непрекъснат контрол и мониторинг.

Стратегията на здравеопазването цели:

- да се повиши качеството и ефективността на здравните услуги цели да прави повече иновации за устойчива и ефективна здравна система;
- да предприеме икономически ефективни мерки за намаляване на основните рискови фактори за здравето и подобряване на профилактичните прегледи при болест;
- подобряване качеството на здравното обслужване и осигуряване достъп на всеки гражданин до здравна помощ и услуги;
- подобряване на капацитета и взаимодействието при реализирането на комплексни услуги в сферата на образованието, здравеопазването, спорта, заетостта и социалните услуги при постигане на общи цели за социално включване;
- осъществяване на интегриран контрол по безопасността и качеството на храните;
- разработване и въвеждане на специфични дейности за рискови групи.

Електронното здравеопазване е област, която се развива много бързо, и която си взаимодейства с медицинската информатика, общественото здравеопазване, предлагането на здравни услуги и информация чрез използването на съвременни информационни и комуникационни технологии. Характеризира се не само с технологично развитие, но и с един нов по-различен подход към глобално мислене за подобряването на здравните услуги на регионално, местно и глобално ниво. Съгласно разбирането в съвременния свят електронното здравеопазване представлява комплекс от мерки, които са базирани на организационна, правна и технологична рамка и обхващат целия аспект на функциониране на здравната система.



Главните направления на електронното здравеопазване са:

- Системи и услуги, предназначени за сектора по здравеопазване – те подпомагат напредъка при научно-изследователската дейност в медицината, ефективно управление и разпространение на медицински знания.
- Възможности за потребителите на здравни услуги – по-добро здравно образование, информация за здравеопазването, включване на пациенти и граждани в активно участие при вземане на решения, касаещи тяхното здраве.
- Съдействие на специалистите в сферата на здравеопазването – диагностика и извършване на сложни интервенции от разстояние, бърз и лесен достъп до информация, достъп до специализирани ресурси за обучение и образование.
- Съдействие на здравните власти и здравните ръководители - достъп и разпространение на най-добри практики за планиране и управление на здравеопазването.

Стратегическата цел при въвеждането на електронното здравеопазване е: да се подобри здравното състояние и качеството на живот у българските граждани, като се осигури равнопоставен достъп до съвременни, качествени и ефективни здравни услуги с помощта на съществуващи и нови технологични възможности, които да са в съответствие с променящите се потребности и мобилността, която се е повишила у населението.

Въвеждането на електронно здравеопазване ще бъде организирано паралелно със съществуващите установени процедури и методи в системата на здравеопазването. Пълноценното въвеждане на информационни и комуникационни технологии във всички видове здравни услуги ще даде възможност да се изгради следния модел на оказване на здравна помощ.

Нужно е да се постигне намаляване на разходите в здравеопазването чрез въвеждане на електронната информационна система с електронни досиета на



пациентите, която ще подобри и индивидуализира отчетността и проследяването на ползваните услуги. Създаването на електронната информационна система е също необходимо условие за индивидуализиране на предлаганите здравни услуги (към ръководните органи на здравеопазването). През последните десетилетия информационните технологии навлизат масово на всички нива в здравеопазването. Електронните здравни досиета ще променят начина, по който пациентите общуват с лекарите, като ще допринесат за подобряване на ефективността и качеството в здравеопазването чрез еманципиране на пациента, повишаване на разходната ефективност на лечението и координиране на медицински грижи. Всяка информационна система трябва да има в своята структура най-малко следните модули: административно-стопански, финансово-икономически, медицински и научно-изследователски модул. Системата за домашно мониториране на пациентите е важен допълнителен компонент на информационната система. Интегрираната информационна система на лечебното заведение допринася за редица позитивни резултати – повишаване на качеството на медицинската помощ, съкращаване на времето за оказване на спешна помощ, повишаване на ефективността на управленските решения и маркетинговите дейности.

Електронното здравно досие е част от информационната система на Националната здравноосигурителна каса. С него се цели да се улесни достъпът на пациентите до здравните им досиета и се предлагат нови електронни услуги – известяване за здравни услуги и полагащи се прегледи, чрез есемес и имейл, онлайн смяна на личния лекар и други. Целта е да се осигури на гражданите и медицинските специалисти обобщена медицинска информация, която е от значение в процеса на диагностика, определяне на терапевтичен план, както и при провеждането на лечение и рехабилитация.

С абонаменти за нотификация системата на НЗОК може да уведомява за настъпили събития, например промяна в пациентската информация, промяна в комуникационен канал, за предшестващи нотификации за събития - например годишен профилактичен преглед. Като част от общата информационна система наличието на пациентското досие позволява да се издигне на качествено ново ниво



равнището на обслужване в здравеопазването, като се осигурява обмен и наличност на данни за пациента без значение от мястото, където се намира. Чрез него освен удобство, и спестяване на разходи се постига приемственост в проследяването на пациента от различните изпълнители на медицински услуги.

Персоналната информационна система (ПИС) може да предупреждава за профилактични прегледи през годината, както и за нотификации за осигурените лица, като например уведомление за правото на периодични профилактични прегледи. С помощта на електронен подпис или персонален код може да се осигури достъп до персонализираната информационна система на НЗОК. В системата да се влиза през официалния сайт на НЗОК.

В досието си всяко осигурено лице може да получи информация за всички извършени прегледи, изследвания, операции и други манипулации, а и наличие на Европейска здравноосигурителна карта. Тази информацията се актуализира от лекари, болници, лаборатории и другите договорни партньори на НЗОК.

Ползите от прилагането на електронното досие са:

- За НЗОК – контрол на изразходваните публични средства, реална оценка за стойността на медицинските услуги, ефективен разход за стойността на медицинските услуги, ефективен разход на средствата и своевременно планиране и прогнозиране на бюджета;
- За пациента – улесняване на достъпа до медицинската информация и достъп до здравната информация на пациента в реално време, липсва задължението всичко да се съхранява на хартиен носител, като история от предходните посещения при съответните лекари;
- За лекарите – точна, пълна и навременна информация за вземане на информирано решение. За да започне досието да работи в пълен обем и да набира електронна информация, трябва да заработят в пълнота и останалите модули на здравно – информационната система, като направленията и рецептите.



Здравната електронна карта е елемент от комплексната информационна инфраструктура в здравната система. Степента на нейното използване може да бъде индикатор за нивото на е-здравеопазването в страната. Наличието на е-карта за управлението на здравната система означава наличието на много добре синхронизиран механизъм на взаимодействие между болниците, общо практикуващите лекари, здравните каси, аптеките.

Обикновено електронната здравна карта е пластмасова карта с микропроцесор (чип), на който да се записват данните за здравословното състояние на пациента. Всяко здравноосигурено лице може с тази карта се обслужва от личния лекар, да влиза на лечение в болница, да купува лекарства, без да носи каквито и да било други документи със себе си. На практика здравната електронна картата е "здравен паспорт" на осигуреното лице, който съдържа пълна информация за осигурения за медицинско състояние, минали заболявания, наличие на алергии, кръвната група, контакти на близки и др. - електронно копие на здравното досие на всеки.

Електронната здравна карта служи за контрол в реално време относно потребяването на даден вид медицинска услуга, с което може да се определи степен да се ограничат потенциални злоупотреби. Освен това електронната здравна карта гарантира достъп във всеки един момент на пациента до собственото му медицинско досие, с което да се подобри контрола върху изпълнителите на медицинска помощ.

Реализацията на електронното здравеопазване създава възможност да се извършват онлайн повече административни и здравни услуги в сектора, осигурява реален и бърз достъп на пациента до информация за собственото му здраве, подобрява взаимовръзките между отделните нива на системата и по веригата от различните изпълнители на медицински услуги. В резултат въвеждането на електронно здравеопазване позволява да се подобри качеството на медицинските услуги и повиши ефективността и контрола върху разходването на публичните средства за здравеопазване.



Към момента в България не е въведена електронна здравна карта в смисъла на персонална чип-карта, съдържаща медицинско досие и използвана за идентификация във всички звена на здравната система. Наличната Европейска здравноосигурителна карта удостоверява единствено осигурителен статус и не изпълнява функциите на електронна здравна карта.

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

Обсъждането на промяна в модела на здравно осигуряване в България няма как да мине без преглед на добрата практика в Европа и света. Независимо, че моделите на финансиране и управление на здравните системи в света са четири, големият брой детайли и разлики в приложението им прави избора на финансов модел във всяка отделна страна уникален.

Във всяка здравна система преобразуването касае налични (ограничени) ресурси в желани резултати, съответни на определените и поставените цели. Обемът на ресурсите – размер, количество, качество, зависи винаги от степента на икономическото развитие на страната и възможността на обществото да заделя „пари за здраве“. От това следва, че ефективността на управлението е от изключително значение – т.е. отношението на резултата (ползата) към ресурсите на дадена здравна организация.

Финансовите стимули за подобряване на качеството на здравните услуги могат да се разделят на две основни групи: позитивни (бонуси, допълнително финансиране, преференциално отношение) и негативни (глоби, намалено заплащане при незадоволителни резултати). Те се прилагат както към индивидуални лекари и медицински екипи, така и към болнични и доболнични лечебни заведения.



Изследванията показват, че финансовите стимули могат да имат значителен положителен ефект върху качеството на здравните услуги, ако са правилно структурирани. Сред основните ползи се открояват:

- Повишаване на мотивацията на медицинските специалисти;
- Подобряване на спазването на клинични протоколи и стандарти;
- Увеличаване на удовлетвореността на пациентите;
- Намаляване на разходите чрез превенция и по-добро управление на заболяванията.

Въпреки това съществуват и рискове, ако стимулите не са адекватно контролирани:

- Изкривяване на поведението чрез фокус само върху измеримите цели (напр. “техническо” изпълнение на протоколи без реална клинична стойност);
- Потенциал за манипулиране на данни;
- Изключване на пациенти с висок риск, за да се поддържат добри резултати.

В България системата за финансиране на лечебните заведения чрез клинични пътеки не съдържа достатъчно механизми за обвързване на заплащането с качеството на грижите. Основният стимул остава количеството на преминалите пациенти, а не постигнатите здравни резултати. Това създава риск от фрагментиране на лечението и претоварване на системата без гаранция за ефективност.

Препоръчителни насоки за реформа:

- Въвеждане на пилотни проекти за Pay-for-Performance в избрани региони и специалности (напр. общопрактикуващи лекари и управление на диабет);
- Създаване на Национален регистър на здравните показатели, който да осигури обективна база за оценка;
- Включване на пациентската удовлетвореност като критерий за финансиране;



- Обучение и подкрепа на медицинските специалисти за преминаване към модели, базирани на резултати;
- Засилване на електронното здравеопазване с цел контрол, прозрачност и отчетност.

Финансовите стимули, когато са приложени разумно и съпроводени с контрол и прозрачни индикатори, могат да бъдат мощен инструмент за подобряване на качеството в здравеопазването.

България има нужда от преминаване от модел, основан на обем, към модел, ориентиран към стойност и резултати. Това изисква не само политическа воля, но и широко участие на всички заинтересовани страни – институции, медицински специалисти, пациенти и научната общност.

Глава четвърта представлява приложната и реформаторската част на дисертационния труд. Тя предлага комплексен икономически модел за управление на качеството, базиран на международни стандарти, емпирични данни и спецификите на българската здравна система. В рамките на главата са разработени конкретни предложения за реформа, които могат да бъдат внедрени на национално ниво.

Целта е да се създадат механизми за по-ефективно финансиране, по-висока прозрачност, устойчиво управление на ресурсите и подобряване на здравните резултати:

1. Концептуална рамка – модел за управление на качеството

Предложеният модел се базира на четири взаимосвързани компонента:

- 1) Индикатори за качество - Национална система от измерими показатели, които позволяват мониторинг на резултатите.
- 2) Финансиране, обвързано с качество - Преход от плащане за дейност към плащане за резултати.



3) Електронизация и дигитален контрол -Интегрирана здравна информационна система.

4) Управление на ресурсите и човешкия капитал

Оптимизация на процесите чрез Lean и Value-Based Healthcare подходи.

2. Необходимост от реформа

Анализът в предходните глави показва, че качеството в България е ограничено поради:

- фрагментирано финансиране;
- липса на стимули за качество;
- административно претоварване;
- слаб контрол;
- недостиг на кадри;
- ниска удовлетвореност;
- недостатъчна електронизация;
- липса на прозрачни показатели.

Глава 4 има за цел да предложи работещи, реалистични, икономически обосновани решения.

3. Икономически механизми за подобряване на качеството

3.1. Финансиране, базирано на резултати (Pay-for-Quality)

Подходът включва:

- премии за качество;
- намалени плащания при лоши резултати;



- бонуси за превенция;
- стимули за интегрирана грижа.

Прилагането му ще:

- повиши мотивацията;
- намали медицинските грешки;
- подобри здравните резултати;
- увеличи доверието в системата.

3.2. DRG модели и прозрачност осигурява:

- прозрачност на разходите;
- справедливо финансиране;
- контрол върху хоспитализациите;
- възможност за сравнение между болници.

3.3. Електронизация и управление в реално време.

Дигитализацията е основен инструмент за контрол и качество.

Необходими елементи:

- интегрирана система;
- електронно досие;
- електронни направления;
- електронни протоколи;



- телемедицина;
 - анализ на големи данни (Big Data);
 - мобилни приложения за пациенти.
-

3.4. Lean Healthcare и оптимизация на процесите

Lean подходът води до:

- по-кратки пътеки;
 - минимизиране на изчакването;
 - оптимално движение на пациента;
 - по-висока ефективност на персонала.
-

4. Дванадесет конкретни предложения за реформа, които могат да бъдат внедрени на национално ниво.

- ПРЕДЛОЖЕНИЕ 1: Създаване на национална система от индикатори за качество:
 - клинични резултати;
 - реадмисии;
 - инфекции;
 - усложнения;
 - удовлетвореност на пациенти;
 - структура;



- процеси;
- ефективност;
- безопасност.
- ПРЕДЛОЖЕНИЕ 2: Въвеждане на финансови стимули, обвързани с качеството:
 - бонуси за постигане на стандарти;
 - санкции при лоши резултати;
 - стимули за профилактика;
 - стимули за интегрирана грижа.
- ПРЕДЛОЖЕНИЕ 3: Пълна електронизация на здравната система:
 - единно електронно досие;
 - интегрирана информационна система;
 - автоматизация на документи;
 - електронна комуникация между институции;
 - мобилни приложения за пациенти.
- ПРЕДЛОЖЕНИЕ 4: Създаване на национален регистър на медицинските кадри:

Регистърът включва:

- квалификация;
- специализации;
- компетенции;
- натоварване;



- професионална история.

Цел: планиране и управление на човешките ресурси.

- ПРЕДЛОЖЕНИЕ 5: Въвеждане на Lean Healthcare във всички болници.

Цели:

- премахване на излишни стъпки;
- по-добро планиране;
- по-бърз поток на пациенти;
- оптимизиране на разходите.
- ПРЕДЛОЖЕНИЕ 6: Електронен контрол в реално време

Инструменти:

- мониторинг на услуги;
- контрол на разходите;
- предупреждение при отклонения;
- анализ на натоварване.
- ПРЕДЛОЖЕНИЕ 7: Въвеждане на хибриден модел – DRG + клинични пътеки:

Предимства:

- справедливи разходи;
- намаляване на свръххоспитализациите;
- прозрачност;
- ефективност.



- ПРЕДЛОЖЕНИЕ 8: Укрепване на първичната медицинска помощ:
 - стимули за общопрактикуващи лекари;
 - модели за превенция;
 - управление на хронични заболявания;
 - намаляване на ненужни хоспитализации.

- ПРЕДЛОЖЕНИЕ 9: Централизиран обществени поръчки за лекарства и изделия. Резултат:
 - по-ниски разходи;
 - прозрачност;
 - по-високо качество и проследимост.

- ПРЕДЛОЖЕНИЕ 10: Национална програма за обучение по лидерство, мениджмънт и качество за:
 - лекари;
 - сестри;
 - болнични мениджъри;
 - администратори.

- ПРЕДЛОЖЕНИЕ 11: Пълна прозрачност на резултатите на болниците.

Включва:

- публични доклади;
- индикатори;
- сравнителни данни;
- рейтинг на качеството.



○ ПРЕДЛОЖЕНИЕ 12: Външна независима инспекция и супервизия на качеството. Функции:

- проверки;
- акредитация;
- контрол на стандартите;
- препоръки за подобрене.

5. Очаквани ефекти от прилагането на модела:

- по-високо качество на услугите;
- по-добри здравни резултати;
- намаляване на разходите;
- по-високо доверие;
- намаляване на регионалните различия;
- по-мотивиран персонал;
- прозрачност и отчетност;
- интеграция на системата.

IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение на настоящия дисертационен труд може да се направи обобщение, че здравеопазването в България се намира в критично състояние, което изисква целенасочени и дълбоки реформи. Системата не функционира ефективно, държавната здравна политика е слабо изразена, а липсата на координирана и ясна визия за развитие препятства устойчивото подобряване на здравния статус на населението.



Очерталите се проблеми – ограничения достъп до качествени услуги, високи нива на доплащане и корупция, слаба прозрачност и неравномерност в регионалното покритие – подкопават доверието на гражданите и задълбочават социалните неравенства. Демографските предизвикателства и миграционните процеси оказват допълнителен натиск върху системата.

Анализът в дисертацията показва, че здравноосигурителната система в България се нуждае от реорганизация, включваща:

- оптимизация на производството на здравни услуги, особено в първичната помощ;
- повишаване на качеството чрез обективни индикатори;
- въвеждане на резултатно финансиране и отчетност;
- по-ефективно управление на ресурсите и електронни инструменти за контрол.

С настоящото изследване беше изпълнена основната цел на дисертационния труд – да се предложи икономически обоснован модел и система от показатели за измерване и оценка на качеството на здравните услуги в България.

В изпълнение на тази цел бяха успешно реализирани следните изследователски задачи:

- Анализирани бе съществуващата литература и практики по измерване на качеството в здравеопазването;
- Сравнен бе международният опит (Германия, Франция, Нидерландия и др.);
- Проучена бе структурата и финансирането на българската система;
- Проведено бе авторско анкетно проучване с 248 респонденти. Анкетите са реализирани в голямо болнично заведение в София, като е спазено изискването за институционална анонимност.



- Изведени бяха конкретни предложения и насоки за реформа на база емпиричните и икономическите резултати.

Вярвам, че изводите и препоръките, формулирани в дисертацията, могат да бъдат използвани както за научни цели, така и като инструмент за формиране на здравна политика, ориентирана към качество, ефективност и грижа за пациента.

Ключов момент в бъдещите реформи е развитието на цялостна концепция за здравното осигуряване – както задължително, така и доброволно – в рамките на ефективно и интегрирано здравеопазване. Особено внимание следва да се обърне на профилактиката, промоцията на здравето и информираността на населението, които са предпоставки за по-здрavo и по-устойчиво общество.

Необходима е цялостна и координирана стратегия, обединяваща усилията на държавата, здравните институции, професионалните общности и гражданското общество, за да се гарантира правото на достъп до качествени здравни услуги за всеки български гражданин.

С настоящата разработка бе направен опит да се анализира състоянието на здравната система в България, като се идентифицират основните предизвикателства, проблеми и потребности на населението. Здравната система в България се намира в продължителен период на дисбаланси, структурни дефицити, неравен достъп и ниско ниво на доверие. Резултатите от анализа, проведени на теоретично, емпирично и приложно ниво, показват, че качеството на здравните услуги е пряко зависимо от икономическите механизми на управление, начина на финансиране, наличността на човешки ресурси и степента на дигитализация.

Дисертационният труд доказва, че устойчивото подобряване на качеството може да бъде постигнато само чрез системни реформи, базирани на научни доказателства, международни стандарти и ясно дефинирани икономически инструменти. Необходим е преход от разходоориентиран модел към модел, основан на резултати, стойност и ефективност, в който финансирането е пряко свързано с качеството на предоставяната медицинска помощ.



Емпиричните данни от анкетното проучване ясно потвърждават нуждата от промени в ключови направления: подобряване на достъпа, намаляване на административната тежест, модернизация на инфраструктурата, електронизация, повишаване на прозрачността и укрепване на човешкия ресурс. Обществените нагласи показват готовност за приемане на дигитални решения, по-високи стандарти за качество и нови управленски модели.

Предложеният в дисертацията икономически модел за управление на качеството, подкрепен от 12 конкретни реформи, предлага цялостна рамка за трансформация на системата. Моделът е практически приложим, реалистичен и съобразен с българските условия. Той включва: национална система от индикатори, стимулиращо финансиране, пълна електронизация, контрол в реално време, интегрирана първична помощ и механизми за прозрачност и външна оценка.

Реализирането на предложените решения ще доведе до:

- по-добри здравни резултати;
- по-ефективно управление на ресурсите;
- намаляване на неравенствата;
- по-висока удовлетвореност на пациентите;
- по-мотивиран персонал;
- по-голямо доверие в системата.

Дисертационният труд доказва, че качеството на здравните услуги не е абстрактно понятие, а управляем икономически процес.

Устойчивото подобрене изисква стратегическа визия, координирани усилия и модерни механизми за управление.



Настоящото изследване представлява принос към развитието на теорията и практиката в областта на икономиката на здравеопазването и предоставя основа за бъдещи политики, национални програми и управленски решения, насочени към подобряване на качеството, ефективността и устойчивостта на българската здравна система.

V. НАУЧНИ И ПРИЛОЖНИ ПРИНОСИ

Настоящият труд съдържа значими научни и приложни приноси, сред които:

➤ Научни приноси:

1. Разработване на интегрирана теоретико-методологична рамка за оценка на качеството в здравеопазването.

Трудът обогатява теоретичната литература чрез систематизиране на водещи международни концепции, модели и индикатори.

2. Изведен е икономически модел за управление на качеството на здравните услуги, съобразен със спецификите на българската система.

Моделът се основава на взаимодействието между финансиране, индикатори, електронизация и управление на ресурси, като предлага концептуална рамка за реформа.

3. Научно аргументиране на връзката между структурата на финансирането и качеството на здравните услуги.

Дисертацията доказва, че липсата на обвързаност между финансиране и резултати води до неефективност, ограничен достъп и неравно качество.

4. Систематизация и класификация на индикаторите за качество.

Разработена е цялостна структура от измерители, обединяваща клинични, структурни, процесни и пациентски индикатори, съобразена с европейските и международни стандарти.



5. Принос в областта на здравната икономика чрез идентифициране на финансови и управленски фактори, влияещи върху качеството.

Трудът доказва причинно-следствени зависимости между финансиране, човешки ресурси, електронизация и удовлетвореност на пациенти и персонал.

6. Научно обосновано изследване на обществените нагласи чрез авторско анкетно проучване.

Проучването предоставя оригинални емпирични данни за оценката на качеството от гледна точка на пациенти и медицински специалисти.

➤ Приложни приноси:

1. Извършено е авторско анкетно проучване с практическа стойност.

Резултатите могат да бъдат използвани от здравни институции, лечебни заведения и политически структури при разработване на политики за подобряване на качеството.

2. Разработен е практически приложим икономически модел за управление на качеството, който може да бъде интегриран в национални стратегии и управленски програми.

3. Формулирани са конкретни предложения за реформа на национално ниво.

Те представляват реалистична и изпълнима програма, съобразена със състоянието на българското здравеопазване.

4. Създадена е структура за въвеждане на национална система от индикатори за качество, като може директно да бъде приложена при изграждане на стандартизирана система за контрол и отчетност.

5. Предложени са решения за електронизация и дигитален контрол.

6. Разработена е рамка за управление на човешките ресурси в здравеопазването.



Акцентът е върху мотивация, обучение, регистри и управление на натоварването.

7. Предложени са мерки за подобряване на финансовата устойчивост и оптимизация на ресурсите.

Това включва DRG, хибридни модели, централизирани търгове и контрол.

Потенциал за практическо приложение на предложените решения могат да бъдат използвани:

- от Министерство на здравеопазването;
- от НЗОК;
- от лечебни заведения;
- в национални програми;
- в обучението по здравна икономика;
- при разработване на законодателни проме



VI. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ОРИГИНАЛНОСТ

Долуподписаната Албена Керанова, докторант към Университета по застраховане и финанси, град София, декларирам, че представеният дисертационен труд на тема:

„Икономически подходи при осигуряване на качество на здравните услуги в България“ е изцяло собствено, оригинално научно изследване.

Всички използвани източници, научни публикации, статистически данни, теоретични концепции и методологични подходи са коректно цитирани и посочени в библиографията.

Утвърждавам, че:

- дисертационният труд не съдържа части, които дублират вече защитени трудове на други автори;
- трудът не е подаван за защита в друг научен съвет или висше училище;
- не са използвани нерегламентирани методи или материали;
- всички емпирични данни от анкетното проучване са събрани и анализирани от мен;
- изводите и предложенията в труда са разработени въз основа на мое самостоятелно изследване.

Подпис:



/Албена Керанова/