МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
„ПРОФ. Д–Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН”

Радослава Димитрова Ненчева

СТРАТЕГИЧЕСКИ СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА РЕФОРМИРАЩИТЕ СЕ ЗДРАВНИ СИСТЕМИ В СЪЕДИНЕНИТЕ АМЕРИКАНСКИ ЩАТИ И РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН “ДОКТОР”

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”
Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”
Докторска програма „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията”

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ :
доц. Александрина Цекомирова Воденичарова, дм

РЕЦЕНЗЕНТИ :
Проф. д-р Лидия Младенова Георгиева, дм
Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн

София, 2021 г.

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защита от катедрен съвет на катедра „Здравна политика и мениджмънт” на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн” при Медицински университет София.

Дисертационният труд съдържа 181 страници и е онагледен с 15 фигури, 9 таблици и две приложения. Библиографската справка включва 200 заглавия, от които 67 на кирилица и 133 на латиница.

Научно жури:

1. Проф. д-р Ралица Златанова Златанова-Великова, дм – вътрешен член за МУ – София

2. Проф. д-р Лидия Младенова Георгиева, дм – вътрешен член за МУ- София

3. Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн – външен член за МУ-София

4. Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм – външен член за МУ – София

5. Проф. д-р Коста Славов Костов, дм – външен член за МУ – София

Резервни членове:

1. Проф. д-р Тодор Димитров Черкезов, дм – вътрешен член за МУ – София

2. Проф. д-р Сашка Руменова Попова, дм – външен член за МУ – София

Публичната защита ще се състои на 15.10.2021г. от 13ч. в зала №7 на Факултета по обществено здраве „ Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн”, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, ул. „ Бяло море”№8, гр.София.

Материалите по защитата са на разположение в отдел Наука на Факултета по обществено здраве „ Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн”, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, ул. „ Бяло море”№8, гр.София и на интернет страницата на МУ – София.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговарят на същите в дисертационния труд.

Съдържание

I. Въведение: Актуалност и значимост на темата 5

II. Цел, задачи и методология на изследването
Научна хипотеза 7

III.Стратегически анализ на националните здравни системи
в САЩ и България

1. Стратегическият здравен мениджмънт като философия, концепция и технология на организационната промяна . . . 12

2. Ситуационен анализ . . . 13

- Нормативна база-основни законови актове на здравеопазването в САЩ 13
- Управленски органи и структура на здравната система . . 14
- Модели и механизми на финансиране 16
- Здравноосигурителни компании като регулатор на поведението на пациентите 16
- Маркетингови подходи: системен конкурентен анализ и удовлетвореност на пациентите 18

3. Реформиране на здравеопазването в САЩ – тенденции и процеси на организационна промяна 20

3.1. Здравно-политически аспекти на опитите за реформиране от президентите Клинтън и Обама 20

3.2. Сегашни и бъдещи теденции за реформиране 22

3.3. Система на единствен платец 23

3.4. Роля на политическите и обществените дебати за реформирането 24

3.5. Аргументи относно реформата в здравеопазването 25

3.6. Етични проблеми в здравеопазването на САЩ . . . 27

3.7. Бариери на промяната в здравната система 29

4. Обобщен критичен анализ на процесите на здравна реформа в САЩ . . . 32

5. Реформиране на здравеопазването в България – тенденции и процеси на организационна промяна 35

5.1. Концепция и здравно-политически аспекти 36

5.2. Принципно нови механизми на финансиране управление и структура на лечебния сектор 37

5.3. Публични дебати и обществено мнение за здравната реформа . . 38

5.4. Експертна оценка на здравната реформа по литературни данни 40

5.5. Експертна оценка на здравната реформа по емпирични данни 42

5.6. Етични проблеми в здравеопазването на България ... 49

5.7. Бариери за организационна промяна в здравната система 52

6. Обобщен критичен анализ на процесите на здравна реформа в България 55

7. Сравнителен анализ на здравните системи в САЩ и България на база направения SWOT анализ 57

- SWOT анализ на реформиращата се здравна система в САЩ 58
- SWOT анализ на реформиращата се здравна система в България 61

Заключение 73

Изводи 74

Препоръки 80

Приноси 83

Списък с публикации 85

ГЛАВА ПЪРВА:

ВЪВЕДЕНИЕ

Актуалност и значимост на темата

Здравните системи в целия свят са в процес на глобални стратегически и организационни промени.

Сравнителният стратегически анализ на различните национални здравни системи е колкото необходим, толкова и труден, защото всяка една страна има своите социални, икономически и културни особености, а също и уникални традиции.

В този смисъл сравнителният анализ на здравеопазването в САЩ и в България е едно предизвикателство за всеки изследовател.

Към здравната система на всяка водеща световна нация има подчертан научен и практически интерес винаги, но особено в сегашния момент. Здравеопазването в САЩ през последните десетилетия е обект на широки дискусии и критики.

В България информираността и представата за здравеопазването в САЩ и процесите на нейната организационна промяна са крайно ограничени и нерядко погрешни.

Същевременно България започна през 2000 г. кардинална реформа, в чиято здравно-политическа визия националната здравна система в САЩ и нейните **стратегически управленски подходи** изобщо не бяха обсъждани.

Очевидна е необходимостта да се установи в каква степен и в кои аспекти здравните системи на САЩ и България имат сходство и различия в стратегическия си мениджмънт в процеса на техните организационни промени. Подобен анализ би осигурил възможност да направим някои стратегически изводи и препоръки, полезни главно за бъдещите здравни реформи в България.

В условията на фрагментирана нормативна база продължават да се провеждат спонтанни и частични, изолирани една от друга организационни промени, без добре обосновани стратегически концепции за предстоящото развитие и дългосрочни перспективи на здравната система в България.

В учебните програми по здравна политика и стратегически здравен мениджмънт липсва обстойна и достоверна информация и анализ на националната здравна система в САЩ.

Независимо от различните критични анализи на здравната система на САЩ, в замисъла на добре проектирана здравна реформа, в която и да е страна на света, е необходим ясен, компетентен поглед към процесите, тенденциите и трудностите на реформите в здравеопазването.

В този контекст темата за здравните система на САЩ и България и техните реформи (реализирани и потенциални) има висока степен на актуалност и значимост в три насоки:

- за здравните политици и стратегически здравни мениджъри;
- за здравните законодатели;
- за учебния процес във факултетите по обществено здраве.

ГЛАВА ВТОРА:

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО.

НАУЧНА ХИПОТЕЗА.

Цел на изследването :

Да се направи стратегически сравнителен анализ и оценка на инициативите за здравна реформа и тенденциите на организационна промяна в здравеопазването на САЩ и критичен сравнителен анализ с аналогичните проблеми на здравната реформа в България – позитивен опит и бариери - с оглед обосноваване на стратегически изводи и препоръки относно бъдещото развитие на националните здравни системи в двете страни.

Основни задачи:

1. Да се направи обстоен литературен обзор върху функционирането и процесите на организационна промяна в здравните системи на САЩ и България.
2. Да се осъществи ситуационен анализ на нормативната база, структурата, механизмите на управление и финансиране на здравеопазването в САЩ и България и сравнителен международен анализ на различията в здравната система на САЩ и здравните системи на други високо развити страни.
3. Да се дискутират увеличаващите се разходи и основните им фактори и компоненти в контекста на достъпа до медицинска помощ и липсата на всеобщ обхват на здравни грижи в САЩ и България и да се анализират и оценят основните бариери в противоречивия процес на организационна промяна в двете здравни системи.
4. Да се направи SWOT анализ на здравните системи в двете страни, който да послужи за база за извършване на сравнителен стратегически анализ между двете здравни системи.
5. Да се извърши експертна оценка и анализ на някои стратегически проблеми на здравната система в България и нейните реформи въз основа на емпирично социологическо проучване сред водещи експерти (директори и зам. директори на болници).

6. Да се направи обобщен критичен стратегически анализ на процесите на здравната реформа в САЩ и България и тенденциите за бъдеща промяна.

Научна хипотеза

В процеса на анализ на реформиращите се здравни системи на САЩ и България и предизвикателствата в процеса на организационна промяна в здравните системи изградихме следната ***научна хипотеза.***

Многократните инициативи за здравна реформа в САЩ и кардиналната здравна реформа в България, стартирала през 2000 година, породиха определени организационни проблеми в своите национални здравни системи. Решаването на тези проблеми изисква обстоен стратегически анализ. Може да се предполага, че подобен анализ и в частност SWOT-анализ, установява както общи, така и различни проблеми в здравеопазването на двете страни.

Сравнителният стратегически анализ може да допринесе за обмяна на ценна информация и изводи, които да бъдат полезни за бъдещите организационни промени на здравните системи в двете страни.

Предполагаме, че в резултат на инициативите за здравна реформа в САЩ и България, всички ангажирани институции в областта на здравеопазването **ще насочат усилията си** в следните насоки:

1. Намаляване на разходите за здравеопазване;
2. Подобряване качеството на здравното обслужване на населението и ефективността на здравеопазването;
3. Повишаване дела на здравноосигурените граждани;
4. Повишаване дела на профилактиката в дейността на здравните заведения и на всеки отделен лекар;
5. Повишаване на удовлетвореността на пациентите и на населението като цяло от здравеопазването на страната.

Въпреки тези позитивни усилия, те ще бъдат **без очаквания медико-социален ефект**, поради две наследени от последните десетилетия основни причини:

а/ продължаващата липса на единна трайна държавна здравно-политическа концепция за реална здравна реформа в двете страни и липса на стратегически интегритет в здравните системи;

б/ противоречиви интереси, тенденции, недостатъчна политическа воля и усложнен фрагментиран пазарен механизъм в лечебния сектор.

Основен методологичен подход

Проучването е комплексно двукомпонентно – то обхваща проблематиката на организационна промяна в две страни САЩ и България. Конкретните задачи и признаците на наблюдението са свързани със спецификата на настоящето изследване като сравнителен стратегически анализ, който задължително включва необходимост от критичен анализ на процесите на промяна в националните здравни системи съобразно техните сходства и специфични различия.

Признаци на наблюдението:

Те отразяват спецификата на стратегическия характер на анализа в настоящия труд и са следните:

- Хронология и исторически анализ на инициативите за организационна промяна в националната здравна система на САЩ;
- Нормативна база и управленска структура на здравната система;
- Принципи, органи и механизми на финансиране;
- Роля на здравно-осигурителните компании;
- Роля на публичните дебати в процеса на реформиране на здравната система;
- Етични проблеми в здравеопазването;
- Бариери на организационната промяна в здравната система;
- Сравнителен анализ на здравните системи в САЩ и България чрез стратегическия SWOT анализ;
- Експертна оценка на концепцията и реализацията на здравна реформа чрез емпирични данни;
- Обобщен критичен анализ на процесите на здравна реформа.

Обект на наблюдението са здравните системи в САЩ и в България.

Предмет на наблюдението са процесите на реформиране на здравните системи в двете държави и техните стратегически подходи.

Единици на наблюдение са отделните нормативни актове за реформите на здравните системи в САЩ и в България, а също и публикуваните критични анализи и оценки за тези реформи.

Чрез експертния метод, който приложихме, са анкетирани експерти в областта на стратегическия здравен мениджмънт. За целите на нашето проучване бяха поканени по - голям брой експерти, но се отзоваха 20 от тях, мнозинството от които са стратегически здравни мениджъри в София.

За експертната оценка подготвихме анкетна карта с отворени и затворени въпроси. Проучването беше проведено по анкетен метод „face to face " в периода 10 - 22 януари 2020 година в работните кабинети на анкетираните експерти.

В проучването използвахме следната ***методология***:

- **Анализ на литературни източници**;
- **Исторически метод** – включва разкриване на тенденции, насоки и традиции по темата;
- **Документален анализ** – това е метод, който обхваща анализи предимно на нормативната база на здравеопазването в САЩ, на законодателни, нормативни, официални документи, анкетни данни и други източници по темата на научното изследване;
- **Сравнителен международен анализ** – методът обхваща съпоставки на данни, материали и научни разработки, свързани с проучването;
- **Системно-стратегически и теоретико-критичен анализ** – включва критичен анализ на съществуващите постановки по темата;
- **Ситуационен системно-структурен анализ;**
- **Метод на наблюдението**;
- **Стратегически SWOT анализ –** цели да послужи за оценка на силните и слаби страни, възможностите и заплахите и е полезен и изпитан във времето инструмент за лидерство в процеса на реформиране на здравните системи;

- **Емпиричен социологически метод – Анкетен метод - експертна оценка (експертна визия) на националните здравни системи в САЩ и България** - цели се да се използват събраните данни за извършване на експертна оценка и анализ на някои стратегически проблеми на здравните системи в България и САЩ;
- **Статистически методи** – използване на статистически похвати за обработка, анализ и интерпретиране на използваната информация чрез аналитични сравнителни таблици и графически изображения (диаграми).

Анализирана е и **емпирична информация** за експертна оценка на българската здравна реформа чрез анонимна анкета на 20 здравни мениджъри, избрани на случаен принцип. Тази информация дава възможност за по-конкретен сравнителен анализ на проблемите на организационната промяна в двете страни и обосноваване на съответни изводи и препоръки.

Изследването започнахме през 2009-2010 година в САЩ при осигурени добри възможности за ползване на литературни и документални източници, които са трудно достъпни в библиотеките на други страни. Обстойният анализ на събрания материал продължихме в България през последните две години.

ГЛАВА ТРЕТА

СТРАТЕГИЧЕСКИ АНАЛИЗ НА НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СИСТЕМИ В САЩ И БЪЛГАРИЯ

1. Стратегическият здравен мениджмънт – като философия, концепция и технология на организационната промяна.

Обективният анализ на здравните системи в САЩ и България и техните реформи изискват правилна съвременна визия за същността и липсата на стратегически здравен мениджмънт.

Всяка нова стратегия довежда до съществени промени в организациите, които често са драматични, трудни за реализация и обикновено изискват продължителен период от време.

Стратегическият мениджмънт е философия и практика на организационната промяна. Философията е сфера на мисленето, а практиката е сфера на технологиите. Доколко тези две сфери присъстват еднакво в процеса на стратегическия мениджмънт? Съвременното състояние на стратегическия мениджмънт в здравеопазването показва, че такъв резонанс все още не е постигнат.

Без нова стратегическа култура здравният мениджър не може да изпълни цялостно своята професионална мисия за **нов стил на лидерство**, основан на проактивност в дългосрочен план и за успешно движение от сегашния към бъдещия статут на здравната организация.

Представеният концептуален модел изпълнява ролята на философия на стратегическия мениджмънт, на глобално дългосрочно виждане, необходими за последващите конкретни стъпки към обосноваване, избор и прилагане на ефективна стратегия.

2. Ситуационен анализ

Нормативна база - основни законови актове на здравеопазването в САЩ

Сегашното състояние на здравната реформа в историческа перспектива подчертава факта, че реформата е непрекъснат процес, в който промените са неизбежни. До 1935 г. в САЩ не са извършвани значими реформи в здравеопазването. Направен е подробен исторически преглед на законодателството в здравеопазването на САЩ от 1965г. до 2019г.

1965г. Президентът Линдън Джонсън приема законодателство, което въвежда **Medicare.** Законодателството също така въвежда **Medicaid** , което позволи на федералното правителство частично да финансира програма за бедните, като програмата е управлявана и съфинансирана от отделните щати.

2000 г. Законът за подобряване и защита на обезщетенията (Benefits Impouvment and Protection Act - BIPA), ефективно отменя някои от съкращенията в Medicare, Medicaid и SCHIP - State Children Health Insurance Program (Щатска програма за здравно осигуряване на децата) в Закона за балансирания бюджет от 1997 г., поради загрижеността, че предоставящите здравно обслужване биха могли да спрат .

2003 г. Законът за лекарствени средства за усъвършенстване и модернизация на Medicare (Medicare Modernization Act или MMA) въвежда допълнителен незадължителен обхват в рамките на Medicare за самостоятелно предписвани лекарства и променя другите три съществуващи части на Medicare.

Законът за защита и достъпни грижи за пациентите , известен като **ObamaCare**, предвижда поетапно въвеждане на всеобхватна система от задължителни реформи за здравно осигуряване.

Американската асоциация на адвокатските колегии е ангажирана с нарастващия интерес в областта на здравното законодателство.

Законът за достъпни грижи от 2010 г. гарантира по-добра здравна сигурност, като въвежда цялостни здравноосигурителни реформи. Те държат застрахователните компании отговорни по отношение на по-ниски разходи за здравеопазване и подобряват качеството на грижите за всички американци .

Законът за спешна медицинска помощ и труд – осигурява публичен достъп на пациентите до спешно обслужване, независимо от способността им да плащат.

Законът за защита и достъпни грижи за пациентите е федерален закон, който включва всички лица и групи работодатели и служители.

Законът за консолидираното обединяване на бюджета (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (**COBRA)** е федерален закон, който включва работодатели, предлагащи групово медицинско покритие (при назначени повече от 20 служители) .

Законът за сигурността на отчисленията за пенсиониране на служителите (Employee Retirement Income Security Act - **ERISA**) от *1974 г.* **е** федерален и касае всички работодатели в частния сектор.

Законът за преносимост и отчетност на здравното осигуряване (Health Insurance Portability and Accountability Act **- HIPAA)** е федерален и се отнася до работодателите с двама или повече служители.

Управленски органи и структура на здравната система

Роля на правителството на САЩ

Законът за достъпни грижи - Affordable Care Act (ACA), приет през 2010 г., установява „споделена отговорност" между правителството, работодателите и гражданите, за да се гарантира, че всички американци имат *достъпно и качествено* здравно осигуряване. Независимо от това здравното осигуряване остава фрагментирано, с многобройни частни и публични източници, както и с висок процент неосигурено население.

Структура на здравната система на САЩ

Американската система за здравеопазване е продукт на десетилетия растеж и развитие, които твърде често водят до различни недостатъци и сериозни проблеми. Решенията на тези проблеми, независимо дали идват от частния сектор или правителството, често са само временни.

В резултат на това системата е комплекс от пластични корекции, съставени предимно от частични и временни поправки. Това краткосрочно мислене и непредвидените последици от законодателната политика са създали сложна здравна система, която е неефективна и трудна за разбиране.

В основата на всяка здравна система, включително американската, всеки продукт или услуга се предлага на потребителя на определена цена. Правилата, според

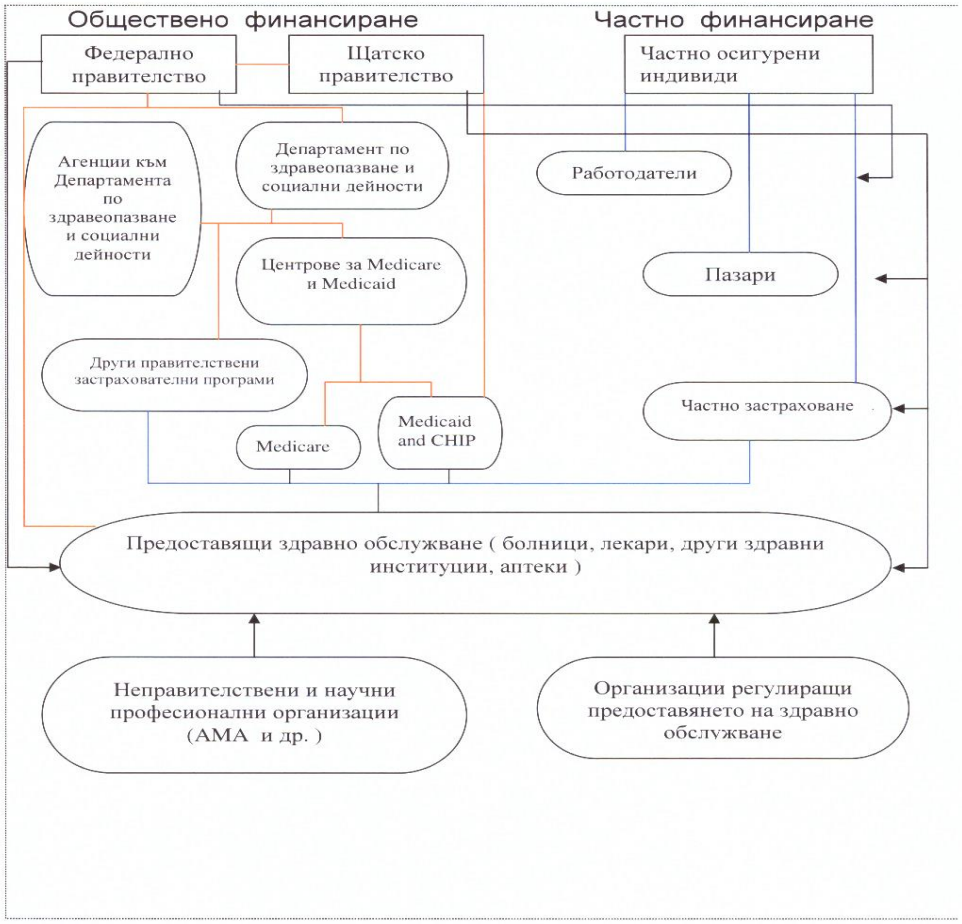
които се уреждат тези взаимоотношения, произхождат от различни субекти, но от всички се очаква да са в съответствие със законите на страната.

В САЩ съществуват **три отделни** вида здравни застраховки :

- Медицинска застраховка – Medical Insurance
- Дентална застраховка – Dental Insurance
- Офталмологична застраховка – Vision Insurance

Source: Adapted from T.Rice et al. " United States of America: Health Sistem Review", Health Sistem in Transition, vol.15,no3, 2013, p.27.

Фиг.2. Организация на здравната система на САЩ



50

Модели и механизми на финансиране

- Развитие на системата за задължително здравно осигуряване за цялото население
- Регулиране на застрахователните ставки и застрахователното покритие
- Улесняване процеса на избор на застрахователен план за населението
- Регулиране на цените на медицинските услуги и подобряване на качеството на медицинската помощ
- Очаквани ефекти от реформата

Основни субекти на управлението на здравната система

Департаментът по здравеопазване и социални дейности на САЩ – Department of Health and Human Services (HHS) е основната институция на федералното правителство, ангажирана със здравни услуги. Организациите, които попадат в обхвата на HHS, включват:

- Центрове за медицински услуги
- Центрове за контрол и превенция на заболяванията
- Националните институти по здравеопазване
- Администрация на здравните ресурси и услуги
- Агенция за изследвания и качество в областта на здравеопазването
- Администрацията по храните и лекарствата
- Център за медикаменти и медицински иновации
- Изследователски институт, ориентиран към пациентите
- Националната медицинска академия
- Националният форум за качество

Здравноосигурителните компании като регулатор на поведението на пациентите

Здравноосигурителните компании в САЩ се явяват своего рода „помощници" в дейността на лекарите за първични грижи – (Primary Care Physicians), чрез т.нар. **„Годишен тест за здравното състояние на пациента"**. Извършва се ежегодно във втората половина на м.декември – on line.

Представлява въпросник от две страници, който пациентът трябва да попълни и изпрати:

- Пол
- Възраст
- Ръст
- Тегло
- Тютюнопушене – вид, честота, брой цигари (пури)
- Употреба на алкохол – колко, какъв, честота
- Употреба на наркотици – какви и колко често
- Физическа активност – каква и колко често
- Хранене – колко пъти дневно, къде, колко порции плодове и зеленчуци, колко често месо
- Вода – количество на ден
- Колко време пътувате до работното място – вид превоз, км.
- Годишен отпуск – колко дни и как го прекарвате
- Сън - колко часа
- Почивка – колко часа
- Резултати от клинични изследвания - хемоглобин, СУЕ, кръвна захар, холестерол – LDL, HDL, кръвно налягане, урина
- Последна колоноскопия
- Последна мамография
- Хронични заболявания

Веднага след като пациентът изпрати попълнения тест, получава отговор със заключение за здравното си състояние. Това е скала от 1 до 100 в % като 100% (между 90 и 100%) е отлично здраве, а до 20% „застрашително" или „лошо". Пациентът също получава съответни съвети с оглед подобряване на здравното състояние. Например, да намали броя на изпушените през деня цигари или да спре въобще тютюнопушенето; да увеличи физическата си активност и др.

Ежегодните профилактични прегледи при лекаря за първични грижи са задължителни. Застрахователните компании имат информация за това и при повече от два **пропуснати ежегодни профилактични прегледа налагат „наказание" на пациента** – ежемесечната застрахователна вноска, плащана от пациента, бива увеличавана с известен процент.

Този тест действа мобилизиращо, прави пациента по-отговорен за собственото му здраве с всички произтичащи от това положителни резултати.

Безспорно това е един **позитивен управленски подход** в практиката на американското здравеопазване, който заслужава по-широко международно внимание и приложение. От своя страна, всеки лекар за първични грижи се обажда по телефона на своите пациенти, когато приближава датата за годишен профилактичен преглед и му записва час. Същото прави и личния дентален лекар.

Маркетингови подходи: системен конкурентен анализ и удовлетвореност на пациентите

В рамките на сектора на здравеопазването в САЩ конкуренцията влияе върху няколко взаимозависими перспективи с многобройни проучвания, които отчитат въздействието на **засилената конкуренция**. Например, в няколко изследвания са отразени отношенията между конкуренцията и качеството на здравеопазването **(Kassirer,J.P)** ; (**Chassin, M.R**); между конкуренцията и разходите за здравни грижи (**Robinson, J.C**.); както и между конкуренцията и удовлетвореността на пациентите (**Miller,R.H.**). Тези проучвания показват, че конкуренцията може да увеличи ползата за потребителите в течение на времето.

Подобренията в качеството и процесите водят до намаляване на разходите, което от своя страна води до повишено удовлетворение на потребителите.

P.Rivers и **S.Glouver** разработват модел за анализиране на редица сложни проблеми и взаимоотношения, свързани с конкуренцията в здравната индустрия.

Специално внимание се обръща на **въздействието на конкуренцията** в контекста на нестабилна външна среда върху стратегическата мисия и цели на организацията на здравеопазването; вътрешната й среда по отношение на качеството и разходите в системата на здравеопазването и как те са свързани с удовлетворението на пациентите.

Теоретичната основа на този модел прилага *системен подход* към разбирането на *връзката между конкуренцията и удовлетворението на пациентите,* което разпознава външната среда като *катализатор* за повишена конкуренция в сектора на здравеопазването.

Ключова роля на конкуренцията в здравеопазването е възможността да се осигури **механизъм за намаляване на разходите за здравни грижи.** Въпреки че

конкуренцията, базирана на печалба, има много потенциал, това не е сигурен успех, тъй като са **необходими съществени реформи**. Конкуренцията е жизненоважна дейност в сектора на здравеопазването и се състои от компоненти, които включват всички основни заинтересовани страни – предоставящи здравни грижи, платци, работодатели и пациенти.

Характерен подход на медицинските заведения в САЩ е системното провеждане на анонимни анкети на пациентите – средно 1 до 3 пъти годишно. Това е позитивен фактор, има отношение към **маркетинга** и същевременно ги прави **съпричастни** към решаването на техните здравни проблеми и създава позитивна нагласа към диагнодстично-лечебните процедури.

В днешния високо конкурентен пазар на здравеопазване **удовлетворението** служи не само като **монитор за качество,** но и за привличане на пациенти и застрахователи. Информацията за удовлетворението на пациентите е важен **маркетингов подход.**

Измерването на удовлетвореността служи и като важен инструмент за **одит** и подобряване на качеството във всички видове здравни организации.

Има малко доказателства за връзката между конкуренцията и качеството на здравните грижи, предоставяни на пациентите.Тъй като болниците активно участват в конкуренцията, качеството на грижите се увеличава. Може да се направят следните **изводи**:

- Тъй като нивото на конкуренция в рамките на пазара на здравеопазване се увеличава, качеството на здравните грижи, предоставяни на пациентите се повишава.
- Тъй като качеството на здравните грижи, предоставяни на пациентите се повишава, нивото на удовлетвореност на пациентите се увеличава.

Повишената конкуренция е свързана с намаляването на разходите и, за да се намалят цените, болниците трябва да станат по-рентабилни.

В резултат на ниските разходи за здравната система, пациентите ще заплащат по-ниски такси за услуги и ще бъдат по-удовлетворени. Може да се направят следните **изводи:**

- Тъй като равнището на конкуренция в рамките на пазара на здравеопазване се увеличава, нивото на разходите за здравната система намалява.
- Тъй като нивото на разходите за здравната система намалява, нивото на удовлетвореност на пациентите се увеличава.

- С увеличаването на разходите за системата на здравеопазване се увеличава качеството на здравните грижи, предоставяни на пациентите.

Моделът може да бъде използван за изследване на различни видове системи за здравеопазване. Той се фокусира специално върху **факторите за ефективност.**

Здравеопазването е изправено пред много предизвикателства. Взаимоотношенията на конкуренцията и качеството, разходите и удовлетвореността на пациентите налага те да бъдат разглеждани едновременно. За тази цел се използва един **изследователски модел**, който включва предложения за проучване на сложните проблеми на конкуренцията в сектора на здравеопазването.

3. Реформиране на здравеопазването в САЩ - тенденции и процеси на организационна промяна

3.1. Здравно-политически аспекти на опитите за реформиране от президентите Клинтън и Обама

Системата на здравеопазване в САЩ е подложена на непрекъсната критика. По-скъпото лечение носи и по-големи печалби. В случай на неуспех, обаче, лекарят го грози съдебен процес и високи обезщетения.

Една от причините за високите стойности на лечението са увеличените юридически услуги и увеличаване на вноските на лекарите при застраховките за гражданска отговорност.

Пациентите плащат обикновено една четврт от стойността на лечението. Останалите три четвърти се покриват от частното здравно осигуряване и федерални програми (финансирани от данъците): Medicare, Medicaid и др.

Някои проучвания посочват, че американците изразходват *за лекарства 40 % повече* от канадците. Опит за промяна на това състояние на здравеопазването предприе Президентът Клинтън.

Реформата в здравеопазването се оказва неизбежна. Предложената от Президента Барак Обама реформа предизвиква дълги дебати.

Affordable Care Act (ACA) има за цел „ да осигури достъпни, качествени здравни грижи за всички американци и да спре увеличаването на разходите за здравеопазване “. Като цяло реформата цели не само подобряване на системата на здравеопазване, но и здравословното състояние на отделните пациенти.

Реформата на здравната система ACA представлява неспиращо усилие за подобряване на националната здравна система.

Ето някои от причините, поради които здравната реформа ObamaCare е приета като закон:

- Здравната реформа осигурява достъпа на неосигурените граждани до здравно обслужване.
- ObamaCare преустановява отказа за осигуряване на пациенти поради предхождащи здравни състояния.
- Реформата ObamaCare разшири достъпа до Medicaid и повече от 15 млн. души са се включили.
- Преди ACA превантивните мерки и тези за промоция на здравето не са били покривани адекватно от здравноосигурителните компании. ACA покрива тези грижи без допълнително заплащане от пациента.
- Реформата осигурява намаляване на данъците на работодатели, които осигуряват работниците си и от малкия бизнес.
- Новият закон задължава големите работодатели да осигуряват работниците си.

Въведената с ACA реформа прокара промени, водещи до **повече солидарност и по-малко пазар** в системата на здравното осигуряване. Промените предвиждаха преразпределение на ресурси от осигурени към неосигурени, така че и последните да получат достъп до медицинска помощ. ObamaCare е едно от **знаковите постижения** на администрацията на Президента Барак Обама.

Приетият през 2010 г. **ACA представлява най-сериозната реформа в здравеопазването от 1960 г. насам.** Тя си поставя амбициозната цел да реши проблеми като високите и непрекъснато увеличаващи се разходи за здравеопазване, неравния достъп до медицинска помощ и неефективността при предоставянето ѝ, а също и проблеми на общественото здраве.

Някои специалисти наричат американската система „болна“, защото е насочена към лечение, а не към превенция. С ObamaCare е създаден **Национален съвет по превенция, здравна промоция и обществено здраве**, който отговаря за прилагането на Национална програма по превенцията.

Американските конгресмени от Републиканската партия се отказаха от предложението си за отмяна на здравната реформа ObamaCare. Те търсят подкрепа, за

да я заменят с предложената от Президента Тръмп American Health Care Act. Освен всички конгресмени демократи, още над 30 републиканци подкрепят старата система. „Ще живеем с ObamaCare в обозримото бъдеще“ заявява на пресконференция лидерът на Камарата на представителите Пол Райън и добавя „Преминаването от опозиционна към управляваща партия е болезнено и се учим. Правенето на големи неща е трудно“ .

Президентът Тръмп заявява: „ Сега, да ви кажа, това е невероятно сложна тема. Никой не е предполагал, че здравеопазването е толкова сложно“. А в Twitter той пише: „ObamaCare ще експлодира и после всички ще се съберем и ще направим велик план за здравеопазването на хората. Не се притеснявайте“ .

САЩ отново се връщат към пазарния модел на здравеопазване. Дебатът ще продължи заради поляризацията на мнения и разделението, както в обществото, така и сред конгресмените.

Законът за достъпни грижи има потенциала да увеличи достъпа до покритие за милиони американци главно чрез три механизма: 1) осъществяване на пазарни реформи; 2) създаване на нови здравноосигурителни пазари, известни също като борси; и 3) разширяване на допустимостта за Medicaid за възрастни с ниски доходи.

Щатите варират значително в своя подход към прилагането на трите основни компонента на Закона за достъпни грижи. Склонни са да предприемат нови действия за осъществяване на пазарните реформи.

3.2. Сегашни и бъдещи теденции за реформиране

Всяка реформа в здравеопазването в САЩ обикновено се опитва да постигне следните цели:

- Увеличаване броя на осигуреното население, чрез програми за застраховане в публичния сектор или застрахователни компании от частния сектор
- Разширяване на кръга от доставчици на здравни услуги
- Подобряване на достъпа до здравни специалисти
- Подобряване на качеството на здравеопазването
- Осигуряване повече грижи на гражданите
- Намаляване на разходите за здравеопазване

Крайната цел на реформата е **гарантиране** на медицинско осигуряване на огромна част от американците и ограничаване на разходите за опазване на здравето.

Извесно е , че американската здравна система е устроена по следния начин:

15 % от населението – хора над 65 г. ползват **Medicare.** 12 % - най-бедните - ползват **Medicaid.** Тези две програми се финансират от държавата. 57 % от гражданите се осигуряват от своите работодатели и 16 % (над 40 млн души) изобщо нямат никакво осигуряване. САЩ са световни лидери по разходи за здравеопазване, но това не ги прави страната с най-добра здравна система.

3.3. Система на единствен платец

В американската платежна система правителството, или правителствено регулирана агенция с нестопанска цел, канализира плащанията за здравни грижи, за да събира премии и да урежда сметките на предоставящите медицинско обслужване, вместо застрахователните дружества с нестопанска цел. Много щати използват системи с един платец, за да обхванат всички свои граждани.

Повече от 1300 американски здравноосигурителни дружества имат различни форми и процеси за таксуване и възстановяване на разходи. Това налага високи разходи на предоставящите медицинско обслужване (предимно лекари и болници) за обработка на плащанията. Икономистът **Paul Krugman** изчислява през 2005 г., че превръщането на сегашната частна застрахователна система в система на единствен платец **ще спести 200 милиарда долара** годишно, главно чрез режийни на застрахователната компания.

Застъпниците твърдят, че пренасочването на САЩ към система за здравно обслужване с един платец би осигурило универсално покритие, даващо на пациентите свободен избор на доставчици и болници и **гарантиращо всеобхватно покритие** и равен достъп за всички необходими медицински процедури, без да се увеличават общите разходи.

Прехвърлянето към системата на един платец би премахнало и потенциалната пречка за отношенията между лекар и пациент.

Макар че проучванията показват, че демократите са по-склонни да подкрепят системата на един платец от републиканците, никоя от реформите, обсъждани в Конгреса на САЩ, не включва предложения за прилагане на единна система за здравно обслужване на платеца. Адвокатите твърдят, че най-голямата пречка пред универсалната система в САЩ е **липсата на политическа воля.**

3.4. Роля на политическите и обществените дебати за реформирането

Дебатът за реформата в здравеопазването в Съединените щати е политически въпрос, насочен към увеличаване на медицинското покритие, намаляване на разходите, реформа на застраховането и философията на предоставяне на здравно обслужване, финансирането и участието на правителството.

В целия свят проблемът за общественото мнение, публичната оценка и гражданският контрол в здравеопазването стават все по – актуални в здравно-политически и организационен аспект. Някои анализи на обществената оценка за здравната реформа установяват ниска информираност на пациентите относно целите и средствата на здравната реформа.

В хода на здравната реформа неоправдано се подценява *ролята на обществения дебат,* мнението и препоръките на пациентите. Необходимо е създаване на система за постоянно събиране и анализ на информация за мнението, очакванията и удовлетвореността на пациентите от медицинската дейност с оглед подобряване на нейното качество в интерес на общественото здраве.

Идеи за реформа

Peter Orszag описва аспектите на стратегията на администрацията на Президента Обама по време на интервю през ноември 2009 г.: "За да помогнем за забавяне нарастването на разходите за Medicare и Medicaid в дългосрочен план, се нуждаем от нова система за здравеопазване, която има цифровизирана информация . . . като тази информация се използва, за да се прецени какво работи и какво не и в която плащаме за качество, а не за количество, като същевременно насърчаваме превенцията и благополучието ".

Здравните грижи са оскъден ресурс и всички оскъдни ресурси се разпределят по един или друг начин. В Съединените щати здравното обслужване, което се финансира частно се разпределя по цена: пациентите получават това, което те или работодателите им могат да си позволят като застраховка.

Сегашната здравна реформа в САЩ е **по-късна реализация на проекта на Президента Бил Клинтън.**

Преодоляване на недостига на лекари, медицински сестри и болнничен капацитет

САЩ се сблъскват с **недостиг на лекари и медицински сестри**, който ще се задълбочи със застаряването на Америка, а това може да повиши цената на здравното обслужване.

Американската академия на семейните лекари прогнозира до 2020 г. недостиг на 40 000 лекари за първична медицинска помощ.

Американската асоциация на колежите на медицинските сестри съобщава, че недостигът на регистрирани медицински сестри ще достигне 230 000 до 2025 г.

Предложения на Конгреса за реформа в здравеопазването

Прилики и разлики между Законопроектите на Камарата на представителите и на Сената

Законопроектите на Сената и Камарата на представителите съдържат разнообразни пилотни програми, които могат да окажат значително влияние върху цената и качеството на здравното обслужване в дългосрочен план.

Голяма част от обхвата на разискванията включва как различните страни се конкурират в изразяването на своите **виждания**, а не в конкретните **предложения за реформи**.

3.5. Аргументи относно реформата в здравеопазването

Либерални аргументи

Твърди се, че здравното обслужване е основно човешко право. Член 25 от Всеобщата декларация за правата на човека гласи: "Всеки има право на жизнено равнище, което е адекватно за личното здраве и благополучие и това на семейството му, включително храна, облекло, жилища и медицински грижи и необходимите социални услуги. ".

През 90-те години говорителят на Конгреса Нют Гингрич се опитва да наложи драстични съкращения във финансирането на Medicare. И през последните години републиканците неколкократно опровергаха правото за повишаване на разходите - ръст, който зависи до голяма степен от повишаването на разходите за здравни грижи .

Президентът Обама заявява по време на съвместната сесия на Конгреса през септември 2009 г., че правителството има морална отговорност да гарантира качествено здравеопазване за всички граждани .

Консерваторите и ***либертарианците*** в исторически план се аргументират за необходимостта от по-малка роля на правителството в здравеопазването.

Някои консерватори твърдят, че принуждаването на хората да купуват частни застраховки е противоконституционно.

Консервативният журналист на Републиканската партия William Kristol се застъпва за няколко реформи на свободния пазар, вместо за плана на Президента Клинтън през периода 1993-1994 г.

Здравната система в Швейцария трябва да служи като модел за реформа в САЩ. Тази реформа трябва да включва пазарен метод за прехвърляне на данъчни облекчения за здравно обслужване на физически лица, а не на работодатели, както и на предоставяне на отделни данъчни кредити на физическите лица, за да се осигури по-голямо покритие.

Сенаторът **Judd Greg** казва в интервю за приемането на здравната реформа: *"Според мен, ние се движим по пътя към ... европеизацията на нашата нация. Нашата голяма уникалност и изключителност карат предприемаческия индивидуалистичен дух да рискува, когато никой друг не е готов да го направи"*.

Дебатът за здравеопазването в Съединените щати е текущ дебат от десетилетия и периодично се появява на преден план, когато администрацията се стреми да предприеме реформи. Усилията за реформа в началото на 90-те години на миналия век предизвикаха яростна политическа активност.

Зад голяма част от дебата стои въпроса дали Съединените щати са изключение. Никоя друга високо развита страна в света няма система за здравеопазване, подобна на тази в Съединените щати. Въпросите за това колко голяма е отговорността на правителството за здравната грижа на гражданите му са в центъра на текущия дебат за ролята на правителството и отговорността на гражданите за собственото им благосъстояние.

По отношение на идеята за **мандата** на работодателя - 2009 г. е най-лошата година в икономическо отношение от десетилетия и много работодатели са принудени да задържат съкращенията и минимално да увеличават привилегиите. **Индивидуалният мандат** е проблематичен за обществеността и

изисква всеки да има здравно осигуряване. Това се осъществява с финансова помощ, при необходимост и със съответните санкции при неспазване на закона.

Проведени анкетни проучвания показват, че мнозинството вярва, че реформата в здравеопазването ще увеличи дефицита, а също и данъците им .

Изследването е проведено в периода септември - октомври 2009 г. от Knowledge Networks - фирма за социологически проучвания и проучване на пазара в Menlo Park, Калифорния. След завършването на изследването данните са претеглени по пол, възраст, образование и етническа принадлежност. Основните констатации от проучването са:

По отношение на **ролята на правителството в здравеопазването,** трима от петима американци считат, че правителството има отговорността да гарантира, че гражданите могат да посрещнат основната си нужда от здравни грижи. Те също считат здравното обслужване за **право**, а не **привилегия**. Становищата са поляризирани по отношение на това дали правителството трябва да предоставя здравни услуги директно.

Двама от трима американци считат, че правителството на САЩ **не осигуряват основните потребности от здравеопазване на гражданите си.**

Почти всички конкретни предложения за реформа в здравеопазването се подкрепят с мнозинство.

3.6. Етични проблеми в здравеопазването на САЩ

Усилията за подобряване на системите за предоставяне на здравни грижи и за подобряване на здравето на населението неизбежно повдигат етични въпроси. Тъй като разходите за здравеопазване се увеличават в световен мащаб, правителствата обсъждат дали и как могат да направят здравната грижа по-достъпна, като в същото време подобряват нейното качество и безопасност. Известно е, че здравните грижи представляват само малка част от здравните резултати. Социалните и икономически фактори, както и личният избор, който правим - са също много съществени.

Етичните проблеми в здравеопазването са обичайни. Почти всяко взето решение има етични измерения – за пациентите, за предоставящите здравно обслужване и за лидерите в здравеопазването.

Проучване на **The Hastings Center, Garrison, N.Y.** установява че, поради социалните и икономически фактори, съществува все по-голяма разлика между

здравето на най-привилегированите и най-неравнопоставените членове на американското общество.

Как живеем живота си влияе и върху нашето здраве. Затлъстяването е проблем, както в богатите, така и в бедните страни. Как можем да променим нездравословното поведение на голяма част от населението, особено когато самото образование не се е променило много?

Високите етични стандарти са от съществено значение за здравеопазването. Четири основни принципа полагат основите на етиката в здравеопазването:

1. **Автономността –** зачита правото на пациентите да вземат свои собствени решения.
2. **Благотворителността –** помага на пациентите да повишат и издигнат своето благополучие.
3. **Primum non nocere** - първо не вреди, липсата на вреда не вреди на пациентите
4. **Правосъдието –** гарантира, че пациентите се третират еднакво, справедливо и безпристрастно.

Здравните специалисти трябва да се насочат към следните **5 етични проблема** в здравеопазването през 2017г. (**Brian Neese**):

1. Подобряване на достъпа до здравни грижи
2. Защита на поверителността и конфиденциалността на пациентите
3. Изграждане и поддържане на стабилна здравна работна сила
4. Маркетингови стратегии и практики
5. Качество на здравните грижи и ефективността в здравеопазването

Етичен анализ и оценка на здравеопазването в САЩ

Според проучване на Initiative for Bioinformatics & Evolutionary Studies (IBEST) по отношение на анализирането на етичните проблеми **се правят изводи** на база получените резултати. Ако в детайли разгледаме анализа на автора **James Foster** става ясно, че по отношение на това дали настоящата здравна система на САЩ е приемлива в етично отношение може да се направи заключение, че е много неетична, освен ако не доминират правата на бизнеса. За това дали е приемлива в етично отношение предложената здравна система - тя е средно етична, освен ако не доминират корпоративните права.

В допълнение към разширяването на **фокуса си върху превенцията**, американската здравна система също трябва да подобри качеството и безопасността и да намали разходите.

Все пак от изключително здачение са дискусиите за това как най-добре да се балансират разходите и ползите, безопасността и рисковете, конкурентните понятия за справедливост и индивидуалните права спрямо благосъстоянието на общността.

3.7. Бариери на промяната в здравната система

Всяка здравна реформа е изправена пред много рискове и бариери и преди всичко липсата на адекватен лидерско – мениджърски потенциал за управление на промяната в здравеопазването.

От стратегическа управленска гледна точка **лидерството** е неотменим ресурс за успеха на провежданите здравни реформи. Лидерът е този, който компетентно, авторитетно и отговорно дава гаранцията за движение в главната стратегическа посока при всяка промяна в здравната система. Ролята на лидера е да бъде гарант за преодоляване на хаоса, бариерите и на спонтанните промени с оглед провеждането на целенасочени, добре обосновани и подготвени промени. Затова формирането и реализацията на нов тип лидери на здравната система – лидери на промяната – е неотменима жизнена потребност. Липсата на реални лидери в здравната система на различните й нива е една от бариерите за успеха на промяната в здравната система. Дефицитът на ефективни лидери е във взаимна връзка с добрата екипност в здравната политика и в стратегическия мениджмънт на здравеопазването.

Недостигът на лидери и технологичното мислене на лекарите се превръщат в обективна бариера на новата организационна култура, на управленския професионализъм в здравеопазването и на промяната в здравната система.

Практическото изпълнение влияе върху характера и реализирането на промяната. Изпълнителският процес може да бъде не само позитивна сила, но и бариера на промяната. Високите разходи за здравеопазване в САЩ се разглеждат като пречка за достъпно здравно осигуряване и дългосрочна заплаха за икономиката им.

В етапа на промяна на системата на здравеопазване на САЩ, трябва да се приложи реформа в здравеопазването така, че да започне намаляване на разходите.

Визия на Американската Медицинска Асоциация
за реформата в здравеопазването

Американската Медицинска Асоциация – American Medical Asossiation (AMA) подкрепя Закона за достъпни грижи, защото той представлява значително подобряване на статуквото по това време. Първотепенна цел на този закон е обхващането на всички американци с висококачествено достъпно здравно обслужване.

Американската Медицинска Асоциация отдавна пледира за здравно осигуряване за всички американци, както и за плурализъм, свобода на избор, свобода на лекарска практика и универсален достъп на пациентите. Същите основни принципи и приоритети ще ръководят бъдещите усилия за застъпничество на АМА по отношение на предложенията за реформа в здравеопазването, които са от основно значение за мисията на АМА за подобряване на общественото здраве.

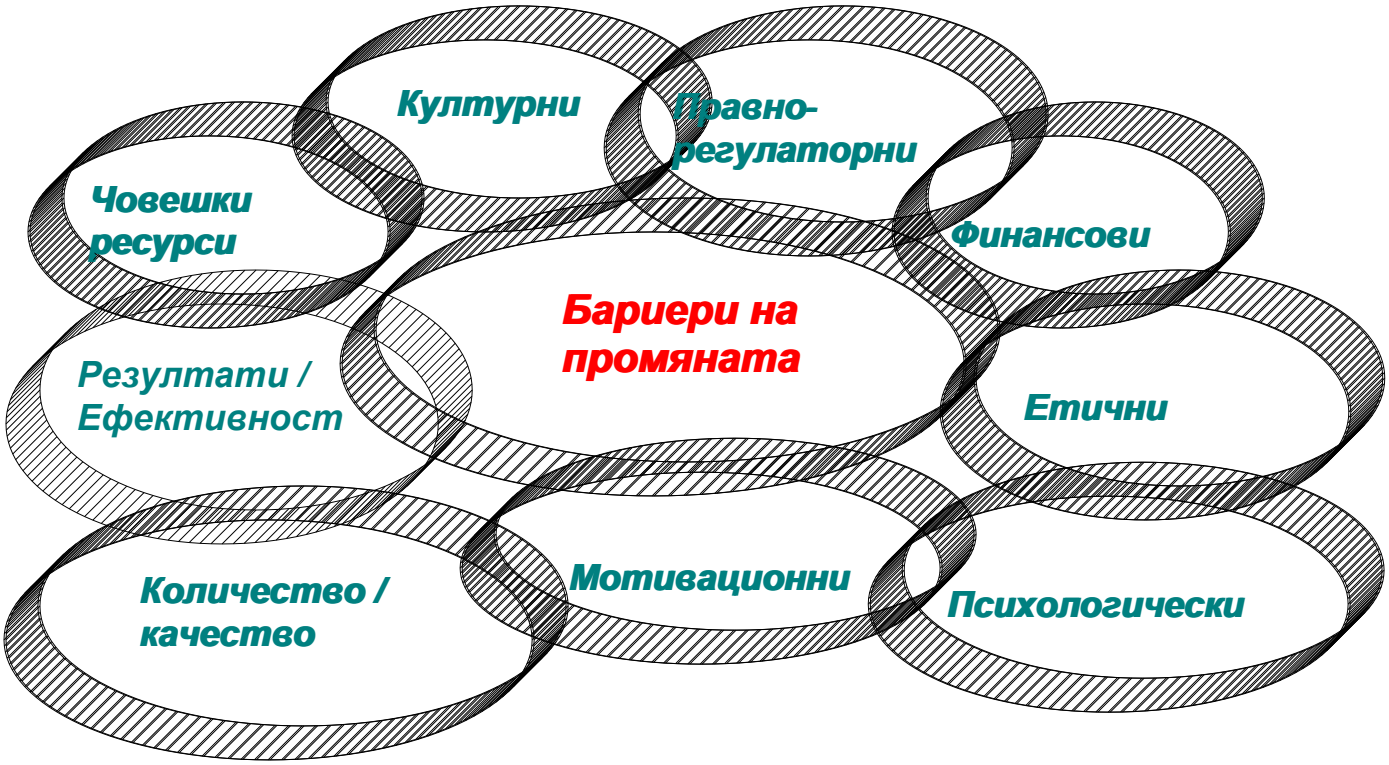
Според АМА трябва да се гарантира, че пациентите могат да упражняват контрол при взимане на медицински решения и да се осигури тяхното непрекъснато здравно обслужване. Посочените аспекти се отнасят към **финансовите и етични бариери** на промяната .

Ролята на адекватното управление на промяната е в прецизния стратегически контрол, разпределение и управление на ресурсите и социалните дейности.

Освен посочените противодействащи на промяната сили съществуват и **психологически и мотивационни бариери**.

Изкуството на стратегическия мениджър е в осигуряване на положителен баланс между посочените бариери и стимулите като позитивни сили на промяната в съобразяване и преодоляване на бариерите на промяната в здравеопазването чрез изпреварващо стратегическо поведение.

В допълнение към **културните и финансови бариери съществуват и правни регулаторни бариери**. При съществуващите закони като демотивиращи фактори, изглежда почти невъзможно предлагането на нови модели за предоставяне на медицинско обслужване.



Бариери на промяната в здравната система на САЩ

От финансова гледна точка е необходима следната трансформация **: да се заплаща за качеството на обслужването, а не за количеството на предоставените услуги.**

Основната цел на реформата в здравеопазването на САЩ е повишаване качеството на обслужването и намаляване на разходите за здравеопазване. За тази цел трябва да се актуализира остарелия подход към регулиране и предоставяне на здравно обслужване, като се замени твърдостта с гъвкавост и законите от миналото - със закони от бъдещето.

4. Обобщен критичен анализ на процесите на здравна реформа в САЩ

Настоящето изследване показва колко сложен, труден и деликатен е обективният анализ на националното здравеопазване в САЩ. ***От една страна*** се касае за най-високо развитата страна в света, ***а от друга страна*** е фактът за ниско ефективна здравна система, която е обект на постоянни неуспешни опити за радикална промяна и е подложена на непрекъсната критика.

САЩ е единствената индустриализирана страна в света, която не осигурява универсален обхват от здравни грижи за гражданите си. Като резултат от това значителна част от населението няма здравно осигуряване и, за да получат достъп до здравни услуги в рамките на здравната система, те трябва да плащат със собствени средства. Това е основната причина за липса на достъп до здравни грижи. Неосигурените лица, които не могат да си платят, често получават здравни грижи, от които се нуждаят, от спешните отделения. На този етап вече предприемането на превантивни мерки е невъзможно.

В сравнение със страни с обществени здравни системи, здравната система на САЩ, която се основава на пазара и конкуренцията, има най–високите административни разходи на глава от населението.

Повечето експертни анализи оценяват здравната система на САЩ като ниско ефективна. А според сравнителните международни анализи стойността на услугите би могла да бъде по-ниска, аналогична на тези в другите развити страни. САЩ изразходват значително повече средства за здравеопазване, както като процент от БВП, така също и на глава от населението. Тези разходи, обаче, **не кореспондират** с резултатите, напр. ниво на заболеваемостта и очакваната продължителност на живота.

Друга тревожна тенденция касае разходите на националната здравна система като дял от БВП, които се увеличават главно за сметка на намаляване на разходите в други сектори на икономиката.

Целта на реформата е развиването и прилагането на такава здравна система, която функионира на високо ниво и предоставя висококачествено здравно обслужване.

Американските здравни специалисти са сред най–добрите в света. Въпреки това, лечението в САЩ е несправедливо, свръхспециализирано и пренебрегва първичната и превантивна грижа.

Исторически наложеният и досега непроменен слаб интегритет на националната здравна система в САЩ закономерно и логически води до цялостната **дисфункция** на американската здравна система.

Американците са предимно потребители на най-скъпи технологии, което обяснява в значителна степен изключително високите разходи за здравеопазване.

Въпреки големите си инвестиции в здравеопазването, САЩ имат по–лоши резултати по някои ключови показатели в здравеопазването.

Обобщеният критичен анализ на здравната реформа в САЩ ясно показва потенциалните последици от високите разходи за здравеопазване и че това може да измести други форми на социални разходи, които поддържат здравето. Разходите за здравеопазвене надвишават значително разходите за социални услуги. Това може да има далечни последици за американската икономика, да допринесе за бюджетен дефицит и стагнация в заплащането.

За да се разбере по–добре връзката между социалните услуги и здравето, както и други здравни детерминанти като начина на живот и околна среда, са необходими допълнителни изследвания и анализи.

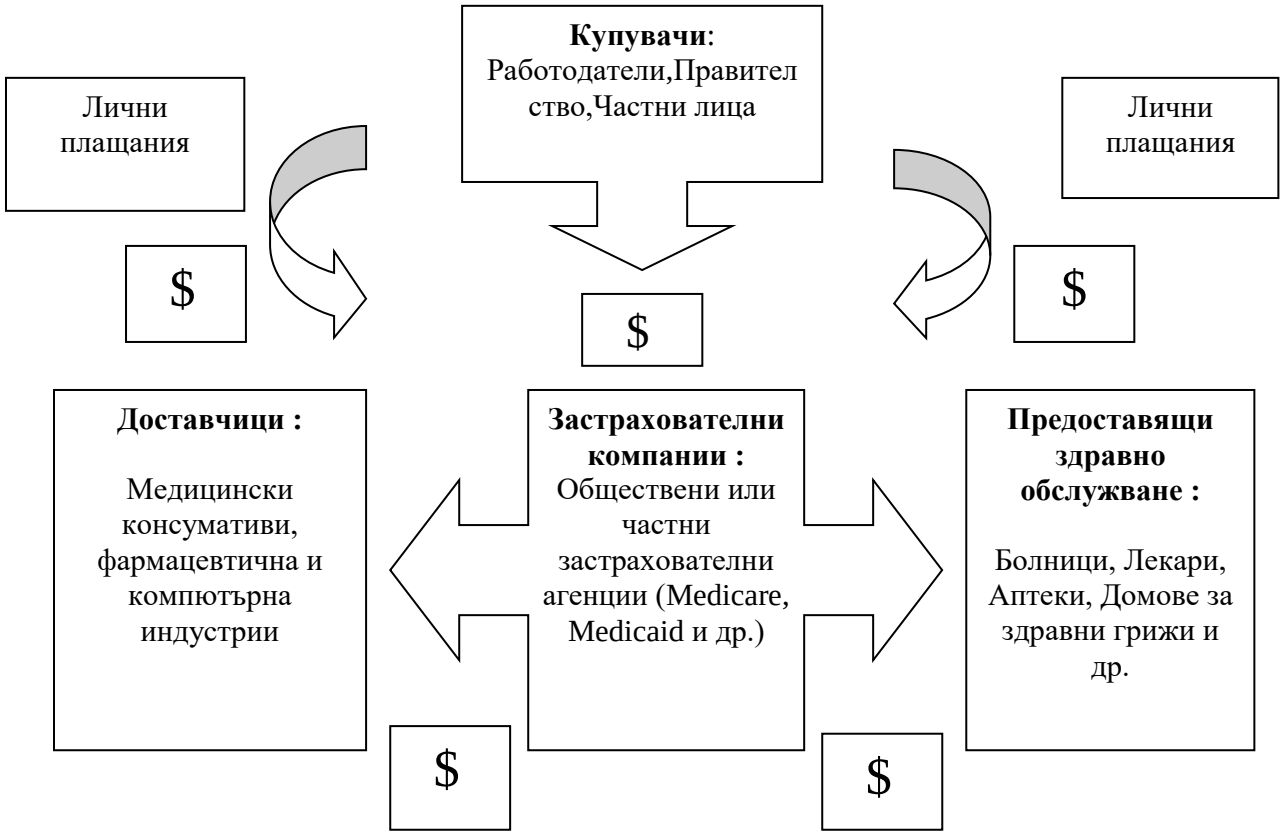
Общественото мнение за здравеопазването в САЩ дълги години е еднопосочно – повечето анкетирани американски граждани смятат, че намаляването на разходите за здравеопазване трябва да бъде приоритет, а в цялост системата на здравеопазване се нуждае от фундаментална промяна.

САЩ не осигуряват здравни грижи на своите граждани, както прави останалата част от индустриализирания свят. .

Фигура 4 показва най-важните участници в структурата на здравната система : купувачи; доставчици; осигурителни компании; предоставящи здравно обслужване. Работодателите, правителствата и лицата съставляват групата **купувачи**, които доставят средства на публични или частни застрахователи. Първите обикновено биха предпочели да намалят разходите за здравни грижи, докато последните се стремят да увеличат максимално своите приходи. Като най-големи купувачи на здравноосигурително покритие, работодателите обикновено се интересуват от намаляването на премиите, които трябва да бъдат изплатени, докато застрахователите имат стимул да защитят печалбите си чрез поддържане на по-високи премии.

Правителството на САЩ приема няколко допълнителни решения, които увеличават усилията на застрахователните компании да свържат здравното осигуряване с трудовата заетост и институционализират съществуващата системата за здравно осигуряване.

По този начин, макар че делът на общите разходи за здравеопазване започва да се увеличава рязко, голяма част от увеличените разходи се считат за оправдани предвид научния напредък и нарастващия икономически просперитет.



Фиг. 4 Структура на здравната система на САЩ

Провеждането на тези мерки има два непосредствени ефекта. Първо, те значително **разширяват американския здравен пазар.** Милиони американци, на които им липсва здравна осигуровка, сега се радват на покритие по една от програмите Medicare и Medicaid, финансирани с публични средства.

Второ, те **променят състава на разходите за здравеопазване.** Тъй като правителството покрива по-голяма част от сметката за здравеопазване, делът на личните разходи намалява.

Комбинираният ефект от увеличаването на федералното финансиране и намаляването дела на личните разходи **генерират рязко покачване на цените в здравеопазването.**

Изводът от всичко това е, че американската система за предоставяне на здравни грижи постоянно търси отговор на променящия се икономически и политически пейзаж и все още не успява реалистично да намери този отговор.

5. Реформиране на здравеопазването в България – тенденции и процеси на организационна промяна

През 2000 г. в България стартира кардинална организационна промяна, която принципно промени структурата и механизмите на управление на националната здравна система. През изминалия 20 годишен период бе възможно да се установят и анализират позитивните и негативните ефекти, шансовете и рисковете на тази реформа.

В процеса на здравната реформа най-трудно решим бе проблемът с финансирането на здравната система. По данни на Евростат България е била на предпоследно място в Европейския съюз с **556 евро на човек** годишно. Разходите за здравеопазване са били най-високи в Люксембург с **5600 евро на човек** от населението, Швеция с 5100 евро на човек и Дания с 5000 евро на човек.

Табл. 2. Относителен дял на разходите за здравеопазване от БВП през 2013 г. в някои страни

Държава	САЩ	Германия	Япония	Испания	Гърция	България	Израел
Процент от БВП	17,7	11,3	9,6	9,3	9,1	8,0	7,7

Вижда се голямо разнообразие в процента на разходите за здравеопазване. Тези разходи в България са доста ниски. Това изисква внимателен анализ на проблемите на здравната система в България.

5.1. Концепция и здравно-политически аспекти

Ключов момент в концепцията на здравната реформа в България бе замяната на държавното администриране на лечебния сектор с нов пазарен механизъм за финансиране и управление на медицинската дейност.

Най-съществените *организационни проблеми* в българското здравеопазване към края на 90-те години бяха: диспропорции в разпределението на здравните ресурси; свръхнасищане на здравната мрежа с медицински персонал (особено лекари) и неефективно използване на този персонал; неадекватно уравнително трудово възнаграждение на медицинския персонал, липса на стимули за високо качество; ниска управленска култура в здравеопазната система при фактическо отсъствие на професионален здравен мениджмънт; отсъствие на ясни икономически принципи за финансиране и разходи в здравеопазването.

След 2000 година започна осъществяването на **радикална здравна реформа**, насочена към децентрализация на управлението, плурализъм в здравното обслужване и повишаване отговорността на обществото и на отделните хора за собственото им здравно обслужване.

Главно средство на реформата е създаването на система за задължително (социално) здравно осигуряване и въвеждането на пазарни механизми за осигуряване на саморегулиране и саморазвитие на здравните дейности.

Изцяло са преосмислени и преориентирани приоритетите на здравната система с даване силен акцент на извънболничната (първичната) медицинска помощ.

Създава се нова организационна и управленска култура в здравната система, основана на подходите и методите на съвременния здравен мениджмънт.

Един от първите ефекти от реализираните здравно-политически решения и новото здравно законодателство е тенденцията към оптимизиране мащабите и структурата на здравната мрежа в страната. Създадоха се обективни условия за развитие на частния сектор в здравеопазването на принципа на равнопоставеност с публичния сектор. Съвременната здравна политика трябва да бъде основана на доказателства (на експертност); да се основава на партньорство; да бъде дългосрочна ; да има ясно формулирани приоритети, цели и методи. Авторите разграничават осем основни направления на съвременната здравна политика, базирана на доказателства. За нашето научно проучване особено голям интерес представляват първите две от тях. Развитието на здравеопазването чрез динамична реформа, която обхваща всички компоненти на

здравната система в тяхната интегрална взаимовръзка и взаимодействие е обект на първото направление. В основата на второто направление е прогресиращата либерализация на съвременната здравна система. Според **проф. Ц.Воденичаров** неговите основни компоненти са комплекса «3-те Д» : Демонополизация, Децентрализация и Демократизация.

5.2. Принципно нови механизми на финансиране, управление и структура на лечебния сектор

Както вече посочихме, ключов момент на здравната реформа бяха принципно новите механизми на финансиране, управление и структура на лечебния сектор. Въведе се здравно осигурителен модел на финансиране с две подсистеми – задължително здравно осигуряване и доброволно здравно застраховане. **Задължителното здравно осигуряване (ЗЗО)** позволява използването на здравни услуги, прегледи и консултации на територията на страната. **Доброволното здравно застраховане** се поддържа от лицензирани здравноосигурителни дружества и позволява използването на здравни услуги, сред които такива, включени в ЗЗО и такива, които се добавят допълнително.

На базата на Търговския закон лечебните заведения се преобразуваха в търговски дружества. Това наложи внедряването на пазарни механизми за управление на финансовите ресурси.

В тази насока бяха въведени клиничните пътеки като основен механизъм на финансиране дейността на лечебните заведения. За периодична корекция и подобряване цените на клиничните пътеки бе въведен т.нар. Национален рамков договор (НРД), който се сключва между съсловните организации на лекарите и денталните лекари и Националната здравно-осигурителна каса (НЗОК).

В структурата на здравната система бяха ясно разграничени **трите нива** на здравно обслужване на населението: първична медицинска помощ (обща медицинска практика), специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП) и болнична помощ. Въведен бе принцип на свободен избор на лечебно заведение от страна на пациентите.

Предишната структура на участъковите лекари бе сменена с въвеждането на лични лекари (ОПЛ – общопрактикуващи лекари). Въведен бе непознатият дотогава

принцип на свободен избор на личен лекар и неговата свободна смяна от страна на пациентите.

5.3. Публични дебати и обществено мнение за здравната реформа

В хода на здравната реформа стана очевидна нуждата от активни публични дебати и периодичен анализ на общественото мнение за промяната в здравеопазването.

Общественото мнение за здравната реформа и свързаните с нея публични дебати в България са отразени в публикации на **Мир. Попов, К. Пасхалидис, Т. Златанова, Р. Златанова, Б. Борисова, Зл. Петрова, А. Чешмеджиева** и др. Данните от анализите на тези автори свидетелстват за принизена роля на публичните дебати в процеса на организационна промяна. Анализира се общественото мнение като критерий за качеството на здравното обслужване. Установява се висок процент на неудовлетвореност на пациентите от общата медицинска практика (личните лекари), както и от болничната помощ, главно нейната организация.

А. Димова и кол. в публикацията „ Здравни системи в преход. България – анализ на здравната система 2018" прави извод за неудовлетвореността на гражданите и медицинските професионалисти от здравната система и качеството на медицинската помощ. Принципа на солидарност е компрометиран поради големия брой неосигурено население. Здравната система се нуждае от някои радикални промени, които могат да бъдат осъществени само ако и политиците и обществото ги подкрепят .

В публикацията на Националния център за парламентарни изследвания към Народното събрание на Република България „Общественото мнение по актуални проблеми в сферата на здравеопазването„ 2019г. авторите считат, че водещата роля на държавата за гарантиране здравето на хората е свързана с осигуряване на профилактични прегледи, съвременна и точна диагностика на заболяванията, навременна спешна помощ, добри условия за лечение в болниците, равен достъп до специалисти на хората в по-малките селища и отдалечени райони, високи изисквания към медицинския персонал за спазване на стандартите за лечение. Резултатите от проведеното през 2019 г. проучване показват, че негативните оценки за действащата в момента здравна система по изброените показатели, в различна степен, доминират над позитивните.

Високо одобрение среща идеята за създаване на среда, в която НЗОК да не бъде монополист, а да се конкурира с други частни фондове. Високо е и общественото одобрение за възможността пациентите сами да решават къде да внасят здравната си вноска – в НЗОК или в частни фондове. Сред основните причини за здравословните проблеми на българските граждани е посочена липсата на профилактика.

Експертните анализи показаха, че публичните дебати не бяха особено активни и становищата от тези дебати не винаги се съобразяваха от стратегическите здравни мениджъри на промяната. Направени бяха анализи на общественото мнение, които показаха неговото критично отношение към редица аспекти на промяната в здравната система. В тази насока съществени са анализите на водещи експерти – **Ц. Воденичаров, В. Борисов, Мир. Попов, Ат. Щерев, А. Кехайов и др.**

Публикациите на тези автори показват силното обществено и отчасти професионално разочарование от процесите, определени като „здравна реформа" – затруднен достъп до лечебни заведения, слаба организация на медицинския труд, особено в извънболничната помощ.

Специален акцент в проучването на общественото мнение бе проблемът за здравноосигурителния модел. Анализът на **Г. Павлова** показа редица критични мнения и предложения на анкетирани граждани. Повече от половината анкетирани (55%) оценяват здравно-осигурителния модел като неефективен, 43% нямат мнение и само 6% оценяват този модел като ефективен.

Конкретен анализ на проблемите на болничната помощ прави **Т. Черкезов**. Той установява редица слабости в болничнната мрежа и обосновава необходимостта от структурни промени в този сектор на здравната система .

Цитираните по-горе данни за общественото мнение относно здравната реформа в България са показателни за обществената неудовлетвореност и нагласи, които обаче почти не са взети предвид досега от четирите национални здравни стратегии и здравно-политическите решения.

5.4. Експертна оценка на здравната реформа по литературни данни

Анализите на водещи наши екперти показват, че отношението шансове:рискове, респ. позитивни:негативни ефекти от здравната реформа не е в полза на позитивните ефекти. Един от първите обстойни критични експертни анализи е даден през 2006 година в монографията на **В.Борисов** „Стратегически здравен мениджмънт - философия и практика". Авторът подчертава, че слабостите на българската здравна реформа са главно в **слабата подготвеност** на системата за промяна, **неясната здравнополитическа концепция**, липсата на н**ова организационна култура** в здравеопазването, **фрагментираното** ново здравно законодателство и липсата на **ефективен публичен дебат** .

В следващите години целенасочен експертен критичен анализ на здравната реформа в България е представен в монографиите на **Мир. Попов**, 2007 г. и на **Гр.Димитров**, 2018 г.

Мир. Попов и съавтори определят три основни задачи на здравната реформа:

- преустановяване на влошаването на здравето на нацията;
- изграждане на нова здравна система – съобразена със здравните потребности на страната ни;
- развитие на здравната система в условия на демократични промени и нови икономически отношения, принципи и стандарти на здравеопазването.

В критичен аспект, според **Мир. Попов**, в резултат на здравната реформа вече има *"морален дисбаланс и деформации в ценностните системи, градацията на ценностите и поведенческите стереотипи"*. Изчерпано е доверието на гражданите в реформата, запазват се неравенствата в достъпността до медицинска помощ. Главните фактори за това са „*забавеното протичане на реформата, концептуалната неяснота, ограничените цели и колебливите резултати, допуснатите грешни стъпки и неоправданите очаквания"*.

В монографията се посочват няколко основни елемента на моралното дестабилизиране на здравната система:

- **Дистанциране между гражданите и здравната система** – изчерпано доверие на гражданите в реформата, пасивни и инкапсулирани в себе си здравни институции;

- **Вътрешни противоречия и отчуждаване на лекарското съсловие** – нереалистични очаквания на лекарите, диспропорции във възнагражденията и т.н.;
- **Корупция, злоупотреби и нерегламентирани плащания** – поради две причини: а) липсващ съсловен, граждански и административен контрол и
  б) неосведоменост на гражданите;
- **Запазване на неравенствата** – в достъпност до медицинска помощ (изобщо и в частност до такава с високо качество).

Специален акцент върху професионално-етичната проблематика поставя и **Ат. Щерев**. Той подчертава, че пазарно-технологичното мислене (средството) става доминиращо и **измества хуманно-етичната мотивация** (целта) в периферията на съзнанието на здравните политици, на здравните мениджъри и на медицинския персонал.

Оценка на ефективността на модела на задължителното здравно осигуряване в България прави **Г. Павлова.** Нейното проучване показва, че 89% от анкетираните медицински специалисти преценяват като **неефективен модела** на задължителното здравно осигуряване в България. В подкрепа на приложения в момента модел са се обявили едва 5 %, а 6% от допитаните не могат да дадат ясна преценка. Тези данни недвусмислено насочват към осъзната от медицинските специалисти необходимост от радикални промени в модела на здравно осигуряване.

Някои проблеми и слабости в достъпността на здравно-осигурените лица до лечебните заведния и спазване правата на пациентите анализира **Ал.Памporов**. Очевидно е бил нужен определен период за **реални впечатления и наблюдения** на резултатите от стартиралата здравна реформа в България, за да се стигне до цитираните по-горе сериозни критични оценки от граждани и експерти относно тази реформа. В настоящия момент са натрупани значително повече впечатления и мнения за резултатите от здравната реформа, която дава възможност за по-категорични изводи относно ефективността на тази реформа. В следващата глава представяме нашите данни в тази насока.

5.5. Експертна оценка на здравната реформа по емпирични данни

Заедно с цитираните по-горе литературни източници, за целите на настоящето изследване, ние проведохме и анонимна анкета на 20 авторитетни екперти по здравен мениджмънт - академични експерти и действащи здравни експерти, главно директори и зам. директори на болници. Най-важните въпроси, които ни интересуваха в анкетата се отнасяха до мнението на експертите по два ключови проблема на организационната промяна в здравеопазването – 1. Мнението на експертите за базовата изходна концепция на здравната реформа в България, започнала през 2000 година и 2. Ефектът от преобразуването на лечебните заведения в търговски дружества. Както се вижда от данните на **таблица 3**, малко повече от половината анкетирани считат изходната концепция на здравната реформа като „Неадекватна“ или „По-скоро неадекватна“. Това мнение съвпада със становищата в редица аналитични публикации в нашата научна литература от последните години.

Табл. 3. Мнение за адекватност на изходната базова концепция на здравната реформа (в %)

Въпрос: Според вас доколко базовата изходна концепция на здравната реформа в България, започнала през 2000 година, бе адекватна на здравните потребности на нацията:

Отговори	**Относителен дял**	**Обобщено в %**
Адекватна	25	45
По-скоро адекватна	20	
По-скоро неадекватна	30	55
Неадекватна	25	
Всичко	100	100

Табл. 4. Мнение за ефекта от преобразуването на лечебните заведения в търговски дружества (в %)

Въпрос: През последните двадесет години лечебните заведения са преобразувани в търговски дружества. Това подобри ли финансирането и управлението на ресурсите в здравеопазването:

Отговори	Относителен дял	Обобщено в %
Да	20	40
По-скоро да	20	
По-скоро не	35	60
Не	25	
Всичко	100	100

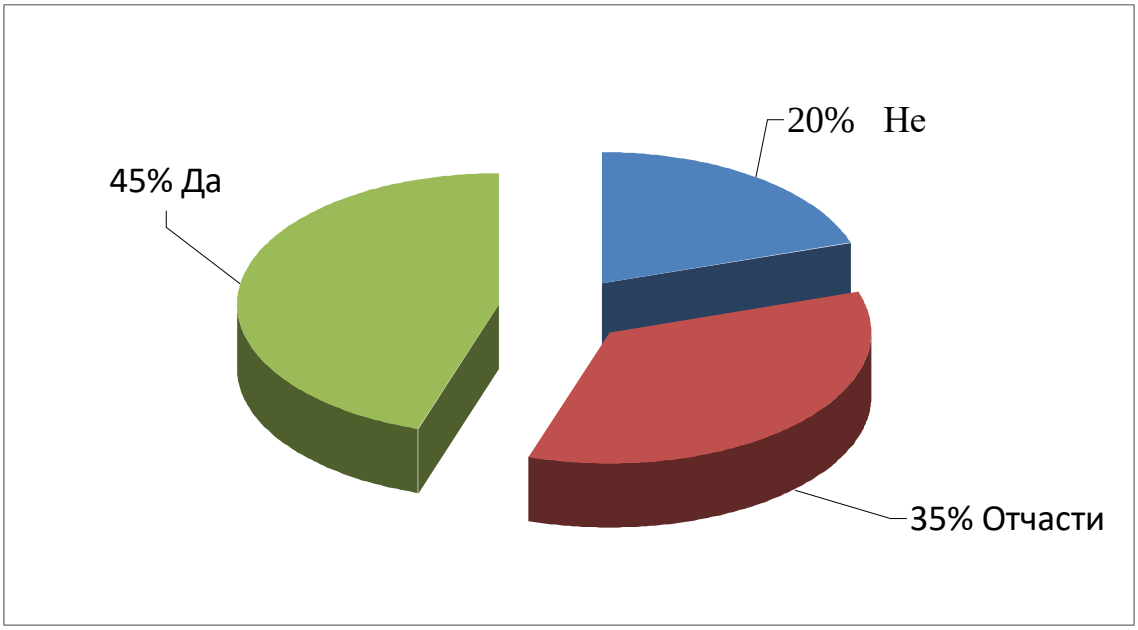
По-голяма част от експертите отговарят негативно.

На конкретния въпрос *„Считате ли ефективно финансирането, което реализира НЗОК?”* в отговорите на анкетираните експерти преобладава отрицателната оценка: 20 % отговорят с „Да“, 25% отговарят с „Отчасти“ и 55% отговарят с „Не“. Това потвърждава мнението в много дискусии през последните години в България, че особено критичен момент в промените на здравната система след реформата е механизмът на финансиране, базиран на внедрения Търговски закон в управлението на здравеопазването.

Във връзка с горния въпрос е следващият въпрос: „Нужна ли е демонополизация на НЗОК?”. Данните от **фигура 8** показват, че много голям процент от експертите дават положителен отговор на този въпрос. Проблемът за демонополизация на НЗОК е също един от най-често дискутираните проблеми в България, както на дискусии и семинари, така и в научния печат. Този проблем, макар и сложен, тъй като засяга статута на социалното здравно осигуряване, се нуждае от обективно решаване. Основна причина за това е фактът, че още в първите години на здравната реформа пролича подценяването на доброволното здравно застраховане.

Фиг.8. Мнение за нужда от демонополизация на НЗОК (в %)

Въпрос: Нужна ли е демонополизация на НЗОК?



Вижда се, че известен процент от анкетираните експерти дават неясни, колебливи или отрицателни отговори за нуждата от демонополизация на здравната каса. Въпреки това преобладава **категоричното мнение**, че понастоящем е нужна демонополизация на НЗОК.

Процесът на реализиране на здравната реформа в България бе съпроводен с приемането на четири национални здравни стратегии – в периода от първата стратегия през 1995 година до последната Национална здравна стратегия 2014-2020 година.

За целите на стратегическия анализ на здравната реформа в България е важно да се знае мнението на експертите доколко тези национални здравни стратегии са били **компетентно създавани, обосновавани** и дали те са реалистични и обективно приложими в мениджмънта на здравеопазването. Важен е също въпросът доколко тези стратегии имат добре обосновани адекватни **приоритети на здравната система**, защото ключов проблем на всяка една стратегия са приоритетите.

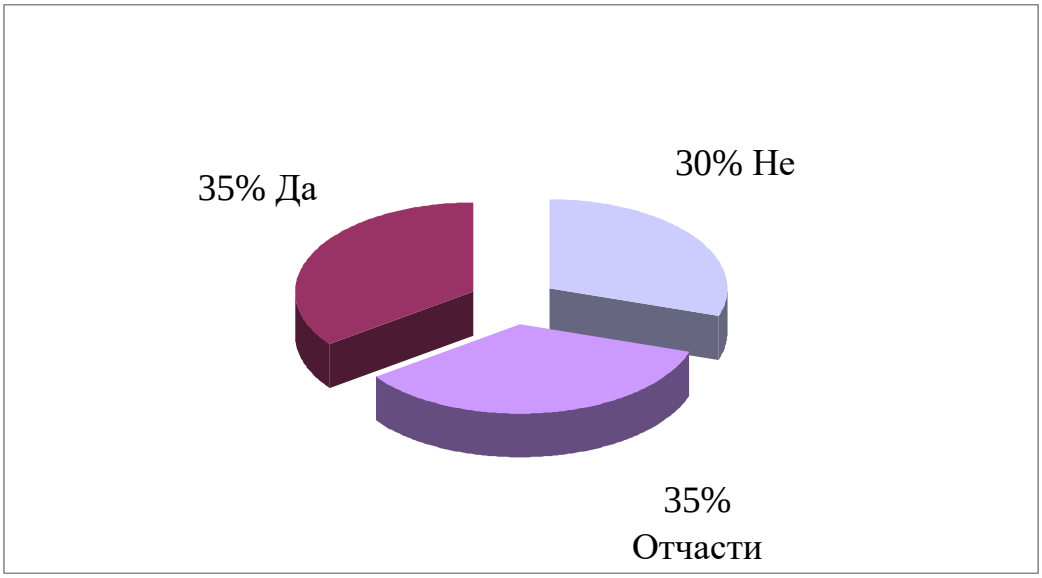
На **фигура 9** се вижда, че само 35% от анкетираните експерти дават позитивен отговор, че националните здравни стратегии са добре обосновани и адекватни за

приложение. Преобладава мнението, че те не са добре разработени и обосновани, не отразяват правилно реалните здравни потребности на населението и нерешените проблеми на националната здравна система. Това показва, че досегашните здравни стратегии в значителна степен са си оставали **документ без конкретна реализация** в живата практика на здравеопазването.

Това показва също, че досега проблема с т.нар национални здравни стратегии, макар и много важен, е бил подценяван и те са разработвани повече като формален документ **без дългосрочна визия**. Те по-скоро са били ориентирани към моментни оперативни потребности, без да допринесат за реален прогрес в развитието на здравната система.

Фиг. 9. Експертна оценка на националните здравни стратегии

Въпрос: Досега в България са приемани 4 национални здравни стратегии. В тях има ли добре обосновани и приложими стратегически приоритети на здравната система:



Особено интересно е мнението на експертите за **клиничните пътеки**, отразено в техните отговори на въпроса: *„Финансирането на болниците само чрез клинични пътеки (чрез НЗОК) повишава ли рисковете за "източване" на здравната каса".* Проличава критичното негативно мнение на повечето анкетирани за ролята на клиничните пътеки. Преобладава мнението, че е възможно клиничните пътеки да се използват за нерационални разходи на финанси от болниците. Тези данни показват

сериозните **финансови рискове**, които носи въвеждането на клиничните пътеки като механизъм на финансиране.

Ключов стратегически критерий за всяка здравна система е и нейният *интегритет*, степента на еднопосочни цели и взаимодействие между отделните елементи на системата. В тази насока в здравната система особено важен критерий е връзката и координацията между извънболничната и болничната помощ.

Конкретната експертна оценка по този въпрос е представена в **таблица 5.** Данните са изключително показателни. Почти 100% от анкетираните експерти отговарят, че **липсва** така **необходимата координация** между двата сектора на здравната система – извънболнична и болнична помощ.

Табл. 5. Наличие на координация между извънболничната и болничната помощ – експертна оценка

Въпрос: Има ли координация между извънболничната и болничната помощ:

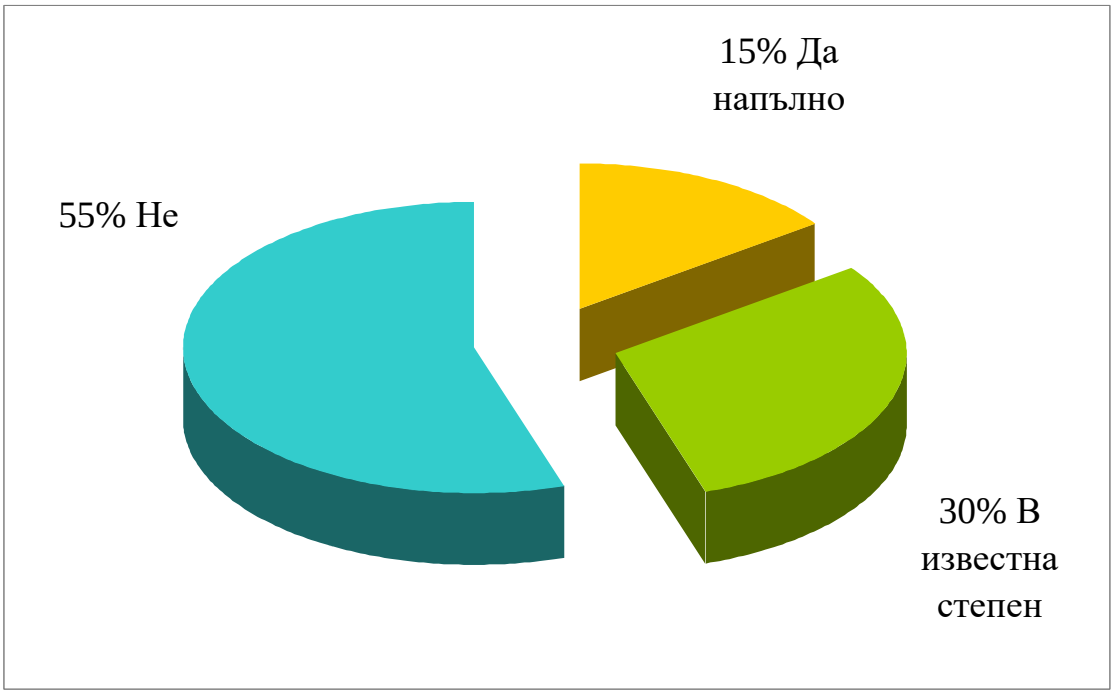
Отговори	Относителен дял	Обобщено в %
Да	5	15
По-скоро да	10	
По-скоро не	25	85
Не	60	
Всичко	100	100

В управленски и стратегически аспект посочената липса на координация е решаващ фактор за наблюдаваната у нас през последните години **свръхоспитализация**, която води до необоснован превес на изразходвани ресурси в болничния сектор за сметка на ресурсите в извънболничния сектор на здравната система.

На **фигура 10** представяме мнението на експертите относно регистрацията на общопрактикуващите лекари като Еднолични търговци – ЕТ. Вижда се, че по-голяма част от експертите не оценяват положително статута на личните лекари като **еднолични търговци**.

Фиг. 10. Мнение за търговския статут на личните лекари като ЕТ в %

Въпрос: Според вас подходящ и ефективен ли е статутът и регистрацията на личния лекар като ЕТ-едноличен търговец



Този резултат от анкетата съвпада с мнението и на други автори в техните публикации. Според нас това мнение обективно отразява **противоречието** между социално-етичната мисия на личните лекари и техния търговски статут. Тук следва отново да отбележим, че именно в страна с утвърдени пазарни отношения и механизми на управление, каквато е САЩ, здравеопазването официално не е причислено към търговския сектор, а към социалния **нон-профит сектор**.

В контекста на нашия сравнителен анализ ни интересуваше доколко нашите здравни мениджъри са информирани за здравната ситема в САЩ, за нейните управленски проблеми и опити за реформиране. На **таблица 6** представяме отговорите на този въпрос.

Табл. 6. Информираност на здравните мениджъри за здравната система в САЩ в %

Въпрос: Моля преценете информиран ли сте за здравната ситема в САЩ и опитите за нейното реформиране:

Отговори	Относителен дял	Обобщено в %
Да	10	20
По-скоро да	10	
По-скоро не	30	80
Не	50	
Всичко	100	100

Данните от **таблица 6** показват много ниска информираност на нашите здравни мениджъри за съвременното състояние и реформи на здравната сисема в САЩ.

В анкетната карта е включен въпрос за *препоръки* относно бъдещата стратегия за развитие на здравеопазването в България (свободен отговор). Само 45% от анкетираните експерти са дали отговор. Най-съществените препоръки са две:

- **Демонополизация на НЗОК** с по-широка възможност за достъп до доброволните здравни фондове.
- **Създаване на нови варианти на финансиране** на лечебния сектор и конкретно на болниците, които успешно да допълнят или заменят изцяло клиничните пътеки.

Представените по-горе емпирични данни показват убедително някои съществени нерешени стратегически проблеми на здравната реформа в България, които ще изискват своето адекватно решение в бъдеще.

5.6. Етични проблеми в здравеопазването на България

Според **Ц.Воденичаров** (2017г.) етичните проблеми в българското здравеопазването са изключително актуални. **Добрата етика на клинично ниво** означава не само добри аргументи, но и способност да се навлезе в потребностите, болката и страданието на пациентите. **На политическо ниво добрата етика** означава разбиране как предложената реформа в здравеопазването не само ще повиши здравето и достъпа до здравеопазване, но и как реформата се изявява на широката политическа и социална сцена.

Индивидуализмът, лежащ в основата на принципализма в етиката, се вижда най-добре в централното място, което се отделя днес на следните принципи: 1) принципът за уважение на автономността; 2) принципът не вреди; 3) принципът прави добро; 4) принципът на справедливостта.

За здравните условия на съвремието в България е необходимо начинът на мислене да включва мрежа от аналитични умения и личностни добродетели като: рационалност, въображение, проницателност.

Етичната рамка на съвременната здравна политика включва: 1) благополучие на пациента; 2) автономност на пациента; 3) професионален интегритет; 4) равнопоставеност и справедливост. Справедливостта изисква индивидите да имат възможността да получат здравни грижи, от които се нуждаят на равнопоставена основа. В същото време справедливостта поставя етичните ограничения на свободата на пациента да претендира за ограничените медицински ресурси.

Съвременното разбиране за здравето в обществото е, че здравето не може да се счита вече само за личен въпрос. По-скоро то става въпрос на обществена ангажираност и следователно – политически въпрос. Така се бележи началото на **здравната политика** като част от социалната политика и политиката за благополучието на гражданите. Ако либерализмът открива **правото на здраве,** то социално-демократичната концепция осветлява **правото на здравеопазване** .

Характерни отлики на тези права са следните: правото на здраве предшества социалния контракт и държавата може само да го подкрепя – то е конкретизация на принципа на свободата; правото на здравеопазване трябва активно да бъде промотирано от държавата – то се извежда от принципа за равнопоставеност.

Отличителна черта на **солидарността** като принцип на здравната политика е свързаността й с принципа за равнопоставеност. Солидарността се характеризира като групово ориентирана отговорност за грижа за по-слабите и уязвими членове на общността. Схващането, че здравият плаща за болния и младия – за стария изразява основната идея за традиционното разбиране на принципа за солидарност.

Правото на себеопределяне и личната отговорност за здравето стават все по-значими колкото повече спешната медицина се допълва с продължителното медицинско обслужване и превенцията на болестта. Тази промяна в профила на здравеопазването изисква пренасочване на моралните ценности на пациента от традиционното съгласие и надежда – към обучението на пациента и партньорството му с лекаря.

В областта на медицината и здравеопазването по-добре етиците да вървят пред политиците.

Очевидно са необходими нови подходи за съответствие на социалната и културна матрица, в която етиката оперира в медицината и здравеопазването. Нужно е формирането на нова здравна политика, в която да се поставят целите и идеалите на медицината, както и значението на здравето в модерното общество.

България като страна, устремена към напредък, трябва да изгражда здравеопазване, с което да отговори не само на задачите на двата предишни исторически етапа, но и да гарантира **здравна сигурност** на всеки гражданин, зачитане на автономността и предоставяне на максимална свобода за планиране на личния живот и ценности .

Голямо значение при поставянето на **приоритети в здравеопазването** има идентифицирането на следните четири принципа:

- **безпристрастно лечение на хората;**
- **приоритет на най-уязвимите групи от населението;**
- **възможно най-голяма полза за общественото здраве;**
- **промоция на социалната полезност.**

Според **Ц. Воденичаров** (2007г.) познаването на основните ценности като свобода и справедливост е необходимо за успеха на здравната реформа, особено в търсенето на етична, устойчива и всестранна здравна реформа .

За медицината професионализмът и кодексите по етика се явяват принципният отговор на необходимостта от регулиране на конкуренцията в здравеопазването. Исторически принципите на медицинския професионализъм са неоспорими – интегритет, професионализъм, грижа и респект, високи стандарти и компетентност.

А. Димова, **Мир. Попов** и **кол.** в своя монография от 2007г. подчертават, че има **морален дисбаланс** на здравната система, проявен в „деформация в ценностните системи, градацията на ценностите, професионалния морал, поведенческите стереотипи“. Главните фактори за това са „забавеното протичане на реформата, концептуалната неяснота, ограничените цели и колебливите резултати, допуснатите грешни стъпки и неоправданите очаквания“.

В монографията се посочват няколко основни елемента на моралното дестабилизиране на здравната система:

- Дистанциране между гражданите и здравната система ;

- **Вътрешни противоречия и отчуждаване на лекарското съсловие** ;

- **Корупция, злоупотреби и нерегламентирани плащания** ;

- **Запазване на неравенствата** .

Според **В.Борисов** (2017г.) главния социално-етичен абсурд е подмяната на целите на здравеопазването със средствата му. Професионално-етичните аспекти и критерии на медицинската дейност са извън вниманието на официалните анализи, отчетните документи, докладите за акредитация на лечебните заведения. Гарантирането на национална здравна сигурност ще бъде неотменим исторически дълг и етично предизвикателство пред всички настоящи и бъдещи политически и здравно-политически лидери на България .

5.7. Бариери за организационната промяна в здравната система

Двадесетгодишният педиод от началото на здравната реформа в България показа, че нейният успешен ход е срещал определени бариери от обективно и субективно естество.

Главната бариера според нас е прибързаната подготовка и спонтанен старт в 2000 година на тази фундаментална реформа, която промени генерално, принципно съществуващата национална здравна система към онзи момент. Реформата започна при **неподготвено адекватно** както обществено, така и професионално мнение; недостатъчна и неясна бе информираността за целите, очакваните резултати и възможните рискове от тази реформа. На тази база бяха формирани **максималистични очаквания** от промяната в здравната система, които на свой ред породиха по-късно обществената и професионалната неудовлетвореност.

Втора съществена бариера бе, че здравната реформа стартира в условията на **старата организационна култура**, без да е формирана нужната за промяната нова организационна култура в системата.

Трета важна бариера бе липсата на компетентен професионален здравен мениджънт за успешно управление на сложните и противоречиви процеси на промяна – липсваше ефективен **мениджмънт на промяната**.

Като бариера известният експерт **д-р Страшимир Генев** посочва факта, че здравното осигуряване у нас е „**обсебено** от държавата“. Според него, събирането и разпределянето на финансовите средства не се извършва от обществен орган, какъвто следва да е Надзорния съвет на НЗОК, а от Министерството на финансите. НЗОК бе създадена като публично-правна институция, но в момента по финансовите си механизми е подчинена на Министерството на финансите и представлява само формална разплащателна агенция, т.е. НЗОК фактически е **одържавена** институция.

В.Борисов посочва следните бариери и общи грешки на организационната промяна в здравната система :

- **Неконкретизирани, неясни или двусмислени цели**. В стратегическите документи прекалено често има място една чисто формална цел “Подобряване на здравното обслужване”, която не мотивира медицинския персонал, защото не е дефинирана чрез конкретни задачи и дейности.
- **Липса на стратегически алтернативи и пътища на промяната.**

◆ **Липса на оценка на ситуацията** и главно липса на обратна връзка за първите резултати и рискове от промяната, за реакцията на общественото мнение и т.н.

◆ **Липса на прогнози за рисковете на промяната**.

◆ **Фрагментирано и неясно фокусирано здравно законодателство.** Приети са многобройни, откъснати един от друг здравни закони. Множеството самостоятелни закони фрагментират здравната проблематика и *застрашават интегритета* на здравната система. Опитът на редица напреднали страни, включително САЩ показва, че здравеопазването се нуждае от един или минимален брой базови закони, последвани от серия подзаконови актове, ясно и строго подчинени на тези общи нормативни актове.

◆ **Дестабилизация на здравната организация.** Стремежът за генерална и бърза едноактна промяна, без постъпателност и етапност, наруши за дълъг период системната стабилност на здравеопазването.

◆ **Недостатъчен баланс на националните традиции и чуждите модели при промяната**. Прекомерен е акцентът върху чуждия опит и директното му внедряване без детайлен анализ и съобразяване с културните, социалните, психологическите и икономическите реалности в страната, както и с позитивните традиции. У нас възникна риск за загубване на националната и регионалната идентичност на здравната система.

◆ **Диктат на феномена медикрация** - абсолютното доминиране на лекарите-клиницисти в управлението на здравната система при липса на внедрен професионален здравен мениджмънт. В тези условия за дълъг период след старта на реформата у нас лекарското съсловие не бе отворено за пряк "мениджърски мониторинг и контрол".

◆ **Недостатъчни гаранции за ефективността на частния сектор**. Нерегулираното създаване на многобройни частни лечебни заведения, финансирани от НЗОК, често поставя публичния сектор пред неочаквани организационни и финансови проблеми.

В контекста на бариерите на промяната следва да се отбележи един много съществен момент, който бе игнориран в старта на здравната реформа – абсолютната необходимост от *преходен етап* на промяната. Историческият опит показва, че всяка стратегическа промяна (каквато е и българската здравна реформа) не е едномоментен акт, а труден, продължителен и противоречив процес. Тази закономерност е специално подчертана в обстоен анализ на **В. Борисов** още в 2005 година.

Според автора, здравеопазването е консервативен сектор по своя характер и рязката стратегическа промяна в здравната система от **революционен тип** трябва да бъде заменена с компететно управлявана организационна промяна от **еволюционен тип** със съответен преходен период. В преходния период експертно и критично се оценяват резултатите и рисковете от реализираната промяна с оглед своевременна корекция в концепцията и стратегията на тази промяна и предстоящото нейно цялостно внедряване в здравната система. Съобразно мащабите на предстоящата организационна промяна нейният преходен период може да трае от 1 до 5 години.

Абсолютно нужен е отговорен здравно-политически мониторинг и контрол на „стратегическия скок". Подобен подход би могъл да гарантира една обществено по-приемлива, по-устойчива промяна и развитие на здравната система.

В този контекст се крие една от **разликите** между опитите за здравни реформи в САЩ и българската здравна реформа. При всичките критични оценки на неуспешните опити за фундаменталнна промяна в здравната система на САЩ, стратегическият подход в тази страна заслужава позитивна оценка специално в преодоляването на внезапните революционни промени чрез **продължителни обществени и политически дебати** с постепенни, макар и частични позитивни промени в здравната система. Здравната система в САЩ демонстрира по-устойчиво развитие и ориентация към *еволюционни,* а не към *революционни* организационни промени на своето национално здравеопазване.

Заслужава внимание становището на **Б. Давидов** в неговата *дискусионна статия* с предизвикателно заглавие „Краят на солидарното здравно осигуряване?". Авторът прави сравнителен анализ върху следния интересен исторически факт: през 50-те години на XX век в България **принудително** в ускорен темп бе внедрен нов модел на здравеопазване (системата Семашко) и през 2000 година по същия начин – **принудително и спонтанно в едномоментен акт** - бе внедрен новият модел Бисмарк с неадекватни (по експертни оценки) пазарни механизми в условията на все още неразвит общ пазарен сектор в държавата. Очевиден е едноактният революционен подход в здравната реформа, вместо препоръчвания от експерти еволюционен експертно обоснован подход.

Съществена пречка за ефективната здравна реформа е и **липсата на прозрачност** и обществена информираност за дейността на здравната система. Няма практика да се представят анализи и информация за извършените разходи за здравното обслужване на

различните групи осигурени лица, за приоритетите и възникналите проблеми и рискове в медицинското обслужване.

Посочените по-горе бариери за ефективна организационна промяна в здравната система на България по своята същност са предимно от концептуален, здравно-политически и стратегически характер.

6. Обобщен критичен анализ на процесите на здравна реформа в България

Здравната реформа в България в общи линии отразява закономерностите на аналогичните реформи в страните на Централна и Източна Европа. В това отношение тя съчетава в себе си серия от **шансове** и **рискове**. Тази реформа, от една страна, ускори *либерализирането* на пазара в здравеопазването и *демократизирането* на медицинската дейност в условията на силна конкуренция. Но от друга страна, механичното въвеждане на външни модели с недобре регулирани пазарни отношения и при поява на нови "центрове на сила" в здравеопазването, породи условия за известен **конфликт** на икономическите интереси и социално-етичните ценности (права на пациента, справедливост, солидарност, отговорност за здравето, обществено доверие в здравните професионалисти).

Представените по-горе литературни и емпирични данни показват, че процесите на здравната реформа в България са *противоречиви* и съпроводени с редица проблеми и рискове.

В количествен аспект здравната мрежа в България е доста широко разгърната в цялата страна, броят на лечебните заведения е значителен (почти 400) и е нараснал през последните 20 години главно за сметка на частните лечебни заведения.

В качествен и организационен аспект в лечебния сектор се наблюдават редица непреодолени проблемни ситуации, които изискват нови промени в нормативната база, в механизмите на управление и структурата на здравната система.

Като най-обобщена критична оценка на здравната реформа следва да се отбележи **нарушения интегритет** на здравеопазването като цялостна система и специално на лечебния сектор. Липсва координация между болничната и извънболничната медицинска помощ. Фрагментираната нормативна база води до осезателна дестабилизация и фрагментация на здравната система.

Структурната реформа е извършена формално без реално внедряване в системата на нова организационна и управленска култура, в частност професионален здравен мениджмънт. В най-обобщен план са допуснати някои крайно неблагоприятни явления и тенденции:

- Дисбаланс в здравноосигурителния сектор със свръхдоминираща позиция на задължителното здравно осигуряване за сметка на доброволното здравно застраховане, при което силно се ограничиха възможностите за свободен избор на гражданите. Националната здравноосигурителна каса от специфична публично управлявана организация, постепенно фактически е одържавена в своите управленски механизми.
- Организационна и финансова неравностойност на болничния и извънболничния сектор. Изолирана е болничната от извънболничната дейност, без взаимовръзки и приемственост в обслужването на пациента. Това от своя страна поражда нарастваща сръххоспитализация на пациенти с неудържимо нарастващи финансови разходи.
- В резултат на нормативни и организационни слабости в лечебния сектор на системата се пораждат условия за нерегламентирани плащания от пациентите, за широко разпространен „черен пазар", особено в болничната помощ.
- Реален деструктивен феномен в медицинската помощ са некомпетентно внедрените клинични пътеки като механизъм за финансиране. Прилагани догматично и спекулативно, те породиха серия организационни проблеми чрез фалшива документация. Те провокираха редица конфликтни ситуации, в частност между лекарите от различните медицински специалности.
- В хода на здравната реформа липсва системен мониторинг и ситуационен анализ с критична оценка на бързо изменящата се ситуация специално в лечебния сектор - с оглед своевременно преодоляване на рискове и нежелателни тенденции. В условията на фрагментирана нормативна база се провеждат спонтанни и частични, изолирани една от друга организационни промени *без добре обосновани стратегически прогнози* в по-дългосрочен план за предстоящото развитие и перспективи на здравната система в България.

В тези условия, очевидно здравната политика в България трябва да поеме своята автентична **мисия и отговорност** за нови интегрирани организационни промени на базата на максимален реализъм при обективно нарасналите здравни потребности на обществото. Стратегичесите решения в здравеопазването ще бъдат принудени да следват строго линията на **баланс** между здравни потребности, ограничения и

приоритети, за да се гарантира компетентно обоснован пакет от здравни услуги, отговарящи на съвременни качествени стандарти.

7. Сравнителен анализ на здравните системи в САЩ и България на база направения SWOT анализ

Методът SWOT анализ

SWOT анализът е структуриран, систематичен начин на мислене и проучване на области за развитие на бизнеса, за разгръщане на ресурси (вкл. физически, лични и интелектуални) и области на уязвимост, които се нуждаят от подобрение или развитие.

Смисълът и предназначението на SWOT анализа е да се осигури задълбочена оценка и анализ на бизнеса в различни отрасли на икономиката.

SWOT анализът, при който лидерите оценяват силните и слаби страни, възможностите и заплахите на организацията, е полезен и изпитан във времето инструмент за лидерство.

Използването на този метод за анализ в здравните организации и многобройните ползи от приложението му, заслужават внимание.

В началния етап се съставят и оценяват ключови данни за състоянието на здравната организация или система, като: медицински технологии, здравословно състояние, източници на финансиране и др. След събиране на данните се прави анализ и оценка на възможностите на организацията.

Следват стъпки по отношение на организирането на данните по категории : силни страни, слаби страни, възможности и заплахи.

Съставя се и се разработва матрица за вариантите за разглеждане и получения анализ се включва в процеса на взимане на решения, тъй като по този начин ще се намери вариант, отговарящ на цялостния стратегически план на организацията.

Стратегическите планове следва да бъдат актуализирани при установяване на проблеми, за да се предприемат стъпки за промяна и посока на действие.

SWOT анализ на реформиращата се здравна система в Съединените американски щати

Оптималното функциониране на здравната система може да бъде постигнато като се вникне дълбоко в силните и слаби страни, които вървят заедно с нейните резултати. SWOT анализът на здравната система на САЩ действа като предшественик на стратегическото планиране и изследванията разглеждат силните страни на системата, вътрешните слабости, възможностите за развитие и заплахите.

СИЛНИ СТРАНИ

- Функциониращ ефективен професионален здравен мениджмънт, даване правомощия на мениджърите;
- Огромен опит по използването на ефективен маркетинг в здравеопазването;
- Висококвалифициран медицински персонал с пределно ясни критерии за професионално развитие и кариера;
- Използване на най-съвременно медицинско оборудване и технологии;
- Инвестиции в IT сектора в здравеопазването;
- В челните редици на клиничните изследвания;
- Висока осигуреност с лекари и специалисти;
- Електронни здравни досиета;
- Висока ефективност на дейността на здравните заведения;
- Отлични висши и средни учебни заведения;
- Задължителни здравни застраховки;
- Субсидии и данъчни облекчения от държавата за социално слаби граждани и малки фирми;
- Рационално преразпределение на ресурси от осигурени към неосигурени;
- Финансирани от федералния бюджет здравни програми : Medicare, Medicaid, SCHIP, и мн.др.;

СЛАБИ СТРАНИ

- Липса на универсално здравно покритие; не гарантира здравно осигуряване на огромна част от американците (неравен достъп до медицинска помощ);
- Високи разходи за опазване на здравето (световен лидер);

- Американската здравеопазна система е насочена към лечение, а не към превенция (подценява се ролята на профилактиката);
- Доминиращ пазарен модел на здравеопазване с недостатъчна социална насоченост;
- Осигурителните компании не покриват всички разходи за лечение;
- Личните разходи за здравеопазване на гражданите са най-високи в света (много от тях обявяват банкрут, поради невъзможност да покрият разходите при необходимост от дългосрочно лечение);
- Независимо от рекордно високите разходи – незадоволителни здравни показатели;
- Неудовлетвореност на средната класа, която оценява здравеопазването като недъстатъчно хуманно;
- Силно регресивно финансиране на здравеопазването;
- Фармацевтичната индустрия си е извоювала гарантирани монополни патентни права и цени на лекарствата, което оскъпява здравните грижи;
- Много скъпо медицинско образование;
- Колебания в непрекъснатостта на здравните грижи;
- Диспропорции във финансирането, неравномерно разпределение;
- Високи административни разходи;
- Насърчаване на високотехнологична и скъпа диагностика и недостатъчна първична грижа;
- САЩ са единствената страна без обществено /публично/ финансирана универсална здравна система.

ВЪЗМОЖНОСТИ

- Въвеждане на система на единствен платец;
- Универсален здравноосигурителен фонд;
- Въвеждане на социален маркетинг;
- Повече солидарност и по-малко пазар;
- По-широко внедряване на профилактичния принцип в здравеопазването;
- Международно сътрудничество с различни здравни организации;
- Разработване на нови програми за здравеопазване;
- Промени в потребностите на населението от здравеопазване;

- Уязвима или липсваща конкуренция между лечебните заведения;
- Нов пазарен сегмент, който предлага по-добра печалба;
- По-широко публично-частно партньорство;
- Подобряване на стандартите в здравеопазването;
- Постигане на по-стабилна интеграция на системата;
- Подобряване на покритието и по-добра защита на осигурените лица;
- Първичното здравно обслужване и обществено здравеопазване получават по-голямо финансиране;
- Налични нови бизнес инициативи, нови здравни програми, увеличаване на средствата за по-добро здравеопазване.

ЗАПЛАХИ И РИСКОВЕ

- Икономическа и / или политическа несигурност;
- Загуба на доверието на пациентите и обществена неудоветвореност;
- Засилена съпротива на лекарското съсловие (Американската Медицинска Асоциация) срещу нови социално ориентирани здравни реформи;
- Повишено търсене на скъпи медицински технологии;
- Бюджетен дефицит на щатско и федерално равнище, липса на устойчиво финансиране;
- Повишен натиск за намаляване на разходите за здравеопазване;
- Нова или засилена конкуренция с иновативен продукт или услуга;
- Неблагоприятни промени в реимбурсирането или регламентите;
- Конкурентите имат по-добър достъп до медиите;
- Промени в икономиката на страната;
- Загуба на ключов персонал или сътрудници;
- Феномен на застаряване на населението.

SWOT анализ на реформиращата се здравна система в Република България

Особености на здравната система в България в условията на реформа

Здравната реформа в България произлиза от определена здравно-политическа концепция и нейните стратегически приоритети, осъществени чрез промяна на здравната система и здравеопазния процес в цялост. За постигане на желания от реформата ефект се въвеждат нови закони в здравеопазването, които променят механизмите на управление, организация и финансиране на целия здравеопазен процес, структура и участници в реформата. Извършва се реформа в посока на приемане на европейския модел на здравно осигуряване. Здравната реформа в България протича вече второ десетилетие и при наличие на конкретни ефекти от реализиране на дадена промяна може да се даде оценка на хода и резултатите от осъществяването на здравната реформа у нас.

Целта на използвания от нас метод SWOT анализ е да се определят и анализират някои от най-съществените силни страни, слаби страни, възможности и заплахи на реформиращата се здравна система в България.

СИЛНИ СТРАНИ

- Добри национални традиции в отношението лекар-пациент;
- Наличие на задължително здравно осигуряване;
- Функциониращи комисии по професионална медицинска етика;
- Добри възможности за международни контакти и сътрудничество чрез СЗО и други организации, специализация на лекари в чужбина;
- Националната здравна стратегия 2020 е напредък в здравната политика главно в областта на общественото здраве и междусекторното сътрудничество.

От направения анализ на **силните страни** на здравната система по отношение на управлението на сектора, стигаме до извода, че в българската здравна система липсва действащ ефективен професионален здравен мениджмънт и даване правомощия на мениджърите.

В нашата страна ръководните позиции в здравеопазването (директори на болници и други здравни заведения) се заемат предимно от лекари с квалификация по здравен мениджмънт, а не от професионални здравни мениджъри.

В България има свободен избор на лекар и лечебно заведение, но не се използва ефективно маркетинга в здравеопазването.

Здравната ни система има силно развит болничен сектор с достатъчно болнични легла, които осигуряват хоспитализация на пациентите без дълго чакане. В България основно в университетските болници има най-съвременно медицинско оборудване и технологии.

Високото ниво на медицинско образование и квалификация на медицинските кадри е неоспорим факт. Съществуват постоянно разширяващи се международни контакти и сътрудничество чрез СЗО и други организации.

След 2010 год. в България е въведена система за медицински одит. Подписва се ежегоден Национален рамков договор с цел оптимизиране финансовото осигуряване на лечебния сектор.

В България има задължително здравно осигуряване в една централизирана институция – НЗОК. Идеята е да се преодолее монополния характер на здравноосигурителния модел, като за целта се правят дебати и обсъждания, но все още без окончателни резултати.

СЛАБИ СТРАНИ

- Механично пренесен търговски нормативен акт в управлението на лечебните заведения и неадекватен пазарен механизъм;
- Силна обществена неудовлетвореност;
- Неравенство в здравното обслужване – наличие на регионални диспропорции здравни неравенства между градското и селско население;
- Не е въведен професионален здравен мениджмънт, което води до некомпетентно управление на здравните ресурси;
- Високи лични разходи и неформално заплащане за болнична помощ;
- Липса на прозрачност в дейността на здравната система;

- Ниска ефективност на контрола на всички сектори в здравната система и специално на общата медицинска практика;
- Липса на електронно здравеопазване и интегрирана здравно-информационна система;
- Липса на държавна политика за намаляване на броя на здравно неосигурените лица;
- Няма изградени хоризонтални връзки на НЗОК с фондовете на Държавното обществено осигуряване;
- Неразвити доброволни (частни) здравноосигурителни фондове с възможност за свободен избор;
- Липсата на здравна реформа спъва инвестициите в сектора (диагностично-свързаните групи трябва да заменят клиничните пътеки като метод на плащане);
- Липса на възможност при фалит на държавно или общинско лечебно заведение то да бъде поето от частни собственици;
- Финансовата стабилност на здравната система и качеството на грижите са най-голямото предизвикателство пред системата;
- Липса на устойчивост и последователност при осъществяване на политиките (честа смяна на здравните политици);
- Неравенства в достъпа до здравната система

Когато изследваме **слабите страни** на дадена здравна система, трябва да се обърне внимание на областите, които се нуждаят от подобрение или трябва да се избягват. Слабостите понякога могат да бъдат липса на определени силни страни, а в други случаи слабостта може да е обратната страна на една от силните страни на здравната организация.

В нашата страна има крайно неефективно въвеждане на клинични пътеки, което води до фалшива документация и неоправдани финансови разходи на болниците. Наблюдава се фрагментиране, дестабилизиране и централизация на националната здравна система. Слабостите в управлението на лечебните заведения и неадекватният пазарен механизъм водят до слабо взаимодействие и координация между отделните

сектори на здравната система. Крайният резултат е нарушен интегритет на цялата система за медицинска помощ.

В България неоснователно са пренебрегнати публични дискусии в процеса на здравната реформа. Този факт, заедно с необоснованата свръххоспитализация , както и комерсиализацията в отношенията лекар – пациент и в професионалната етична мотивация на лекаря, водят до силна обществена неудовлетвореност.

В нашата страна се наблюдава влошена кадрова осигуреност, недостатъчна квалификация и демотивация на лекарите в спешната помощ. Недостатъчна е работата на общопрактикуващите лекари по отношение на промоцията на здраве и профилактика на болестите.

Липсата на ясна дългосрочна визия и политически консенсус за развитието на здравната система доведе до непоследователни реформи. Независимостта на НЗОК, равнопоставеността на държавата, работодателите и осигурените лица в управлението и контрола на НЗОК, прилагането на политика основана на доказателства са пренебрегнати. Това доведе до нестабилност, несигурност, недоверие в здравната система и съпротива срещу реформите.

ВЪЗМОЖНОСТИ

- Специализация и оптимизиране на „портфейла“ от болнични услуги;
- Въвеждане на електронно здравеопазване;
- Приемане на дългосрочна инвестиционна политика;
- Популяризиране дейността на доброволното здравно застраховане със свободен избор;
- Подобряване комуникациите с гражданите и медицинските специалисти;
- Нужда от радикални промени, подкрепени от обществото и политиците, граждански организации, синдикати, общини и научната общност;

По отношение на **възможностите** за развитие на здравните системи, трябва освен на новите и значими тенденции да се обърне специално внимание на това, какви външни възможности съществуват и как най-добре да бъдат използвани за целите на организацията.

В този аспект в нашата страна политиката в областта на промоцията, превенцията и контрола на общественото здраве имат неизползван потенциал за постигане на по-добро здраве на населението. Разработването и въвеждането на по-ефективна здравна стратегия и политика за достъпна качествена медицинска помощ, лекарствени продукти и медицински изделия се причисляват също към възможностите. Необходимо е по-широко развитие на лечебните заведения за рехабилитация, долекуване и продължително лечение, хосписи, краткотраен престой и еднодневна хирургия. Трябва да се подобри организацията на здравеопазването на децата.

В България преструктурирането на спешната помощ чрез инвестиции в ресурсното, техническо, логистично и кадрово развитие, заедно с либерализирането на цялата здравеопазна система, също се отнасят към възможностите. Ролята на политиката за задържане на младите лекари в България и осигуряването на специализацията им се явява още една възможност за запазване и развитие на кадровия потенциал на здравната система и чрез нов механизъм за заплащане на работещите.

В българското здравеопазване е възможно решаването на проблема със статута на болничните заведения и популяризиране дейността на доброволното здравно застраховане със свободен избор.

В българското здравеопазване сред възможностите място има приемането на дългосрочна инвестиционна политика. Създаването на единна държавна политика и прозрачни критерии за закупуване на съвременно високотехнологично оборудване и здравни технологии с публични средства, както и своевременното усвояване на средствата от европейските фондове за здравеопазване са възможности със стратегическо значение.

ЗАПЛАХИ И РИСКОВЕ

Заплахите или рисковете за здравната система включват всичко, което пречи на успешното й развитие. Никаква практика не е имунизирана срещу съществуващи заплахи, но при правилен мениджърски подход, рисковете могат да бъдат сведени до минимум и то без съществени разходи.

В България се наблюдава негативното влияние на глобалната финансова криза върху ресурсното осигуряване на здравната система и увеличено търсене на здравна помощ от населението. Необосновано завишените финансови разходи, ако продължи съществуването на системата на клиничните пътеки, водят след себе си до диктат на пазарните средства над хуманните цели на здравеопазването. Нарастващите

диспропорции (регионални, професионални , финансови), увеличаващият се бюрократизъм и документални злоупотреби и нерационалното изразходване на ресурси, водят до негативно критично отношение на обществото към настоящата здравна политика и промените в областта на здравеопазването. Разширява се нелоялната конкуренция и се увеличава миграцията на наши лекари в чужбина. Заплахата от нарастващо обществено недоверие в здравната система и лекарите е факт.

Като имаме предвид резултатите от нашето изследване бихме могли да заключим, че българското здравеопазване се нуждае от спешна и дълбока реформа, за да отговори на изискванията и нуждите на населението.

Несъвършенствата в здравната система на България силно заплашват здравната система като цяло и създават условия за постоянна дестабилизация и фрагментиране, дисбаланс и сътресения в организацията и мениджмънта на здравното обслужване.

Българската нация се нуждае от дебат за здравната реформа, но такъв, който отива отвъд организационните и мениджърски схеми. Те са важни, но не повече от някои по-дълбоки въпроси – за здравето, прогреса, технологиите и медицинския професионализъм. Необходима ни е концептуална яснота и увеличаване ползата от нашите действия.

Матрица на SWOT анализа

В ъ т р е ш н и	
Силни страни	**Слаби страни**
Възможности	**Заплахи**
В ъ н ш н и	

Сравнителен анализ на здравните системи в САЩ и България - SWOT анализ

Здравните системи, които разглеждаме и техните съществуващи и потенциални реформи са уникални по своя характер.

Най-сериозната реформа в здравеопазването на САЩ от преди повече от 50 г. насам е осъществена с приемането на Affordable Care Act (Закон за достъпни грижи) през 2010 г. – т.нар. ObamaCare. С приемането на този закон се поставя на дневен ред разрешаването и постигането на амбициозни цели като: високите и постоянно нарастващи разходи за здравеопазване, неравния достъп до медицинска помощ и неефективност при предоставянето й, както и редица проблеми на общественото здраве. Законът за достъпни грижи има за цел да осигури на американските граждани универсално, достъпно и задължително здравеопазване. Президента Доналд Тръмп прави неуспешни опити да отхвърли и промени ObamaCare, като на негово място въведе American Health Care Act (Закон за Американското Здравеопазване). До момента се водят дебати по този въпрос в Конгреса на САЩ.

В България от 1999 год. се правят опити за редица реформи в здравеопазването, които имат за цел да се подобри здравето и здравното обслужване на населението. Последните наболели проблеми включват демонополизацията на НЗОК и създаване на алтернативни здравни фондове.

Целта на нашето проучване е да се направи стратегически сравнителен анализ на здравните системи в САЩ и България.

С оглед постигането на целта, която си поставяме, направихме SWOT анализ на двете здравни системи, които разглеждаме.

Данните се организират по категории: силни страни, слаби страни, възможности и заплахи. Те се разделят на две групи категории: **вътрешни и външни.** Вътрешните включват силните и слаби страни и могат да бъдат контролирани. Силните страни са полезни, а слабите - вредни. Външните категории включват възможности и заплахи. Те произхождат отвън и не могат да бъдат контролирани. Възможностите са полезни, а заплахите – вредни.

При сравнителния анализ на **силните страни** на двете здравни системи по отношение на управлението на сектора стигаме до извода, че в американската система е налице действащ ефективен професионален здравен мениджмънт и даване правомощия на мениджърите, което липсва в необходимата степен в българската здравна система.

В България ръководните позиции в здравеопазването (директори на болници и други здравни заведения) се заемат предимно от лекари със квалификация по здравен мениджмънт, докато в САЩ на подобни позиции се назначават само професионални здравни мениджъри.

Здравните заведения в САЩ са високо ефективни и на челно място по отношение на клиничните изследвания. За разлика от България в САЩ използват ефективно мениджмънта и маркетинга в здравеопазването. За разлика от САЩ в България има свободен избор на лекар и лечебно заведение.

И двете здравни системи имат силно развит болничен сектор с достатъчно болнични легла, които осигуряват хоспитализация на пациентите без дълго чакане.

В САЩ се използват най-съвременно медицинско оборудване и технологии и се увеличават инвестициите в IT сектора в здравеопазването. В България основно в университетските болници има най-съвременно медицинско оборудване и технологии.

За разлика от България в САЩ от десетилетия са въведени и се използват електронни здравни досиета.

Високото ниво на медицинско образование и квалификация на медицинските кадри и в двете сравнявани здравни системи е факт.

В България съществуват постоянно разширяващи се международни контакти и сътрудничество чрез СЗО и други организации, докато в САЩ медицинският персонал е високо квалифициран и с ясни критерии за професионално развитие и кариера.

За разлика от САЩ, където има висока осигуреност с лекари и специалисти, в България има все по-голям недостиг на високо квалифицирани лекари и специалисти по здравни грижи.

След 2010 год. в България е въведена система за медицински одит. Подписва се ежегоден Национален рамков договор с цел оптимизиране финансовото осигуряване на лечебния сектор. Наблюдава се съществено повишаване на заплащането на лекарите.

В САЩ има задължителни здравни застраховки; субсидии и данъчни облекчения от държавата за социално слаби граждани и малки фирми; рационално преразпределение на ресурси от осигурени към неосигурени и финансирани от федералния бюджет програми: Medicare, Medicaid, SCHIP и много други.

В България подобно на САЩ има задължително здравно осигуряване, като разликата се изразява в това, че у нас има една централизирана институция – НЗОК. Идеята е да се преодолее монополния характер на здравноосигурителния модел, като за целта се правят дебати и обсъждания, но все още без окончателни резултати.

В САЩ лекарската професия има висок престиж, докато у нас има добри национални традиции в отношението лекар – пациент. За американските медицински специалисти, както и за българските е задължително сключването на застраховка при съдебни дела в следствие на медицинска намеса.

Когато се изследват **слабите страни** на дадена здравна система, трябва да се обърне внимание на областите, които се нуждаят от подобрение или трябва да се избягват. Слабостите понякога могат да бъдат липса на определени силни страни, а в други случаи слабостта може да е обратната страна на една от силните страни на здравната организация.

Едно от основните очевидни несъвършенства и слабост на Американската здравна система са високите разходи за опазване на здравето. По този показател тя се явява лидер в световен мащаб. В нашата страна, за сравнение има крайно неефективно въвеждане на клинични пътеки, което води до фалшива документация и неоправдани финансови разходи на болниците. Наблюдава се фрагментиране и дестабилизиране на националната здравна система, което заедно с механично пренесен търговски нормативен акт в управлението на лечебното заведение и неадекватен пазарен механизъм, води до много слабо взаимодействие и координация между отделните сектори на здравната система. Крайният резултат е нарушен интегритет на цялата система за медицинска помощ.

На фона на доминиращ пазарен модел на здравеопазване с недостатъчна социална насоченост в САЩ има липса на универсално здравно покритие, като не се гарантира здравно осигуряване на огромна част от американците т.е. има неравен достъп до медицинска помощ. Фармацевтичната индустрия от своя страна си е извоювала гарантирани монополни патентни права и цени на лекарствата, което оскъпява здравните грижи.

В България неоснователно са пренебрегнати публичните дискусии в процеса на здравната реформа. Този факт, заедно с необоснованата свръххоспитализация , както и комерсиализацията в отношенията лекар – пациент и в професионалната етична мотивация на лекаря, водят до силна обществена неудовлетвореност.

Независимо от рекордно високите разходи за здравеопазване в САЩ имат незадоволителни здравни показатели. Това е единствената страна без обществено (публично) финансирана универсална здравна система. Осигурителните компании не покриват всички разходи за лечение и силно регресивното финансиране, с

неравномерно и диспропорционално разпределение, води до неудовлетвореност на средната класа, която оценява здравеопазването като нехуманно.

В нашата страна се наблюдава влошена кадрова осигуреност, недостатъчна квалификация и демотивация на лекарите в спешната помощ. Недостатъчна е работата на общопрактикуващите лекари по отношение на промоцията на здраве и профилактика на болестите, поради липсата на финансиране на ПИМП от НЗОК за тази дейност. В регулативните стандарти на ОПЛ средствата за профилактика са изключително недостатъчни.

Подобно на нашата и при американската здравна система има насоченост към лечение на болестта, а не към превенция – т.е. подценява се ролята на профилактиката. В САЩ освен високите административни разходи се насърчава високотехнологичната и скъпа диагностика, като първичните грижи са недостатъчни.

По отношение на **възможностите** за развитие на здравните системи, трябва освен на новите и значими тенденции да се обърне специално внимание на това, какви външни възможности съществуват и как най-добре да бъдат използвани за целите на организацията.

В този аспект в нашата страна политиката в областта на промоцията, превенцията и контрола на общественото здраве имат неизползван потенциал за постигане на по-добро здраве на населението. Разработването и въвеждането на по-ефективна здравна стратегия и политика за достъпна качествена медицинска помощ, лекарствени продукти и медицински изделия се причисляват също към възможностите. Необходимо е по-широко развитие на лечебните заведения за рехабилитация, долекуване и продължително лечение, хосписи, краткотраен престой и еднодневна хирургия, както и специализация и оптимизиране на „портфейла" от болнични услуги. Трябва да се подобри организацията на здравеопазването на децата.

По отношение на възможностите за организационна реформа на американското здравеопазване са необходими промени по отношение на потребностите на населението от здравеопазване и подобряване на покритието и по-добра защита на осигурените лица, както и по-широко внедряване на профилактичния принцип в здравеопазването.

В американската здравна система е необходимо да се обърне внимание на международното сътрудничество с различни здравни организации, уязвимата или липсваща конкуренция между лечебните заведения и едно по-широко публично-частно партньорство.

В България преструктурирането на спешната помощ чрез инвестиции в ресурсното, техническо, логистично и кадрово развитие, заедно с либерализирането на цялата здравна система също се отнасят към възможностите. Ролята на политиката за задържане на младите лекари в България и осигуряването на специализацията им се явява като още една възможност за запазване и развитие на кадровия потенциал на здравната система и чрез нов механизъм за заплащане на работещите.

На фона на подобряване на стандартите в здравеопазването и постигане на по-стабилна интеграция на системата в Съединените щати, в българското здравеопазване е възможно решаването на проблема със статута на болничните заведения и популяризиране дейността на доброволното здравно застраховане със свободен избор. Разработването на нови програми за здравеопазване, въвеждането на социален маркетинг и шансът за повече солидарност и по-малко пазар, също са от основните приоритети на американската здравна система.

Сред целите на американската здравна система основно място имат въвеждането на система за единствен платец; универсалния здравноосигурителен фонд; нов пазарен сегмент, който предлага по-добра печалба и получаване на по-голямо финансиране на първичното здравно обслужване и общественото здравеопазване.

В българското здравеопазване сред възможностите място има приемането на дългосрочна инвестиционна политика. Създаването на единна държавна политика и прозрачни критерии за закупуване на съвременна високотехнологична техника, оборудване и здравни технологии с публични средства, както и своевременното усвояване на средствата от европейските фондове за здравеопазване са възможности със стратегическо значение.

Заплахите или рисковете за здравните системи включват всичко, което пречи на успешното им развитие. Никаква практика не е имунизирана срещу съществуващи заплахи, но при правилен мениджърски подход, рисковете могат да бъдат сведени до минимум и то без съществени разходи.

В САЩ икономическите промени и политическата несигурност, които съществуват, водят до липса на устойчиво финансиране в здравния сектор, бюджетен дефицит на щатско и федерално равнище. Рискови са и неблагоприятните промени в реимбурсирането и регламентите, а има и повишен натиск за намаляване на разходите за здравеопазване. Наблюдава се загуба на доверието на пациентите и обществена неудовлетвореност, а от друга страна има засилена съпротива на лекарското съсловие (Американската Медицинска Асоциация) срещу нови социално ориентирани здравни

реформи. Има нова или засилена конкуренция с иновативен продукт или услуга. Заплаха е и факта, че конкурентите имат по-добър достъп до медиите. Загубата на ключов персонал и феномена на застаряване на населението са също част от рисковите фактори на американската здравна система.

В България се наблюдава негативното влияние на глобалната финансова криза върху ресурсното осигуряване на здравната система и увеличено търсене на здравна помощ от населението. Необосновано завишените финансови разходи, ако продължи съществуването на системата на клиничните пътеки, водят след себе си до диктат на пазарните средства над хуманните цели на здравеопазването. Нарастващите диспропорции , увеличаващия се бюрократизъм и документални злоупотреби и нерационалното изразходване на ресурси, водят до негативно критично отношение на обществото към настоящата здравна политика и промените в областта на здравеопазването. Разширява се нелоялната конкуренция и се увеличава миграцията на наши лекари в чужбина. Заплахата от нарастващо обществено недоверие в здравната система и лекарите е факт.

В заключение от направения сравнителен анализ на двете здравни системи могат да се направят следните **изводи**:

- Наблюдават се две групи характеристики – едните са сходни,а другите - различни по своя характер.

Сходства се наблюдават по отношение на нивото на образованост на медицинските специалисти и задължителния характер на здравноосигурителните системи.

Различията са в маркетинговите и мениджърски практики, в осигуреността със специалисти, нивата на използване на високоспециализирана техника и апаратура, информационни технологии и електронни здравни досиета.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ - ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

Сравнителният стратегически анализ на различните национални здравни системи е колкото необходим, толкова и труден, защото всяка една страна има своите социални, икономически и културни особености, а също и уникални традиции. В този смисъл сравнителният анализ на здравеопазването в САЩ и в България е едно предизвикателство за всеки изследовател.

Нашият анализ преследва да установи в каква степен и в кои аспекти здравните системи на САЩ и България имат сходство и различия в стратегическия си мениджмънт в процеса на техните организационни промени. Подобен анализ ни дава възможност да направим някои стратегически изводи и препоръки, полезни главно за бъдещите здравни реформи в България.

Сходства и различия между здравните системи в САЩ и България (синтетична сравнителна оценка)

Сравнението на здравните системи в САЩ и България е трудно и в известна степен условно, тъй като се касае за страни с доста различна степен на развитие, на държавна структура, на стабилни пазарни отношения и на специфична култура и традиции.

Обстойно сравнителният анализ представихме в главата за SWOT-анализ. Тук в най-синтетична форма ще посочим някои характерни сходства и различия между двете системи.

Сходства се наблюдават по отношение на широко развитата болнична мрежа в двете страни, на високото ниво на образованост на медицинските специалисти и задължителния характер на здравноосигурителните системи. И двете здравни системи имат силно развит болничен сектор с достатъчно болнични легла, които осигуряват хоспитализация на пациентите без дълго чакане.

Различията се наблюдават главно в следните направления: - много по-висока финансова осигуреност на здравеопазването в САЩ – **8 пъти повече** на глава от населението в сравнение с България; - **адекватно развит** пазарен механизъм в

управлението на лечебния сектор в САЩ при още неовладян и ниско ефективен пазарен механизъм в здравеопазването в България; - в САЩ е по-широко развито **доброволното здравно застраховане**, а в България е подценено; - регламентиран и с високо ниво **професионален здравен мениджмънт** в САЩ, при почти липса на такъв в България; - ефективни **маркетингови и мениджърски практики** в САЩ (слабо развити в България); - много по-широко внедрени **информационни технологии и електронни здравни досиета** в САЩ; - по-бавни организационни промени на здравеопазването от **еволюционен тип** в САЩ, а ускорени спонтанни промени от **революционен тип** в България, без достатъчно подготвеност; - значително по-висок процент на **свръхоспитализация** в България; - широко провеждани **политически, експертни и публични дебати** за здравните реформи в САЩ, а неактивни, инцидентни и пренебрегнати експертни и публични дискусии в процеса на здравната реформа в България.

Очевидно различията в двете здравни системи са повече от сходствата, което е напълно закономерно и обяснимо от цялостното историческо развитие на САЩ и България при различна икономическа и политическа среда, обществена култура и конюнктура в двете страни.

ИЗВОДИ

Основни стратегически изводи за здравната система в САЩ

1. Цялостният обективен анализ на здравната система в САЩ е винаги актуален, защото се касае за здравеопазване в най-високо развитата страна в света и нейните реформи водят до някои съществени уроци и заключения, значими и заслужаващи приоритетно внимание в международен мащаб.

2. Днес здравната система на САЩ е изправена пред **много нови предизвикателства.** САЩ е единствената високо индустриализирана страна в света, която не осигурява универсален обхват от здравни грижи за гражданите си. Броят на неосигурените американци продължава да се покачва, което заплашва стабилността на макроикономиката, както и на финансовата система, а мрежата за социална сигурност, която от десетилетия почти изчезва, остава под атака. Ако няма съществено намаление на разходите за здравни грижи, влошаването ще доведе до **радикални промени и преструктуриране** на системата на здравеопазване. Но именно в тези условия

американската система за здравни грижи постоянно се развива в отговор на променящия се икономически и политически пейзаж.

3. Разходите за здравеопазване в САЩ далеч надхвърлят разходите на други страни с високи доходи, въпреки че през последните години увеличаването на разходите в САЩ и в повечето други страни е забавено. Въпреки че САЩ е единствената страна без обществено финансирана универсална здравна система, тя все още изразходва повече публични средства за здравеопазване, отколкото всички останали страни. По-високите разходи се дължат предимно на изключително широко използване на иновации и медицински технологии и на по-високи цени на здравните грижи. Експертните анализи показват, че американците имат относително малко посещения в болница и посещения при лекар, но са **по-големи потребители на скъпи технологии** като например апаратура за ядрено - магнитен резонанс (ЯМР).

4. Усилия за подобряване на здравеопазването са правени в продължение на десетилетия. Първият проект за здравна реформа на **Президента Клинтън** претърпява пълен провал, поради противодействието на Американската Медицинска Асоциация. При **Президента Барак Обама**, въпреки голямата съпротива, се приема здравният закон, назован «Закон за достъпни грижи» (Affordable Care Act - ACA или ObamaCare (2010 г.). Целта на този закон бе постигане на повече солидарност и достъпност в здравните грижи и по-малко пазар в здравната система. Счита се, че ObamaCare е едно от знаковите постижения на американската администрация и **най-сериозната реформа** в здравеопазването. Следващият Президент Тръмп заявява, че здравеопазването е невероятно сложна тема и се нуждае от «нов велик план за зравеопазването на хората». Зад това изявление се крие тенденция за връщане към пазарния модел на здравеопазване.

5. Поради поляризацията на мненията в обществото и сред конгресмените, дебатите ще продължават в неспирна остра форма. Някои специалисти наричат американската здравна система „болна“, защото е насочена към лечение, а не към превенция. С ObamaCare се създава **Национален съвет по превенция, здравна промоция и обществено здраве**, адекватен на Национална програма по превенцията. Привържениците на новия закон твърдят, че пренасочването на САЩ към **система за здравно обслужване с един платец** ще осигури универсално покритие. То ще даде на пациентите свободен избор на доставчици и болници, всеобхватно покритие и равен достъп за всички необходими медицински процедури, без да се увеличават общите разходи.

6. Като очакван ефект от здравната реформа в САЩ 32 милиона американци са застраховани допълнително след 2019 г. Държавата ще избегне нарастването на федералния бюджетен дефицит. Здравноосигурителните компании в САЩ се явяват „помощници" в дейността на лекарите за първични грижи чрез редовен „Годишен тест за здравното състояние на пациента" – on line. Този тест действа **мобилизиращо**, прави пациента по-отговорен за собственото му здраве с всички произтичащи от това положителни резултати. Това е позитивен управленски подход, който заслужава по-широко международно внимание и приложение, включително и за България.

7. Все повече в САЩ се утвърждава визията, че здравната политика трябва да е подчинена на приоритети и да следва двата основни принципа: **публичен дебат**, в който колкото повече и колкото по-различни групи от населението бъдат въвлечени, толкова по-добре и този на **консенсуса**, защото крайните решения в здравеопазването изискват консенсус. Необходимо е да се мине през дебата, но да се стигне до консенсус.

8. Съвременните организационни и управленски проблеми на медицинската помощ са многоаспектни. Сред широкия спектър от нерешени проблеми водещ се очертава **липсата на системен интегритет**, който е основна причина за ниската ефективност на извънболничната медицинска помощ в САЩ. Въпреки множеството анализи, невъзможно е да се предвиди каква ще бъде системата в следващото десетилетие. Но едно нещо е сигурно - мощните лобита ще настояват за запазване на сегашното статукво, т.е. системата за печалба (с леки модификации, които защитават интересите им), докато по-голямата част от американците и все повече лекари ще настояват за фундаментална реорганизация на системата на здравеопазването на САЩ.

9. Опитите за здравна реформа в САЩ винаги са съпроводени с дебати не само по финансови въпроси, но и по една ключова тема – **етични критерии на промяната**. Постоянно се дискутират въпроси от типа: - „Здравната система на САЩ преди ObamaCare приемлива ли е в етично отношение?' и –„Предлаганата здравна система след Obamacare по-приемлива ли е в етично отношение?' Независимо от противоречивите отговори на този ключов въпрос, надделява мнението, че реформата на ObamaCare е по-приемлива в светлината на етичните критерии.

10. Характерна черта на организационните промени и реформи в здравеопазването на САЩ е, че те не се реализират спонтанно и прибързано като промени от революционен тип, а са относително бавни, по същество **еволюционни промени,** предшествани от много широки експертни анализи и политически дебати.

Този факт заслужава специално внимание като потзитивна тенденция, независимо от досегашните най-често неуспешни опити за по-кардинални здравни реформи.

11. Налага се изводът, че е необходима цялостна стратегическа преоценка и оптимизиране на нормативната база за медицинска помощ в САЩ, за да може националната здравна система да изпълни своите високозначими медико-социални функции в интерес на здравето на американската нация. Затова, именно в САЩ, се наблюдават най-постоянните и най-широки публичнии, експертни и политически дебати относно националното здравеопазване, които така или иначе ще доведат до неговата по-ефективна промяна в близка перспектива.

Основни стратегически изводи за здравната система в България

1. Стартиралата през 2000 година здравна реформа в България в значителна степен е типична за здравните реформи на „страните в преход". Тази реформа въведе и ускори *либерализирането* на пазара в здравеопазването и *демократизирането* на медицинската дейност в посока към по-ефективна конкуренция. Съществен факт в този аспект е въвеждането на принципа за свободен избор на личен лекар и на лечебно заведение.

2. Въвеждането на здравноосигурителен модел върху принципа за солидарност, въпреки някои негови пропуски, е безспорно позитивна стратегическа промяна в две отношения – от една страна се формира по-свободен достъп и разширяване правата на пациентите като здравно осигурени лица, а от друга страна се постига повишена обществена и лична отговорност за здравето на базата на приципа солидарност.

3. Въведена бе и система на **доброволното здравно застраховане**, която бе замислена като равнопоставена на задължителното здравно осигуряване чрез НЗОК. В процеса на реформата обаче не бяха осигурени условия за адекватно развитие на доброволното здравно застраховане и като сектор то значително изостана в своето развитие.

4. Новата нормативна база на здравеопазването чрез въвеждане на пазарни механизми на управление създаде възможности за развитие на частния сектор като равнопоставен на публичния сектор. Обективните процеси на конкуренция влияят позитивно за постигане по естествен път на по-високо качество на здравните услуги.

5. Здравната реформа в България съчетава в себе си серия от **шансове** и **рискове,** които се проявиха по-ясно няколко години след старта на тази реформа. Експертни анализи показаха, че механичното въвеждане на външни модели с недобре регулирани пазарни отношения и при поява на нови "центрове на сила" в здравеопазването, породиха условия за известен **конфликт** на икономическите интереси и социално-етичните ценности (права на пациента, справедливост, солидарност, отговорност за здравето, обществено доверие в здравните професионалисти). На сериозна експертна критика е подложено догматичното въвеждане на Търговския закон в здравеопазването като се преценява, че се касае за нормативен акт от друг сектор (търговския сектор), коренно различен от мисията на здравеопазването по своята логика и механизми. Той е неадекватен за регулиране на уникалната, нестандартна по механизмите си организация и управление на специфичната медицинска дейност.

6. Дисбалансът в ролята и развитието на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане **ограничи** възможностите за свободен избор на гражданите. Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) от специфична публично управлявана организация, постепенно фактически е **одържавена** в своите управленски механизми. Това предизвика остри дискусии за необходимостта от **демонополизация** на НЗОК.

7. Съществена стратегическа и управленска слабост на здравната реформа е **нарушеният системен интегритет**, който води до фрагментираност с организационна и финансова неравностойност на болничния и извънболничния сектор. Изолирана е болничната от извънболничната дейност, без координация, взаимовръзки и приемственост в обслужването на пациента. Това от своя страна поражда нарастваща **сръххоспитализация** на пациенти с неудържимо нарастващи финансови разходи.

8. В резултат на нормативни и организационни слабости в лечебния сектор на системата се пораждат условия за нерегламентирани плащания от пациентите, за широко разпространен „черен пазар", особено в болничната помощ.

9. Реален деструктивен феномен в медицинската помощ са **некомпетентно внедрените клинични пътеки** като механизъм за финансиране. Прилагани догматично и спекулативно, те породиха серия организационни проблеми чрез фалшива документация. Те провокираха редица конфликтни ситуации, в частност между лекарите от различните медицински специалности.

10. Характерна слабост на българската здравна реформа е, че промените в здравеопазването, един относително консервативен сектор, стартираха и се въведоха

неоправдано ускорено (промени от революционен тип), а не като промени от добре регулиран еволюционен тип. В условията на фрагментирана нормативна база продължават да се провеждат спонтанни и частични, изолирани една от друга организационни промени, без добре обосновани стратегически концепции за предстоящото развитие и дългосрочни перспективи на здравната система в България.

Изводи от проведеното емпирично социологическо проучване

1. Болшинството от анкетираните експерти от нас считат **изходната концепция на здравната реформа** за „Неадекватна“ или „По-скоро неадекватна“.

2. **Механизмът на финансиране**, базиран на внедрения Търговски закон в управлението на здравеопазването и реализираното от НЗОК финансиране се счита за неефективно. Преобладава категоричното мнение, че е нужна **демонополизация** на НЗОК.

3. Преобладава мнението, че **досегашните здравни стратегии** не са добре разработени и обосновани, не отразяват правилно реалните здравни потребности на населението и нерешените проблеми на националната здравна система и са повече формален документ **без дългосрочна визия.**

4. Въвеждането на **клиничните пътеки** като механизъм на финансиране крие сериозни **финансови рискове.**

5. Между извънболничната и болнична помощ **липсва** необходимата **координация.** В управленски и стратегически аспект се наблюдава **свръхоспитализация**, която води до необоснован превес на изразходвани ресурси в болничния сектор за сметка на ресурсите в извънболничния сектор на здравната система.

6. По-голяма част от експертите не оценяват положително статута на личните лекари като **еднолични търговци**. Това мнение обективно отразява противоречието между социално-етичната мисия на личните лекари и техния търговски статут. В САЩ - страна с утвърдени пазарни отношения и механизми на управление - здравеопазването официално не е причислено към търговския сектор, а към социалния **нон-профит сектор.**

7. Най-съществените **препоръки от експертите** за бъдещата стратегия за развитие на здравеопазването в България са три:

- Демонополизация на НЗОК с по-широка възможност за достъп до доброволните здравни фондове;

- Създаване на нови варианти за финансиране на лечебния сектор и конкретно на болниците, който успешно да допълни или замени изцяло клиничните пътеки;

- Да се създават нормативни гаранции за ефективна координация между болничната и извънболничната помощ със специален акцент към приоритетната функция на личните лекари.

Препоръки

Сравнителният анализ на здравните реформи в България и САЩ дава полезни уроци, изводи и препоръки за **сратегическия здравен мениджмънт** в България относно бъдещите организационни промени на националната здравна система.

В тази насока е целесъобразно стратегическият здравен мениджмънт в България да изучава значителния позитивен опит на здравната система в САЩ предимно по механизмите на **създаване на експертни и здравно-политически концепции** и обосноваване на стратегически решения, базирани на широк публичен дебат.

Към Комисията по здравеопазване в Народното събрание :

1. **За българските здравни законодатели** доста полезен ще бъде опита на САЩ по активното, компетентно и продължително парламентарно обсъжане на концепции и алтернативи за предстоящи здравни реформи.
2. **Целесъобразно е** да се обсъди, гласува и внесе в Залата на НС проект за изменение и допълнение на Закона за здравето и Закона за лечебните заведения относно **статута** на държавните и общинските болници и други здравни заведения, които са под юрисдикцията на Търговския закон. Болниците не са били и не трябва да бъдат търговски дружества, защото не печалбата, а хуманността на медицината и медицинската професия е водещата концепция в здравеопазването.
3. **Препоръчително е** да бъде преодоляно трайното подценяване и слабото развитие на **доброволното здравно застрахване** в България в интерес на свободния избор на пациента, на разширен достъп и на по-високото качество на здравните услуги.

4. **Необходимо е** нормативно да се регламентира нова управленска култура в здравеопазването чрез внедряванео на професионален здравен мениджмънт на всички нива на националната здравна система.

Към Министерството на здравеопазването :

1. Крайно необходимо в България ще бъде внедряването на **системен мониторинг и ситуационен анализ** с критична оценка на всяка организационна промяна в здравеопазването, каквато е практиката в САЩ, като се отчитат компетентно рисковете в бързо изменящата се ситуация, специално в лечебния сектор - с оглед своевременно преодоляване на тези рискове и нежелани тенденции.
2. **Препоръчително е** да се утвърди **приоритета на извънболничната помощ** с цел преодоляване на нарастващата свърххоспитализация на пациентите. Организационната и финансовата неравностойност с липса на координация между болничния и извънболничния сектор в България следва да бъдат специален обект на стратегически решения и на адекватни нормативни промени.
3. **Необходимо е**, както показва опита на САЩ, широкото внедряване на маркетинговия подход в целия лечебен сектор с много по-широки връзки с обществеността (public relations).
4. В тази насока **трябва да се** преодолее липсата на прозрачност и **обществена информираност** за дейността на здравната система. Нужно е да се въведе практика за системно представяне на анализи и информация за извършените разходи за здравното обслужване на различните групи осигурени лица, за приоритетите и за възникналите проблеми и рискове в медицинското обслужване на гражданите.
5. За България **е необходимо** да се осигурява по-широка международна информация за здравните системи и техните реформи в различните страни, в това число и САЩ с оглед по-ефективно използване на световния опит по организационна промяна в здравеопазването.

Към Българския лекарски съюз :

1. Необходимо е БЛС да разработи и внедри система за стимулиране на професионалната реализация, развитие и кариера на младите лекари в страната.

2. По-целенасочено следва да се организира дейността на етичните комисии към съсловната организация.

Към Факултетите по Обществено здраве :

В учебните планове и програми на ФОЗ следва да се въведе по-широк хорариум за международното здравно сътрудничество и изучаване чуждестранния и световния опит по здравен мениджмънт и мениджмънт на оганизационната промяна.

Като **обща препоръка** и за двете здравни системи в САЩ и България следва да се предвидят мащабни действия за недопускане доминиране на частични оперативни организационни промени, когато са необходими генерални стратегически промени в здравните системи; за преодоляване на социални и регионални диспропорции в достъпността до високо качествена медицинска помощ; за съществено повишаване относителния дял на профилактиката в дейността на цялата система; за широко развитие на промоция на здравето; за повишаване удовлетвореността на контингента пациенти в неговата цялост.

П р и н о с и

Като акцент на нашата научна разработка могат да бъдат посочени следните приноси с методичен, научно – приложен, научно - теоретичен и потвърдителен характер.

Приноси с методичен характер

За първи път у нас се прилага метода ***SWOT- анализ*** за целите на сравнителен международен анализ в здравеопазването.

Приноси с научно - приложен характер

Допринася се за по-ефективен мениджмънт на здравната реформа у нас на базата на анализирани и оценени *основни бариери* в противоречивия процес на организационна промяна в двете здравни системи.

Дават се обосновани препоръки за БЛС със специален акцент на *етичната проблематика* в здравеопазването.

Сравнителният стратегически анализ може да допринесе за *обмен на ценна информация и изводи,* които да бъдат полезни за бъдещите организационни промени на здравните системи в двете страни.

Приноси с научно – теоретичен харакер

В литературата по обществено здраве за първи път се прави *стратегически сравнителен анализ* на здравните системи и техните реформи в САЩ и България.

На базата на извършения от нас SWOT – анализ на силните и слаби страни, възможностите и заплахите в двете здравни системи *са формулирани изводи и препоръки* за бъдещите здравни реформи в България.

Направен е *обобщен критичен стратегически анализ* на процесите на здравната реформа в САЩ и България и тенденциите за бъдеща промяна.

Нашият анализ установява *степента на сходство и различните аспекти* на здравните системи на САЩ и България в процеса на тяхната организационна промяна.

Приноси с потвърдителен характер

Извършена е *експертна оценка и анализ* на някои стратегически проблеми на здравната система в България и нейните реформи въз основа на *емпирично социологическо проучване* сред водещи експерти.

С П И С Ъ К

на научните публикации във връзка с дисертационния труд

1. **Ненчева, Р.** Здравната система в САЩ – реформи и тенденции. – Медицински меридиани, IX, 2018, № 1, 14-19.
2. **Ненчева, Р.** Бариери на промяната в здравната система на САЩ. – Медицински меридиани, IX, 2018, № 2, 12-17.
3. **Ненчева, Р**. Маркетингови подходи – системен конкурентен анализ на здравната система на САЩ. – Медицински меридиани, IX, 2018, № 3, 4-10.
4. **Ненчева, Р.** Сравнителен SWOT – анализ на силните страни на здравните системи в САЩ и България. – Медицински меридиани, X, 2019, №2, 31-33.
5. **Ненчева, Р.** Възможни уроци от САЩ за организационните промени в българското здравеопазване. – Медицински меридиани, XI, 2020, №2, 22 – 25.
6. **Ненчева**, Р., Ал.Воденичарова. Особености на здравната система в България в условията на реформа. – Здравна политика и мениджмънт, 2020, том.20, No 4 ISSN 1313 – 4981
7. **Nencheva, R.,** B. Borisova. Leadership – Key Problem of the Healthcare System Organisational Behaviour. – International Journal of Public Health Medicine (IJPHM), Vol. 3, No. 1, 2019, pages 6 to 8.
8. **Nencheva, R.** Ethical Issues of the U.S. Health Care System. - Medical Law and Ethics Journal, Volume 13, Number 1, 2019, pages 8 to 10.
9. **Nencheva, R.** Covid – 19 Pandemic as a Challange for the U.S. Health Care System. - Book of Proceedings, IAHCP Joint 39th International On Line Medical Conference – Research and Innovations in Medical Practice and Education, 12 – 13 December, 2020. ISSN – 1471 – 1346 - IMCS