СИМЕОН СИМЕОНОВ

ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА



2025
gabriell-e-lit

СИМЕОН СИМЕОНОВ

ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА

Монография

Първо издание

Рецензенти

Проф. д.н. Венелин Терзиев

Доц. д-р Марин Георгиев

ISBN: 978-619-7705-84-3

gabriell-e-lit

София, 2025

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АЗ	Агенция по заетостта
АПК	Административно-процесуален кодекс
АСП	Агенция за социално подпомагане
БВП	Брутен вътрешен продукт
БЗС	Български зъболекарски съюз
БЛ	Безработно лице
БЛС	Български лекарски съюз
БНБ	Българска народна банка
БНП	Брутен национален продукт
ГПК	Граждански процесуален кодекс
ДБТ	Дирекция „Бюро по труда“
ДВ	Държавен вестник
ДЕО	Договор за Европейската общност
ДЗО	Доброволното здравно осигуряване
ДОО	държавното обществено осигуряване
ДОИТ	Дирекция „Областна инспекция по труда“
ДРСЗ	Дирекция „Регионална служба по заетостта“
ДСП	Дирекция „Социално подпомагане“
ДФГУДПС	Държавният фонд за гарантиране устойчивостта на държавната пенсионна система
ЕИК	Единен идентификационен код
ЕК	Европейската комисия
ЕС	Европейски съюз
ЕСХ	Европейската социална харта
ЗЗБНЗ	Закон за закрила при безработица и насърчаване на заетостта
ЗЗО	Закон за здравното осигуряване
ЗЗдр	Закон за здравето
ЗЛЗ	Закон за лечебните заведения
ЗНЗ	Закон за насърчаване на заетостта

ЗСП	Закон за социалното подпомагане
ЗСОЛС	Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите
ИАГИТ	Изпълнителна агенция „Главна инспекция по труда“
ИППО	Институциите за професионално пенсионно осигуряване
ИОО	Института за обществено осигуряване
КТ	Кодекс на труда
КСО	Кодекс за социално осигуряване
КФН	Комисията за финансов надзор
МЗО	Мерки за заетост и обучение
МЗ	Министерство на здравеопазването
МОН	Министерство на образованието и науката
МОТ	Международна организация по труда
МЦПД	Многоцелево проучване на домакинствата
МНЗ	Министерството на народното здраве
МСП	Малки и средни предприятия
МТСП	Министерство на труда и социалната политика
МФ	Министерство на финансите
НБД	Национална база данни
НОИ	Национален осигурителен институт
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НПДЗ	Национален план за действие по заетостта
НПЗН	Национално проучване сред здравнонеосигурените
НПО	Неправителствена организация
НРД	Национален рамков договор
ОПРЧР	Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ОФ	Отечествен фронт

РДСП	Регионална дирекция Социално подпомагане
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
РЦЗ	Районен център по здравеопазване
СИМП	Специализирана индивидуална медицинска помощ
СРМ	Свободно работно място
СЗО	Световната здравна организация
ТП	Трудов посредник
ТРЛ	Търсещо работа лице
УС	Управителен съвет
ФЗЗ	Фонд за здравна застраховка
DB	Defined benefits
NDC	Notional denned contribution, Non-financial denned contribution

ВЪВЕДЕНИЕ

Социалната политика на дадена държава е съвкупност от специфични дейности, които целят да регулират социалните отношения между различни по своето социално положение субекти. Този подход към изясняването на социалната политика се нарича още функционален и по същество разглежда социалната политика като дейност за регулиране на отношенията на равенство или неравенство в обществото. Той дава възможност да се търсят неравенства в икономическите позиции на индивидите във връзка със собствеността, труда и условията за труд, разпределението на доходите и потреблението, социалното осигуряване и здравеопазването, да се търсят източниците за тези неравенства и тяхната социална оправданост или неоправданост.

Говорейки за ефективността като ключово понятие за всяка обществено-икономическа дейност, традиционно акцентът се поставя върху икономическата ефективност, чието проявление е в зависимостта „разходи - ефекти (ползи)“. И тъй като всяка обществена дейност се осъществява с все по-ограничени ресурси, подходът следва да е като към икономическа дейност. Още повече, че за такава се счита „всяка целенасочена дейност, при която ограничените ресурси се разпределят и комбинират между алтернативи, като при това е възможно максимизиране на ефекта или минимизиране на разходите“[123]. На преден план излиза съотношението между разходите и ползите от даден ресурс или комбинация от ресурси за достигане на дадена, предварително дефинирана цел и на тази основа рационализиране на управленските решения. В този смисъл зависимостта „разходи - ефекти“ може да се използва като „способ за планиране; инструмент за вземане на решения и среда за историческо документиране на взетите решения“[4].

Този фундаментален принцип, характеризиращ икономическата ефективност, е едната страна за изучаване на ефективността от дейността. Но всяка дейност по своя характер е социална и обуславя необходимостта от измеримост на социалните ефекти. На тази основа в последните години все повече се заговори за т.нар. социална

[1] Станкевич, В. Йоханес Гербер един от създателите на немската микроикономика на въоръжените сили С. УИ Стопанство, 1998, с.98.
[2] Dimitrova, S., V. Stoyanova and V. Gramatikov. Costs-Benefits Analysis-Foundation for the Decision-Making Process in the Bulgarian Armed Forces. Konference of University Defence Brno, p.59-75.
[3] Димитрова, С. Мениджмънт на ресурсите в динамично променящата се среда на сигурност. Примакс-Русе, 2014, с.135-137.
[4] Семерджиев, Ц. Стратегия: среда ресурси способности планиране. С. 2007, с.214.

ефективност. За разлика от икономическата социалната ефективност няма толкова пряк характер, явява се по-сложна категория и трудно се поддава на едномерно изразяване[5].

Дълго време самата постановка на проблема за социалната ефективност се счита в социологията и икономиката за дискусионна. До момента не е установено еднозначно и общоприето определение на понятието „социална ефективност“. Съществуват достатъчно много работи от монографичен характер, в които авторите се опитват да изследват социалната ефективност от различните видове дейности, в това число и управленската. Преди всичко повечето автори разработват понятието за социална ефективност, критериите и методите за нейната оценка спрямо целите за общественото производство.

За класически труд по проблема за социалната ефективност може да се счита монографията на българския учен М. Марков. Според него, ефективно е това, което довежда до резултат, до ефект (на латински effectus - действие, изпълнение и afficio - действам, изпълнявам),ефективен значи действен[6].

Популярен модел за оценка на ефективността се явява зависимостта „ресурси – разходи - резултат“, чиято характерна черта е отделяне ролята на ресурсната осигуреност и на разходите за повишаване ефективността от управленската дейност.

В модела за ефективна организация на Р. Лайкерт се определят следните три фактора[7][8][9]:

- вътрешноорганизационни фактори**,** включващи в състава си формалната структура на организация, икономическата структура и социалната политика, професионално-квалификационния състав на персонала;
- промеждутъчни променливи**,** каквито са човешките ресурси, организационният климат, методите за вземане на решения, нивото на доверие спрямо ръководството, способите за стимулиране и мотивацията за дейност;
- резултатни променливи като ръст или спад на производителността на труда и приходите, степен на удовлетворяване търсенето на потребителите и др.

При такъв подход ефективността се ражда в резултат на сложно взаимодействие между различни фактори, сред които доминираща позиция заемат човешкият и социално-екологичните фактори.

---

[5] Терзиев, В. Възможности за повишаване на ефективността на социалната адаптация на военнослужещи, освободени от военна служба. Издателство „Примакс“- Русе, 2014.
[6] Марков, М. Технология и эффективность социального управления. Пер. с болг. М. 1982.
[7] Тернер, Дж. Структура социологической теории. М. 1985.
[8] Теория и методика социальной работы. М. 1996.
[9] Теория социального управления. К., 1996.

Внимание заслужава и подходът, според който ефективността се оценява по степента на защитеност на балансираните интереси на държавата и обществото. Работата на държавния апарат може да се признае за ефективна само в този случай, ако той успешно решава проблема за оптимална защита на интересите на населението, социалните групи и всеки човек. В тази двуединна задача най-важната страна е понятието за ефективност на държавния апарат. Според този подход, ефективността се изразява в разширяване на възможностите за активен граждански живот на всеки гражданин, на обществото и ефективността на държавата. Тя се детерминира от добре действаща система за дейност на държавните органи, от тяхната способност по законен път да осъществят държавните интереси, да реализират държавната политика за социално и обществено развитие.

Друга гледна точка е тази, която свързва ефективността на държавната дейност с наличието или отсъствието на оптимална парадигма за административно-политическо управление. Става дума за противопоставяне на традиционната технократска парадигма за политическо управление на новата - партисипативна.

Като цяло авторите директно свързват ефективността от държавната дейност с наличието в нея на бюрокрация, действително служеща на обществото[101112]. А това е бюрокрацията, която се намира под реалния контрол на обществото, изразява интересите за обществен прогрес, минимална е по своите количествени и качествени параметри.

Това твърдение е основано на вътрешното противоречие на бюрокрацията между широките обществени цели, заради които тя се създава, и тясно корпоративните й интереси, имащи тенденция за доминиране.

Според мнението на някои автори, критериите за ефективност на социалното управление се заключават в следното:

- в степента на съответствие на направленията, съдържанието и резултатите от дейността на управленските структури и от тези нейни параметри, които са определени от функциите и статуса;
- в законността на решенията и действията, съответстващи на управленските структури и ползвателите (реципиентите, бенефициентите);
- в реалността на влияние на управленската дейност върху състоянието и развитието на обектите за управление;

[10] Тернер, Дж. Структура социологической теории. М. 1985.
[11] Теория и методика социальной работы М. 1996.
[12] Теория социального управления, К., 1996.

- в дълбочината на отчитане и изразяване в управленските решения и действия върху конкретните и комплексни потребности, интереси и цели на хората;
- в характера и обема на преките и „обратни“ връзки с бенефициентите, или иначе казано- в демократизма на дейността;
- в степента на авторитетност на решенията и действията на управленските структури, в правдивостта и целесъобразността на информация, предавана на управленските структури и бенефициентите;
- влияние на управленската дейност спрямо външната среда.

Всяко действие, всяко социално явление или качество, в т.ч. и социална ефективност, се характеризират с количествени и качествени страни. И макар тези две страни на обекта да съществуват в неразривно единство и взаимовръзка, все пак това са различни характеристики на обкръжаващата ни социална действителност. В научната литература е прието качествената страна от получения резултат (ефект) да се обозначава с термина „критерий“, а количествената - с термина „показател за ефективност“.

В други изследвания се предлага малко по-различна трактовка на термина „критерий за социална ефективност“, като се разглежда от гледна точка на взаимовръзката между количествената и качествената определеност на изучавания и оценявания обект. От количествена страна критерият се явява като способ, инструмент, еталонна мярка за движение към желания резултат, а от качествена - като възможност за отделяне на „позитивни страни, форми на това движение в пространството и времето“.

При всичките различия в разбирането на термина „критерий“ в обозначените подходи се наблюдава смислово единство. Освен това техният синтез дава ново, по-дълбоко разбиране за социалната природа на социалната ефективност.

Така „показателят за ефективност“ (количественият критерий) фиксира обективираната и интегралната, главно количествено изразяваната, (например от гледна точка на натуралния обем на социалните блага и времевия интервал за тяхното обезпечаване) оценка на постигнатото от социалната система от всеки ранг.

„Критерият за ефективност“ (качественият критерий) в по-голяма степен е фокусиран върху изследване на вътрешните механизми за достигане на дадения резултат, включвайки степента на ограниченост и т.нар. активизация на човешкия фактор като условие за саморазвитие, ефективна дейност, социална цена на постигнатото, степента на неговата ограниченост и т.н.

Това разграничение е съществено и важно за разработката на системата за оценка на социалната дейност.

В каквато и величина да се изразява ефективността на функциониращата и развиващата се социална система, тя винаги се явява резултат от действията на всички фактори на системата в тяхната съвкупност, представяна като интегративна резултативност. При това е важно да се подчертае, че каквато и екстраординарно ефективна да бъде дейността на отделно взетите фактори в социалната система, нейната висока ефективност може да бъде осигурена само от съответстващото качество на системното социално взаимодействие. То произлиза като нейно неотменимо органично свойство, служи като общ алгоритъм и универсален мотивационен механизъм за дейността за всички фактори в дадената система.

Връзката между икономическата и социалната ефективност е сложна. В основата на ръста на икономическата ефективност обикновено е поставен следният методически принцип, според който реализацията на социалната програма сама по себе си е длъжна да стане катализатор за ефективно икономическо развитие.

Средствата, изразходвани от обществото за удовлетворяване на социалните потребности, в края се връщат във вид на повишаване на социалната и трудовата активност. В тази система реализацията на социалното управление се явява в крайна сметка като един от подчинените фактори за достигане на икономическа ефективност.

Опитът по аналогичен начин да се разглежда въздействието на икономическия фактор за достигане на интегрална социална ефективност неизбежно страда от опростенчески подход. Вече е признато за напълно очевидно, че при определена същност на социалната ефективност класическият критерий (съотношението „разходи-печалба“) е явно недостатъчен. Необходим е друг подход, с помощта на който би могла да се оценява действеността на едни или други социални действия. Степента на достигане на социалната ефективност се определя от позицията на движение към обществено значима стратегическа цел, която съдържателно се разкрива като състояние на максимално пълна реализация на потребностите на човека и самореализация на неговите същностни сили, иначе казано, на неговата личност. Благото на човека, като висша ценност за обществото, става самоцел за общественото развитие. Оттук и проектната цел на всяко развитие обикновено произлиза като изискване за детерминиране на пълното благосъстояние и свободното всестранно развитие на всички членове на обществото, чиято реализация е преди всичко в създаването на достойни за човека условия за живот и творчество.

При това е необходимо да се направят редица важни методически уточнения. Представата за социална ефективност като резултативност, оценявана от позициите на приближаване до обществено значимата цел, трябва задължително да се съотнесе към измененията, съответстващи с общата линия на прогресивно развитие на социалната система, т.е. с нейния постепенен преход от по-малко към по-съвършено съществуване.

Можем да отбележим, че преди да се съпостави всеки постигнат социален резултат с разходите, е необходимо да се изясни значимостта на самия факт от достигането на този резултат преди всичко от гледна точка на неговото съответствие с целите на общественото развитие. Важно е също така да се отчита времевият интервал, необходим за постигане на поставената цел.

Значението на това уточнение за разбирането на базисния принцип за социална ефективност и нейните критерии изразително подчертава и конкретния опит за социална политика. Американският учен Д. Ротблат подчертава, че в САЩ през тридесетте години е направено фундаментално преосмисляне на принципа за ефективна социална политика[131415]. Мерките на правителството по разширяване на застрахователните фондове за безработица и увеличаване броя на получателите на социални помощи, които първоначално се разглеждат като напълно прогресивни, в дългосрочен план все повече проявяват своята неефективност, доколкото оказват слабо влияние за подобряване на човешкия ресурс. Опитът показа, че „осигуряването на благосъстояние без предлагане на жизнеспособни алтернативи“ за развитие на човека и неговата инициативност става спирачка в общественото развитие, доколкото поражда „възпроизводство на културата на нищетата от поколение на поколение“. Очевидно, че в същата степен, в която времевият елемент позволява по-точно да се разкрие основната линия за обществено развитие, оценката за социалната активност на осъществяваните дейности може радикално да се изменя. Следователно по-ефективно е включването на хората, нуждаещи се от социална подкрепа, в процеса на труда, носещо перспективен както от икономическа, така и от социална гледна точка резултат, отколкото даването на помощи, насочени към краткосрочно „изглаждане“ на социалните напрежения в обществото.

Разглеждането на проблема за социалната ефективност в зависимост от представите за обществено развитие и неговия идеал поражда допълнителни трудности. В тези случаи, когато е трудно да се измери количествено социалният ефект, като

[13] Тернер, Дж. Структура социологической теории. М. 1985.
[14] Теория и методика социальной работы. М. 1996.
[15] Теория социального управления. К. 1996.

единствен надежден критерий за неговата оценка може да служи само степента на приближаване към целта**,** към реализацията на тези ценности, които са предвидени от нея.

В редица трудове се разглежда преимуществено съдържателната страна на понятията „социален ефект“ и „социална ефективност“. Като правило, авторите на публикации са съгласни с това, че социалният ефект е определен социален резултат, целеполагаща дейност, проведена в живота от икономически решения.

При това в едни случаи той се разбира като „нещо такова, свързано с развитието на човека“, което „формира нови черти в образа на живот и дейност, както индивидуална, така и колективна, свидетелства за повишаване на социалната активност, подпомага всестранното развитие на личността и формирането на нов тип работник“. В друг случай се третира като „резултат, отговарящ на целите на общественото развитие“. В трети случай, като „степен за повишаване на социално-психологическия или санитарно-хигиенен комфорт на човека“. В последните случаи фактически се има предвид не социалният резултат като такъв, а ефективността, т.е. съотношението между резултата и целта, изходното и последващо състояние на социална комфортност[16][17][18].

Предложените определения позволяват да се уловят същностните различия между понятията „социален ефект“ и „социална ефективност“. В първото е отразена констатация за достигане на определени количествено или качествено оценими резултати от социалната дейност в самостоятелно значение. Във втория случай е налице съотнасяне на тези резултати с мярката или степента за реализация на нормативно зададената цел или идеал за обществено развитие. Тази мярка за оценка на социален ефект на свой ред служи като важно указание за тази качествена страна на социалната дейност, интегрирана в нейната системна организация. Благодарение на същата се достига самата социална ефективност. Тази присъща ефективност на социалната дейност - конститутивната качествена характеристика, може да се определи като принцип за социална ефективност. Той непосредствено е свързан с критериите за социална ефективност като конкретни качествени признаци и определители на значенията, на основата на които, като своеобразни „нулеви точки за отчитане“ социалната дейност се оценява като ефективна или неефективна. Разглеждайки признаците, отличаващи социалната ефективност от резултата, го съотнасят или с

[16] Тернер, Дж. Структура социологической теории. М. 1985.
[17] Теория и методика социальной работы. М. 1996.
[18] Теория социального управления. К. 1996.

целите, или с потребностите. Следва да се отбележи, че „най-ефективна при други равни условия ще се окаже дейност, в която целта в максимална степен изобразява човешките потребности“. Заедно с това, въпросът за конкретните социални резултати (ефекти) от управленското й въздействие не е поставен, макар че той се представя в дадения контекст като много съществен. Работата е в това, че разглеждането на въпроса за оценка на социалната ефективност и самото съдържание на това понятие е неотделима от конкретния анализ както на нормативно или идеологически зададените цели на обществено развитие, така и на потребностите (очаквания, интереси, идеали) на различните социални субекти.

Изглежда че за социалната ефективност не може да се мисли в категориите на абстрактно социално благо или само във вид на движение на социалната система към някаква пределно генерализирана цел на общественото развитие.

Социалният обект, а това е обектът на управление, към който се отнася понятието за социална ефективност, е достатъчно сложен по своята структура. Той обхваща цялата съвкупност от съществуващите в обществото социални връзки и отношения. Самите цели за социално управление неизбежно засягат цялото „пространство” на тези връзки и отношения, включвайки социалната система (социума) в цяло, социалните групи (общности) и отделните индивиди (личности). Изхождайки от това и ефективността от социалноуправленската дейност, следва да се мисли в съвкупната оценка за развитието на всички страни, аспекти и компоненти на социалната система.

Очевидно разгледаното по-горе съотнасяне на ефективната социална дейност с целите на обществения прогрес указва един от важните моменти на социална връзка и взаимозависимост между общосистемните, социално-груповите и индивидуално-личностните измерения на социалната активност, съвкупния и като правило дълготраен характер на нейното проявление.

Разглеждайки въпроса за социално-икономическата ефективност от целевите комплексни програми, се констатира, че „основното назначение на разчета и оценката на социалната ефективност в рамките на програмно-целевия метод е обоснование на приеманите планово-управленски решения“[19]. Отчитайки необходимостта от прогнозиране на социалните последствия от икономическите дейности, които са длъжни да бъдат разчетени в общата оценка на тяхната ефективност, редица автори отбелязват, че за това „трябва да се разкрият устойчивите количествени или (макар и

[19] Терзиев, В. Въздействие на политиките на пазара на труда за осигуряване на заетост. Издателство „Дема Прес - Русе“, 2013.

поредни) зависимости между производствено-техническите и социалните изменения, между характеристиките на набелязваните мероприятия и показатели, отразяващи съответстващите целеви нормативи“[2021].

Някои автори свързват социалната ефективност на икономиката с проблема за ефективността. В икономиката и социологията дискусионен се явява даже въпросът за правомерността на това понятие като „социална ефективност“ (за разлика от повече или по-малко ясният икономически максимум продукция при минимум разходи).

Тези учени, които считат това понятие за правомерно, се опитват да му дадат по-конкретно определение. В частност, критерият за социална ефективност е степента за решаване на назрели социални проблеми при минимални срокове и минимални разходи за обществото. Посоченото определение носи дискусионен характер, защото разработката на критерий за оптималност в социалната сфера значително би придвижила по-напред и разбирането на критерия за социална ефективност, каквато и окончателна формулировка да получи това понятие[2223].

Постановката на въпроса за оптималност на социалната дейност като интегрален критерий за нейната ефективност е перспективна именно поради сложността на всеки социален обект, неговата зависимост от множество променливи, а също така и от наличието на многовекторни вътрешносистемни противоречия.

Следва да вземем под внимание факта, че оптимизацията в математическата теория за оптималните процеси се нарича процесът на избор на по-добрия вариант от възможните, привеждане на системата, обекта, в най-доброто от възможните (оптимално) състояние, процес, в който се максимизира количествената характеристика на най-желателното свойство на обекта, и обратно, минимизира се най-нежелателното.

Въпросът за критериите за оптималност (оптимумът) се явява важен теоретичен резултат за оптимизацията на националната икономика. В най-общ вид критериите за оптималност в икономиката се определят като особени икономически и математически модели, изразяващи обществени нагласи. Казано по друг начин, те са особена разновидност на формализация на целите на икономическото развитие във вида на аналитична и в този смисъл априорно зададена функция.

Дискусионнен се явява и проблемът за съотношението на проблемите за оптималност и ефективност. Една група икономисти фактически ги отъждествяват, а

[20] Основы современного социального управления. М. 1999.
[21] Основы современного социального управления: теория и методология. М. 2000.
[22] Основы современного социального управления. М. 1999.
[23] Основы современного социального управления: теория и методология. М. 2000.

други се опитват да разделят тези понятия. Тук е необходима целенасочена изследователска работа. Засега е ясно едно: между критериите за оптималност и ефективност безусловно съществува най-тясна връзка, при това теоретическата отчетливост в даденото отношение позволява да се постигнат значителни успехи в обективната оценка на последствията от реализацията на плановете, програмите, проектите и решенията. Очевидно е, че например за социалната ефективност може да се мисли тясно прагматически, като за най-добър резултат в решаването на неотложен социален проблем. В рамките на широк социален подход се отчитат стратегическите и дългосрочните последствия от предприеманите мерки.

Между тези подходи могат да възникнат определени противоречия и разминавания. При тези условия задачата за достигане на съвкупна социална ефективност следва да се формулира преимуществено като задача по оптимизация на социалноуправленската дейност.

Социалната и икономическата ефективност има двуяко изражение. По отношение на всеки носител на определен вид труд тя се отнася като част от общия, непосредствено обществен труд. По отношение на продукта от всеки даден труд тя се проявява като качество или свойство, способно да задоволи повишаваща се потребност.

Икономическата ефективност отнася своите критерии за оценка на резултатите от труда към решаването на въпроса колко ни коства достигането на получения ефект за социалната активност, на кого и как служи този ефект. Изхождайки от това, може да се предположи, че за разлика от критерия за икономическа ефективност критерият, удостоверяващ социалната ефективност, не се осмисля само в рамките на дадената „затворена“ система на социалното действие, отколкото има зададен по външен начин нормативно-идеален характер. Това значително усложнява оценката за социалната ефективност на всеки институт за управление, доколкото го заставя да държи под внимание в своето поле „вътрешната среда” на неговата дейност, в рамките на което резултативността може коректно да се оценява и измерва. При това измерването е изключително с качеството на дадената социалноуправленска система, както и с „външната среда“, която не се намира в сферата на нейния контрол. Но въпреки това тя е задача от нормативни цели, от които се извежда интегралната оценка за социална ефективност.

Целесъобразно е да се подчертаят различието и взаимовръзката между категориите „ефективност“ и „качество“. Критерий за ефективност е съотношението разходи - резултат, а критерий за качество - съотношението между ефекта и целите,

целите и средствата за тяхното достигане. Израз на принципа за ефективност е по-малко разходи, по-голям резултат. Проявлението на принципа за качество е най-висока степен за достигане на целта при рационално и оптимално използване на наличните средства. Очевидно е, че при такова разглеждане на принципа за социална ефективност същата се приема от позициите на качеството на социалната дейност, а не като съотношение „разходи - ефекти“.

От гледна точка на пространствените мащаби на въздействието се оценяват последствията за страната, региона, областта, общината, териториалната единица - населението на обекта за въздействие или конкретната целева група от бенефициенти.

Под социално въздействие в тесния смисъл на думата се разбира влиянието върху заетостта, създаването на нови работни места, на образованието и обучението, самообразованието, на здравето и качеството на живот, на общуването в социалните групи и между тях, на социалната сплотеност и социална сегрегация в рамките на локалната териториална общност.

В този случай задачата се състои в това да се отговори на въпросите кой печели и губи, ако предполагаемото действие се проведе, в какво се изразяват и как се разпределят социалните разходи и ползи.

За да дадем оценка на социалния ефект от управленските решения, е необходимо да разполагаме с критерии, които да ни позволят да причислим социалните последствия към благата или разходите. С други думи, се предполага наличието на определени еталони и ценностни ориентири.

Фактически процедурата завършва с определяне на това, което някои автори наричат „целева“ и „потребностна“ ефективност, т.е. ефективност, разбирана в нормативно идеално измерение.

Посоченият опит позволява да осъзнаем редица прости истини, без отчитането на които не може да се пристъпи към създаване на социално значими програми и проекти, а именно:

- преди да се пристъпи към изпълнението на всяко управленско решение, е необходимо да се оцени неговият социален смисъл, а значи и неговата целесъобразност;
- доколкото универсални критерии за социална ефективност няма, всяко конкретно управленско решение трябва да бъде съпровождано от обосноваване на очаквания от него социален ефект и определяни критерии за неговата оценка;

- тълкуването на социалния ефект зависи от мащаба на управленското решение, от нивото на разглеждане на субектите, изпитващи въздействието на нововъведението, от мотивите и преследваните цели, а също така и от времевия интервал, в течение на който се очаква да се получи очакваният резултат;
- важно е да се различават социалният ефект в широкия и тесен смисъл на думата, отчитайки, че между тях съществува зависимост. Обосноваването на управленските решения се повишава, ако представата за социален ефект носи комплексен характер и включва в себе си и икономически, социални, психологически, социокултурни и други значими последствия;
- оценявайки предполагаемия социален ефект, е необходимо да се ориентираме спрямо определени ценностни еталони, позволяващи обмислено да съдим за социалната „стойност“, за социалната „приемственост на решенията”. Такава оценка е възможна само в случай на сравняване на социалния ефект от очакваното от няколко алтернативни решения.

Проблемът за социалната ефективност на управлението активно започва да се изследва в края на шестдесетте и началото на седемдесетте години на миналия век. Преди това е свързано с развитието на теорията за социалното управление, която поставя въпроса не само за икономическия, но и за социалния ефект от управленската дейност. Въпросът за ефективността на системата за управление като ефективност от дейността на субекта на управление или управляващата подсистема е необходимо да се фокусира върху следните въпроси: Какъв е приносът на системата за управление в решаването на тези или онези социално значими задачи? Какво е нейното участие в достигането на целите, стоящи пред конкретната организация?

Първичен критерий се явява степента на въздействие на управляваната подсистема. Но доколкото системата за управление е относително самостоятелна и функционира като цялостен комплекс, може и трябва да се определи още една група критерии. Тя се формулира на основата на първичния критерий и дава отговор на въпросите, свързани с вътрешното състояние на системата за управление, с нейната способност да действа с все по-нарастваща степен на ефективност.

Наред с оценката за ефективността на системата за управление в общия аспект, може и следва да се определи ефективността на основните компоненти на управлението - функциите, функционалните структури, технологиите.

Ефективността може да се разглежда не само като явление от икономическата сфера. Нещо повече, тя се явява относително самостоятелен социален феномен. В

неговата основа е разглеждането на многостепенната структура от елементите, ценностните критерии и показатели. В тях се фиксира резултативността от социалните програми и мероприятия, дейността на различните групи население, социалните последствия от реализацията на икономическите, научните и технически проекти. Показателите за социална ефективност се разглеждат като инструменти за оценка на реализацията на интересите и потребностите на обществото, държавата, колектива и личността.

Ефективността като социален феномен се явява във вида на качествено-количествената характеристика за максимално развитие на човешките ресурси, форми на социална жизнедеятелност и управление на обществото при отчитане на минималните социални, политически, икономически и нравствени разходи. Този подход ни позволява да разглеждаме социалната ефективност като универсален подход за изразяване степента за резултативност на позитивното и негативното функциониране в развитието на социалните институти и процеси. При това широко разбираният принцип за социална ефективност излиза извън пределите на даденото съотношение, доколкото отчита и интегрира още няколко най-важни измерения на ефективността от социалната дейност. Става дума за нейната ориентираност за достигане на обществено значими, нормативно зададени цели за развитие на обекта за социално управление, оценката за последователността и реалната степен за приближение до търсения обществен интерес в порядъка на „саморазвитие“ на системата, ориентацията спрямо качеството на управленската дейност. Тези аспекти за измерване на социалната ефективност следва закономерно да намерят отражение в построяването на общия модел или принцип за социална ефективност.

Анализът на проблема за социалната ефективност показва, че в процеса на зараждане и развитие на науката той закономерно получава нужното внимание в контекста на различните системи за управление. В частност следва да се подчертае значимостта на този контекст по отношение на системата за държавно и местно управление на социалните сфери на обществото. Публичният характер на тези системи подразбира ограничаването им в своята дейност за социален ефект и детерминиращото му качество на социална ефективност в широкия диапазон на социални потребности и цели. Поради това социалната ефективност на държавната система за управление обективно изисква прилагането на полимодално многопараметров подход към нейното измерване. Съществена се явява и връзката на целия комплекс от социално и ефективно

държавно управление със социалната безопасност на страната като цяло, а също така и всеки регион и територия в тяхната самостоятелност.

При дефинирането на комплексната оценка на ефективността на социалните програми (дейност), е целесъобразно да отбележим следното:

- оценката на ефективността на социалните програми следва да се разглежда в разреза на количествените и качествените показатели: количественият показател се изразява в натурален обем социални блага, а също така и в материалните разходи за тяхното получаване, а качественият показател или критерий се отразява във вътрешните механизми на постигането на дадения резултат, качеството на организационната и управленческа система, системните норми и ценности, нормите на правото, на чиято основа дейността в дадената социална система се счита за ефективна или не;
- при оценката на програмите трябва да се отчита и тяхната икономическа и социална ефективност. Икономическата ефективност се изразява в това, че реализацията на социалната програма сама по себе си е длъжна да стане катализатор за ефективно икономическо развитие. Средствата, изразходвани от обществото за удовлетворяване на социалните потребности, накрая трябва да се върнат във вид на повишена социална и трудова активност;
- степента за достигане на социалната ефективност се определя от позицията на движение към обществено значимата цел, която съдържателно се разкрива като състояние на максимално пълна реализация на потребностите на човека и самореализация на неговите същностни сили, иначе казано, неговата личност, което се реализира преди всичко в създаване на достойни за човека условия за живот и развитие.

В случай на сложност или възможност от изчисляване на икономическата ефективност, тежест при оценката се явява оптималността в постигането на социалния ефект.

Поради крайната сложност при отчитането и оценката от стратегическите и дълговременните последствия от социалните мероприятия в рамките на широкия социален подход при определяне на социалната ефективност ние разглеждаме социалната ефективност от осъществяваните от държавата програми тясно практически. А това означава най-висока резултативност при решаване на конкретен социален проблем. Оценката на ефективността на социалните програми в дадения случай се свежда до задачата по оптимизация на социалната управленска дейност в процеса на решаване на конкретни социални програми чрез програмния подход. А това

повече от всякога изисква дефиниране на критериите за ефективност на социалните програми и на тази основа прилагане на подходящи оценъчни методики.

Една от най-сложните системи в социалната и културната сфера е тази на здравеопазването. Сложността произтича от многообразните форми на здравните структури, на финансиране и отношения - пазарни и непазарни, регулации и дерегулации, икономически и административни, етични и неетични.

Системата на здравеопазването предоставя професионални услуги, насочени към опазване, възстановяване и укрепване на здравето на населението, с което влияе върху човешкия капитал, върху количеството и качеството на работното и свободното време, необходимо за производство на други блага за развитие на човека.

Здравеопазването е сложна система, която включва в себе си дейности по управление, финансиране и предоставяне на здравни услуги, целящо подобряване на здравния статус на населението на страната. Съвременната здравна система се базира на принципите на солидарността, правото на избор и ефективност при изразходване на ресурсите на системата и по своята същност има както социални, така и икономически характеристики. Ролята на държавата в здравеопазването в повечето страни все още е първостепенна, въпреки че тенденциите в света са към все по-голямо либерализиране на пазара на здравни услуги и въвеждане на конкуренция.

Обект на изследването е пенсионно-осигорителната система и в частност: здравноосигурителната система в страната като елемент от системата за социална защита на населението.

Предмет на изследванията в монографичният труд са взаимовръзките и взамозависимостите между здравноосигурителната система и социалната защита, здравеопазването и социалните и икономически проблеми на обществото, както и теоретично изследване на ефективността на този процес.

Основната цел на монографичният труд е да се анализира състоянието и подкрепящите структури на социалното и здравното осигуряване в България и да се предложат ефективни модели за изграждане на капацитет, които на по-късен етап да се апробират и предложат за прилагането им в България.

ГЛАВА ПЪРВА. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА И ИСТОРИЧЕСКО РАЗВИТИЕ НА ОСИГУРИТЕЛНИТЕ СИСТЕМИ И СОЦИАЛНАТА ЗАЩИТА

1.1. Теоретични основи и модели на осигурителните системи

Множество изследователи споделят схващането, че в социалното осигуряване съществуват два основни принципни модела: модел на Бисмарк и модел на Беверидж.

С модела на Бисмарк, наречен така поради факта, че е въведен по време на управлението на Германия от Ото фон Бисмарк, се въвежда на практика задължително осигуряване на предварително определена съвкупност от лица срещу настъпване на рисковете на труда. Източниците на средства за формирането на осигурителния фонд са приходи от вноски от осигурените лица, държавата и работодателите, а изплащането на средства от този фонд се осъществявало по начини, заимствани от съществуващите договорни уредби. Солидарността на професионален принцип и обвързването на обезщетенията с осигурителния принос създават възможност за запазване в голяма степен на жизнения стандарт след пенсиониране на равнище, на което той е бил преди това. Именно Бисмарк приема закон за задължителното здравно осигуряване, съгласно който всички работници със заплащане под минимално установеното да бъдат осигурявани срещу здравни рискове чрез внасяне на вноски от работодателите и от тях самите в специален фонд.

Моделът „Бевъридж“, наречен на името на създателя си лорд Уилям Бевъридж, въз основа на който се изгражда осигуряването в Англия през 40-те години на миналия век, се предхожда от възприемането на пенсиите за възраст поради значителното влияние на класическия либерализъм в Англия в края на XIXв. Постепенното акцентиране върху социалните функции на държавата с течение на времето прави възможно прилагането на модел, характеризиращ се с национална солидарност, държавно управление, централизация, приходи от държавни трансфери и изплащане на еднакви обезщетения, независими от трудовото възнаграждение. Този модел съдържа обществен елемент, като същевременно дава възможност за участие в допълнително доброволно осигуряване[24].

На основата на тези класически модели в практиката се налагат следните пенсионните модели:

[24] Данева, Иванка. Инвестиционна политика на пенсионните и здравноосигурителните фондове. Издателство ВУЗФ, С., 2010.

- капиталопокриващ;
- разходнопокриващ;
- смесен.

Според Петко Салчев и Лидия Георгиева тези модели имат различни модификации и се прилагат по многообразни начини в съществуващите пенсионни системи[25].

Капиталопокриващият пенсионен модел е близък до частните застрахователни системи като форма и начин на функциониране. При него човек акумулира капитал под формата на индивидуални спестовно-осигурителни вноски в лична сметка и при настъпване на определена възраст, той получава пенсия във вид на доживотен анюитет. Сметките се управляват от частни пенсионни компании, които се конкурират по между си. Тези компании функционират до голяма степен като взаимни фондове, защото инвестират натрупания капитал в ценни книжа на фондовите пазари. Капиталовият модел предполага, работещите да заделят средства от трудовото си възнаграждение, които вместо да се изплащат като пенсии на неработещите, се инвестират в инвестиционни инструменти. При настъпване на нетрудоспособност, осигуряващото се лице получава направените вноски заедно с реализирания доход от инвестициите. Както бе обяснено по-горе индивидът докато е млад работи и може да заделя средства, които се инвестират (или се спестяват под формата на пари), а когато изпадне в нетрудоспособност ползва инвестициите и спестяванията.

Разходнопокриващият пенсионен модел е преди всичко социално ориентиран, при който пенсионерите получават пенсии от обществени осигурители (държавата). Средствата за пенсиите са на базата на трудовите доходи на хората в трудоспособна възраст под формата на пенсионно-осигурително вноски. Срещу тези вноски те получават обещание (сигурност) за получаване на пенсия, когато встъпят в пенсионна възраст.

Смесените пенсионни модели включват елементи от двата основни модела: разходно-покривен и капиталов. На базата на това са създадени двустълбов и тристълбов модел. При двустълбовия модел основен елемент (първи стълб) е разходно-покривната система, а вторият е капиталовата система, като тя има задължителен характер. Вторият стълб на този тип системи съдържа различни типове осигуряване на капиталов принцип. При тристълбовия основен елемент е разходно-покривната система, а другите два стълба (единия задължителен, а другия доброволен) са базирани

[25] Салчев, Петко, Лидия Георгиева, Принципи и практики в здравното и пенсионно осигуряване. Оптима-НМН, С., 2008.

на капиталовата система. Третият стълб доброволното пенсионно осигуряване с лични вноски или вноски от работодателя.

На основата на тези три модела Иванка Денева разглежда разнообразни пенсионни системи[26]. В своето изследваня тя разглежда пенсионната система като задължителна и доброволна. Законовата уредба в повечето случаи включва две задължителни сфери (с преразпределителна и осигурителна част) и доброволна част. Преразпределителният компонент е предназначен да осигури някакво абсолютно равнище на минимален жизнен стандарт. Осигурителните компоненти са създадени за да се постигне целеви стандарт на живот при пенсиониране, равнището на който се базира на жизнен стандарт през годините преди пенсиониране.

Националните пенсионни системи са типично представени чрез многостълбова структура с източници на пенсионен доход, произлизащ от държавата, от спестявания на работодателя и/или на индивида под формата на вноски в пенсионната система.

В основата на модела на Световната банка, намерил практическо приложение в в много страни от Латинска Америка и Централна и Югоизточна Европа, са т.нар. три колони (три стълба). Тя описва първия стълб като „необвързана с вноските държавна пенсия“, втория сълб като „задължителни вноски“ и третия стълб като „доброволни вноски“.

Първия стълб съставлява управляваните от държавата фондове за публични пенсии, които са част от социалноосигурителната система. По принцип той цели да осигури минимален доход, базиран на солидарността и се финансира на преразпределителен принципбез конструиране на големи резерви. Този стълб може да бъде от своя страна: с базисни пенсионни схеми; отделни целенасочени програми за пенсионен доход; минимални пенсии в рамките на плановете, свързани с доходите; социално подпомагане. Системата на социално осигуряване е конституирано първо защото трябва да осигурява покритие за възраст и е базирано на условията за солидарност, общо управление и следователно на преразпределителна база, която означава, че резервите не е необходимо да бъдат пропорционални на бъдещите задължения. Солидарността неможе да се прилага без граница, но е нормално да се прилага определено преразпределение от най-богатите към най-бедните. На дадени горни граници обаче солидарността трябва да бъде ограничена и да се използва подход, който е близо до капитализацията.

[26] Данева, Иванка. Частните пенсии неизбежна алтернатива. Списание „Диалог“ , бр. 4, 2008.

Вторият стълб в почти всички страни с допълнителни пенсии се наричат обикновено професионални пенсионни схеми (с нарастваща капитализация, организирани според работното място) и се прилагат под различна форма в отделните страни. В повечето случаи това са допълнителните пенсии, осигурявани на трудовия колектив чрез фирмите, като те могат да се управляват от самите фирми или от други институции. Той цели да осигури бъдещ приход, допълващ този от първи стълб, и по този начин да се постигне достатъчен коефициент на заместване на прихода от получените доходи.

Този стълб се изгражда на база на дефинирани пенсии и на база на дефинирани вноски. В повечето страни съществува този стълб, като по-голяма тежест се дава на схемите с дефинирани пенсии. При схемите с дефинирани пенсии сумата на получените пенсии зависи от броя на годините, в които са правени вноски и индивидуалните трудови доходи по време на трудовия стаж. По-приложими измежду страните в Латинска Америка, Карибите, Източна Европа и Централна Азия са схемите с дефинирани вноски. При тях всеки работещ има индивидуална сметка, в която се натрупват вноските и се инвестират, и така натрупаният капитал обикновено се конвертира в пенсионен доход при пенсиониране; рядко се позволява еднократно изтегляне на натрупаните средства. Обичайно капитала се използва за купуване на анюитет (пожизнено гарантирано пенсионно плащане) при определени условия като индексация на пенсиите, права на наследниците и др.

Трета разновидност на пенсионните схеми от втори стълб са точковите системи, при които работниците получават пенсионни точки базирани на техните индивидуални трудови доходи за всяка година на внасяне на вноски. При пенсиониране сумата на пенсионните точки се умножава по стойността на една пенсионна точка за да се конвертира в регулярно пенсионно плащане. Тази форма на втория стълб се прилага в Хърватия, Естония, Германия, Норвегия и Словакия.

Четвърта форма на схеми от втори стълб, прилагани в Италия, Латвия, Полша и Швеция са „условните (фиктивни) сметки“. Всеки работещ си има фиктивна сметка, по която се акумулират осигурителните вноски за целия трудов живот. Сумата по сметките се индексира с т.н. курс на възвращаемост, който може да зависи или от номиналния ръст в заплатите или от ръста на брутния вътрешен продукт. При навлизане в пенсионна възраст набраните средства по фиктивната сметка се превръщат в анюитети, които пък зависят от продължителността на живота на поколението към което принадлежи пенсиониращия се. Чрез тези персонални фиктивни сметки се цели

да се създаде връзка между получаваната пенсия и правените осигурителни вноски през трудовия живот[27].

Схемата „определени кредити“ има повече елементи на дефинирани пенсии отколкото на дефинирани вноски. Задължителните вноски в професионални планове в Швейцария изглеждат като планове с дефинирани вноски, тъй като индивидите и техните работодатели трябва да внесат определено равнище на вноски (в %) които са зависими от възрастта. Правителството установява минимална възвръщаемост, която схемата трябва да плаща и задължителна анюитетна възвръщаемост, в съответствие с която акумулираните средства се конвертират в поток от пенсионни плащания.

Третия стълб се състои от частни спестовни планове и продукти за индивиди, често с данъчни преференции. Средствата се заделят от индивидите и/или работодателите за старини. Това са персонални спестявания, които трябва да се разграничат от „направените поради предпазливост“ спестявания за близко бъдеще. Формата, под която се организират тези пенсионни схеми, може да бъде като индивидуални пенсионни схеми и в доброволни пенсионни фондове.

1.1.1. Видове пенсионно спестяване

В анализа си Йордан Христосков разглежда формите, чрез които може да се натрупват на спестявания за бъдеща пенсия: спестявания в корпоративни пенсионни фондове - тръстове, фондации или сдружения, счетоводни резерви; спестявания в специално създадени независими (отворени) пенсионни фондове; натрупвания в спестовни фондове, осигуряващи най-често еднократна сума при пенсиониране; спестявания във финансови институции от общ вид - банки, застрахователни дружества, взаимни фондове и инвестиционни фондове.[28] Ст. Димитров предлага и алтернативни форми на спестяване и инвестиране за бъдеща пенсия[29].

Корпоративните пенсионни фондове са силно развити в Западна Европа, САЩ, Канада и Австралия. Важно условие в развитието на корпоративните пенсионни схеми е отделянето на пенсионния фонд от корпоративния капитал, от фирмата на работодателя. Най-често се предлагат следните видове пенсионни схеми (планове):

- **Индивидуални пенсионни планове:** независими фондове, организирани от отделните работодатели само за техните работници;

[27] Салчев, Петко, Лидия Георгиева, Принципи и практики в здравното и пенсионно осигуряване. ОптимаНМН, С., 2008.
[28] Христосков, Йордан. Реформите в социалното осигуряване. Издателство на ВУЗФ, С., 2010.
[29] Димитров, Станислав. Организация и управление на пенсионноосигурително дружество. Издателство „Св. Григорий Богослов“, С., 2012.

- **Мултиработодателски пенсионни планове:** фондове, организирани от повече от един работодател за работници от даден отрасъл, регион и т.н.;
- **План с пенсионни откупки:** финансира се главно с вноски на работодателя. При пенсиониране средствата са натрупани в сметка на работника и се използват за закупуване на пожизнен анюитет;
- **Спестовен пенсионен план:** финансира се главно с вноски на работниците. Работодателите също могат да спонсорират плана с вноски, в зависимост от стажа на работника;
- **План с отсрочени дивиденти:** вноските са свързани с печалбата на компанията или се правят по решение на работодателя. Те могат да се обединят и в спестовен план;
- **План с натрупване на бонуси:** вноските на работодателя и работника се натрупват в доверителен фонд;
- **План от работническото участие в собствеността:** финансират се от работодателя и се инвестират в акции на компанията. Акциите се разпределят по сметки на работниците по специална формула.

Независимите (отворените) пенсионни фондове са развити най-напред в Латинска Америка, а впоследствие и в Швеция и в страните от Централна и Източна Европа. При тях изборът се прави от работника, служителя или самонаетия. Този тип пенсионни фондове са отворени за всички, които упражняват икономическа дейност и искат да натрупват пенсионни спестявания. Реално при този вид организация на пенсионните натрупвания действат две отделни юридически лица- пенсионният фонд, в който се съхраняват пенсионните активи в отделни сметки (партиди) и управляващото дружество, което на практика извършва инвестирането на активите на фонда. Рискът от инвестирането в независимите пенсионни фондове се поема главно от осигуреното лице и поради тази причина е важно да се спазва принципът на индивидуалния избор и възможността за смяна на фонда при неудовлетвореност от постигнатата доходност или от качеството на предлаганите услуги. Отворените пенсионни фондове могат да бъдат организирани на задължителен и доброволен принцип. Функционалният модел на отворените пенсионни фондове има следния вид:

Фондовете, осигуряващи еднократна сума при навършване на определена възраст и напускане на работа поради старост или поради инвалидност са разпространени в развиващите се страни, най-вече в Азия и Африка. Тези предпазни фондове обикновено са задължителни и се базират на осигурителни вноски, които

работодателите начисляват върху заплатите на работниците. Активите на фондовете се инвестират в нискорискови инструменти, а самите фондове са под силен държавен контрол с цел избягване на измами. Основната цел е да се осигури една еднократна сума, която работникът да получи при уволнение поради старост или инвалидност. Едновременно с това обаче, много често фондовете от този тип позволяват предварително теглене на суми за различни цели- женитба, безработица, лечение и други подобни. В някои страни със средствата, натрупани в предпазните фондове, се изграждат жилища или се решават важни инфраструктурни проблеми на кварталите, в които живеят осигурените във фонда работници. Независимо, че еднократно изплатената сума може да бъде голяма, тези предпазни фондове не осигуряват защита брещу инфлацията и защита на наследниците на починал пенсионер. Извън протекцията на фондовете за еднократни обезщетения са и работещите в неформалната икономика.

Пенсионни спестявания във финансови институции от общ вид - банки, застрахователни дружества, взаимни фондове, инвестиционни фондове - обикновено се извършват по силата на личен избор и индивидуална предвидливост. Тези институции се занимават най-вече със съхранение и инвестиране на пенсионните спестявания, но не и с отпускане и изплащане на пенсиите. С натрупаните средства при настъпване на старостта се закупува пожизнен анюитет от застрахователна компания. В някои страни животозастрахователните компании предлагат така наречените рентни пенсии чрез еднократни откупки. Търговските банки също предлагат дългосрочни преференциални депозити с цел спестяване за пенсия, която се получава чрез последващо програмирано теглене на суми от банковата сметка.

Конкурентоспособността на алтернативните форми на използване на разполагаемия доход в голяма степен зависи от държавната гаранция по тях, режима на данъчно облагане и от ползите за клиента. Към тези форми се отнасят: спестяване в банков депозит; инвестиране в колективни инвестиционни схеми; пряко инвестиране в ценни книжа; инвестиране в недвижими имоти; закупуване на застраховка „Живот“; участие в доброволно здравно осигуряване; предоставянето на ваучери за храна и стоки от работодатели в полза на техни работници и служители; потребление на стоки и услуги. Банковият депозит намира най-силно развитие сред алтернативните форми за инвестиране и спестяване. Много силен фактор за повишаване доверието в банковия депозит е размера на гарантираната сума по на влоговете в банките. Инвестирането в договорен фонд, инвестиционно дружество и акционерно дружество със специална

инвестиционна цел е свързано с цените на акциите на фондовите борси и благоприятния данъчен режим. Печалбата от покупка и последваща продажба на акции от инвестиционни дружества и на дялове на договорни фондове е освободена от данъци. През последните години значително развитие получи дейността по предоставяне на ваучери за храна от работодателите. Тази дейност се ползва с благоприятен режим на данъчно облагане и задължително осигуряване. Втора предпоставка е намаляване на преките разходи за труд вследствие намалението на размера на задължителните осигурителни вноски и корпоративния подоходен данък.

От направения преглед на достъпната литература е видно, че основни участници в пенсионното спестяване са пенсионните фондове. В практиката са познати различни класификации на пенсионните фондове в зависимост от прилаганите критерии (признаци). Подробна класификация на пенсионните фондове е направена от Й. Христосков[30] и Ст. Димитров[31].

Йордан Христосков класифицира пенсионните фондове в зависимост от следните критерии [32]:

- според достъпа до тях;
- според финансовата организация;
- според организацията на инвестиционния портфейл.

Според достъпа до тях пенсионните фондове се делят на:

Затворени пенсионни фондове, които са за работници и служители на даден работодател или група работодатели, за работници от определена професионална група, от даден отрасъл, регион и други. По правило професионалните (корпоративните) пенсионни фондове са затворени фондове. Инициативата за учредяване на затворени пенсионни фондова идва от работодателя, а условията за участие на работниците и служителите се уреждат в колективен трудов договор или споразумение;

Отворени пенсионни фондове, в които по свой личен избор участват работници, служители, самонаети, имат универсален тип. Инициативата за учредяване на отворените фондове като небанкови финансови институции идва от бизнеса, а условията за участие се уреждат в правилниците на фондовете, както и от осигурителните договори между фонда и неговите членове. Отворените фондове от

[30] Христосков, Йордан. Реформите в социалното осигуряване. Издателство на ВУЗФ, С., 2010.
[31] Димитров, Станислав. Организация и управление на пенсионноосигурително дружество. Издателство „Св. Григорий Богослов“, С., 2012.
[32] Христосков, Йордан. Реформите в социалното осигуряване. Издателство на ВУЗФ, С., 2010.

задължителен тип се учредяват от частни икономически субекти, по ред и начин, уредени със закон и под строгия контрол на държавата. Тук в най-голяма степен се осъществява публично-частното партньорство.

Според финансовата организация пенсионните фондове се подразделят на две големи групи:

Пенсионни фондове с дефинирани пенсии, при които пенсията е определена предварително с осигурителния договор. Тя се изчислява по специална формула, свързана със заплатата на работника преди пенсионирането му. Бъдещите задължения на пенсионните фондове с дефинирани пенсии се определят чрез статистически актюерски разчети като дискон-тирани разходи (настояща стойност на бъдещите пенсионни задължения). Рейтингът на фондовете с дефинирани вноски е подобен на класическия дългов рейтинг, като основен критерий тук е способността на пенсионния фонд своевременно да покрива всички възникнали задължения. Рисковете при този вид фондове са свързани с надживяването (longevity risk) и инвестиционен риск за осигурителната институция и ранна смърт за осигурения. От значение е и техническият лихвен процент, който ще определи актюерът на фонда. Според начина на финансиране на пенсионния план, пенсионните фондове с дефинирани пенсии се разделят на:

Фонд с напълно финансиран план (премийно покривен фонд): активите на пенсионния фонд са равни или по-големи от настоящата стойност на всички бъдещи задължения;

Фонд с частично (непълно) финансиран пенсионен план (пенсионно покривен фонд): активите на пенсионния фонд са по-малки от настоящата стойност на бъдещите задължения. Това означава, че при прекратяване дейността на фонда те не са достатъчни да покрият всички настоящи и бъдещи дефинирани пенсии, когато те станат дължими.

Пенсионни фондове с дефинирани вноски, при които задължението към осигурените лица се определя от размера на натрупаните средства в индивидуалната им партида (вноски плюс реализирани доходи от капитализация). Рейтингът на този вид пенсионни фондове се определя от успехите им в инвестиционната политика и качеството на административните услуги за осигурените лица. През периода на натрупване рисковете при пенсионните фондове с дефинирани вноски са изцяло за сметка на осигурения. Размерът на вноската, плащана от работодателя, работника или самонаетия, се определя предварително с осигурителния договор.

Според организацията на инвестиционния портфейл пенсионните фондове могат да бъдат:

Пенсионни фондове с общо портфолио: всички активи на пенсионния фонд са в единно портфолио. Обикновено портфейлът на такъв фонд е диверсифициран чрез инвестиране в различни инструменти - рискови, умерено рискови и консервативни. Самите активи се оценяват ежедневно или на друг период от време и осигурените лица разбират за размера на наличните средства в своята партида чрез директна оценка в пари, или косвено чрез броя на притежаваните пенсионни дялове и стойността на един пенсионен дял.

Пенсионни фондове със сегментирано портфолио (мултифондове): активите на пенсионния фонд са сегментирани в няколко подфонда с различен профил - рисков, умерено рисков, умерен (балансиран), консервативен, силно консервативен и т.н. Всеки осигурен избира един или няколко от възможните сегменти и разпределя наличните средства в партидата си, както и новопостъпващите вноски в този (или тези) сегменти. Обикновено по-младите участници в капиталовото пенсионно осигуряване избират рисковия сегмент, защото натрупаните средства в партидата им са малко и те имат пред себе си дълъг хоризонт за натрупване в случай на неблагополучен избор. Обратно, по-възрастните осигурени в капиталов фонд предпочитат консервативните портфейли, защото са натрупали големи суми в индивидуалните си сметки. Те избягват риска поради предстоящото пенсиониране.

Пенсионни фондове с индивидуално портфолио: тук всеки осигурен сам избира в какви инструменти да бъдат инвестирани неговите активи. Той сам дава нареждания за продажба или покупка на едни или други ценни книжа и сам носи отговорност и поема риска от тези инвестиции. За функционирането на такива фондове е необходима много добре развита информационна и комуникационна инфраструктура, защото осигуреният трябва да бъде в състояние да даде своите нареждания по всяко време и от всяка точка на земното кълбо. Притежаването на изключително висока инвестиционна култура е задължителна за участие в такъв пенсионен фонд.

Адриана Младенова класифицира пенсионните фондове като публични и частни пенсионни фондове[33]. Според нея общото между публичните и частни пенсионни фондове е, че и двата вида акумулират средства, които служат за изплащане на пенсии и действат на капиталов принцип. Целта им е да осигурят под една или друга форма пенсиите на бъдещото поколение. Основната разлика между тях е собствеността на

[33] Младенова, Адриана, Анализ на публичните пенсионни фондове по света. Институт за пазарна икономика, 2008, стр. 3-8.

средствата - при частните фондове собствеността на средствата е на бенефициентите и те имат правото да се разпореждат с тях при предварително зададени правила, докато собствеността на средствата на държавните пенсионни фондове е на публичната институция, която ги администрира - било то социално-осигурителния институт или правителството. По този начин държавните фондове са зависими в по-голяма степен от политически решения и влияние.

При частните пенсионни фондове собствеността на средствата остава в ръцете на работещите и те имат стимули да плащат пълния размер на вноските си и да не крият доходите си. Управляването на средствата от частния сектор намалява политическия риск, който съществува при държавното социално осигуряване. В същото време струпването на средства в ръцете на държавата крие опасност от привличане на интереси на определени групи, опити за преразпределение на ресурси от богати към бедни или към политически по-силни и организирани групи, поява на ограничения - напр. да не се инвестира в компании от тютюневата индустрия и т.н. Частният сектор, при наличието на конкуренция и свобода на договарянето, се характеризира с по-голяма иновативност в създаването на нови продукти и услуги.

Държавните капиталонатрупващи фондове (Sovereign Wealth Funds) акумулират активи, които се ръководят директно или индиректно от правителството. Натрупаните средства се използват за постигане на национални цели. Тези фондове могат да се финансират от:

- резерви от чуждестранни валути;
- продажба на природни богатства като нефт;
- общи данъчни приходи и други бюджетни приходи.

Потенциалните цели, които обуславят съществуването на тези фондове, могат да бъдат различни: например, получаване на по-голяма доходност върху държавните резерви, осигуряване на средства в бюджета, когато природните богатства се изчерпат или цената им спадне, осъществяване на политическите приоритети на правителствени програми и др. Често създаването на тези фондове има за цел да неутрализира негативните последици от бизнес циклите и икономическите флуктуации в резултат от промени в цените на природните богатства. Поради тази причина, средствата в тези фондове най-често се инвестират в чуждестранни активи.

Като своеобразна разновидност на тези фондове са така наречените публични пенсионни резервни фондове (Public Pension Reserve Funds) или сребърни фондове,

които имат за цел да финансират държавната пенсионна система, базирана на разходопокривен принцип. Те се групират в два вида:

- Фондове, които са собственост директно на правителството или така наречените Държавни пенсионни резервни фондове (Sovereign Pension Reserve Funds). Те не са част от социално-осигурителната система и се финансират чрез директни фискални трансфери от правителството. Целта им е да подпомогнат финансирането на пенсиите в даден бъдещ период. Повечето държави нямат право да теглят средства от тези фондове в продължение на няколко десетилетия;
- Фондове, които са собственост на социално-осигурителната система (Social Security Pension Funds). Стриктно погледнато, не всички пенсионни фондове от втория вид могат да бъдат класифицирани като държавни капиталонатрупващи фондове, защото някои от тях са легално независими от правителството и техните баланси не са интегрирани към системата от национални сметки. Тези фондове обикновено се финансират от остатъчни приходи от социални осигуровки, които плащат работещите и не се използват за изплащане на пенсии в текущата година. Възможно е тези приходи да идват и от държавния бюджет под формата на целеви трансфери към социално-осигурителната система. Тези фондове може да се ръководят от социално-осигурителния институт или от независим публичен орган.

Целта на публичните фондове е да предоставят частично покритие на задълбочаващия се дефицит на държавните разходопокривни пенсионни системи в условията на застаряващо население. В действителност, обаче, те не водят до трайно решение на проблемите на пенсионната система, а до временно изглаждане на негативните фискални последици от вътрешния дисбаланс на системата.

Във връзка с пенсионни фондове в литературата се срещат различни понятия като: капиталови фондове, капиталови схеми, фондове на капиталов принцип, осигуряване на капиталов принцип, частни пенсии, частни пенсионни планове, частни пенсионни фондове, допълнителни задължителни пенсионни фондове, доброволни пенсионни фондове, пенсионни фондове от втори стълб, пенсионни фондове от трети стълб, индивидуално финансирани пенсионни фондове, напълно финансирани планове, лични планове, работодателски планове, планове на основата на дефинираните вноски, планове на основата на дефинираните пенсии. Различията в определенията на тези понятия налага да се изясни тяхната същност.

Пенсионни фондове имат различни характеристики в зависимост от нормативната уредба, регулациите, пенсионните системи и практиката в съответните

страни. Има капиталови фондове със задължителност на участието и с доброволност на участието. Съществуват фондове, които се управляват от частни организации и фондове, управлявани от държавата. В някои страни пенсионните активи са част от баланса на спонсора на плана. При някои случаи пенсионните фондове не са отделни юридически лица от финансовата институция, която ги управлява. Класификация на частните пенсионни планове е извършена от Станислав Димитров[34].

1.1.2. Пенсионна схема, пенсионен план и пенсионен фонд

Често в литературата се използват трите понятия - пенсионна схема, пенсионен план и пенсионен фонд. Между трите съществуват известни разлики. Пенсионната схема се приема за по-общо понятие спрямо пенсионен план.

Пенсионната схема (pension scheme) е съвкупността от основните принципи и допускания за формирането на пенсионен план. Пример за пенсионна схема е осигуряването за доброволна пенсия с лични вноски на основата на предварително дефинираните вноски. В българското законодателство съществува определение на пенсионна схема (Кодекс за социално осигуряване, КСО). Според КСО пенсионна схема е конкретен финансов механизъм за определяне на пенсионни задължения и плащания, изчислени чрез статистически (актюерски) методи.

Пенсионните схеми могат да бъдат организирани в пенсионен фонд, но могат и да не бъдат институционално оформени във фонд. Пример е организацията на принципа на счетоводните резерви.

Пенсионният план (pension plan) е правно обвързваща договореност, която има за цел гарантиране на пенсионен доход (с цел данъчна изгода, с цел генериране на доход след излизане от работоспособна възраст или по силата на договорености за социални придобивки). Пенсионният план е конкретният разчет за осигуряването на дадено лице или група от лица. Към покриването на риска старост и изплащането на доход при пенсиониране, пенсионният план може да включва и изплащането на други плащания като: плащания при инвалидност, при заболяване и плащания на наследници.

Пенсионният фонд (pension fund) е съвкупността от активи, които имат за единствена цел финансиране на пенсионни плащания. Активите са закупени от вноски за пенсионни планове с единствената цел да се финансират пенсионни плащания. Членовете на пенсионния фонд имат гарантирани вземания от активите на фонда.

[34] Развитие на капиталовите пенсионни фондове (финансови аспекти, резултати, решения и перспективи за България). Издателство на ВФУЗ „Св. Григорий Богослов“, С., 2012, стр. 20-73.

Пенсионният фонд е структуриран като организация със специална цел (тръст, фондация, корпоративна структура) или юридически отделено лице, управлявано от специален посредник (управляваща компания, пенсионна компания, пенсионен администратор, пенсионно дружество, управляващо дружество) или от друга финансова институция, управляваща от името на членовете на фонда. Пенсионният фонд обикновено се управлява от финансови организации като осигурителна, застрахователна, банкова организация или дружество, занимаващо се професионално с управление на инвестиционни портфейли. Когато е юридическо лице, фондът може да бъде пасивен или активен. Разликата между двете е в наличието на самостоятелни управителни органи. Пенсионният фонд може да се управлява от държавна или частна институция.

1.1.3. Пенсионни схеми на дефинирани плащания и на дефинирани вноски

В зависимост от начина на финансиране на осигурителните плащания се разглеждат пенсионни схеми на дефинираните вноски и пенсионни схеми на дефинираните плащания.

Пенсионна схема на дефинираните (предварително определените) вноски (denned contributions, DC) е схема, по която спонсорът на плана заплаща определен размер осигурителни вноски, като няма задължение за заплащане на вноските за някакъв минимален, предварително определен период или до минимум достигане на предварително определена натрупана сума. Обикновено по тези схеми размерът на осигурителното плащане зависи от натрупаните средства или придобитите права на осигуреното лице. Натрупаните средства са в пряка зависимост от периода на осигуряване, размера на осигурителните вноски, размера на таксите в полза на администратора на плана, размера на разпределяния доход. Осигурителното плащане се уговаря в пенсионен договор, който се сключва при пенсиониране на лицето.

Пенсионна схема на дефинираните (предварително определените) плащания (defined benefits, DB) е схема, по която размерът на осигурителните плащания е предварително определен, т.е. още със сключване на осигурителния договор. Три са основните видове пенсионни схеми на дефинираните плащания: традиционни (traditional), смесени (mixed) и хибридни (hybrid).

При традиционната схема плащанията са обвързани със заплатата, осигурителния стаж на лицето в предприятието или други фактори.

Смесената схема включва два различни елементи на организация. Единият е основан на дефинираните плащания, а другият - на дефинираните вноски, но и двата са част от един и същи план.

При хибридната схема плащанията зависят от доходността, свързана с осигурителните вноски. Доходността може да бъде записана в пенсионния план, например като фиксирано число, обвързана с пазарен бенчмарк, обвързана с растежа на заплатата, ръста на печалбата на спонсора на плана и др. Тя може да бъде обвързана и с реалната доходност от управление на свързаните с този план активи.

1.1.4. Публични и частни пенсионни планове

Характерът на институцията, която управлява пенсионния план, е критерият за разграничаване на плановете на публични и частни.

Публичните пенсионни планове (public pension plans) са администрирани от обществен, държавен или общински орган. В повечето случаи публичните пенсионни планове функционират на основата на разходо-покривния принцип. В някои страни (Южна Корея, Норвегия, Швеция) елементи на публичната пенсионна система функционират на капиталов принцип.

Частни пенсионни планове (private pension plans) са администрирани от институция, различна от обществен, държавен или общински орган. Администратор на частен пенсионен план може да бъде работодател от частния сектор, частен пенсионен фонд или доставчик на услуги по пенсионно осигуряване, който е частна организация. Частните пенсионните планове могат да бъдат в допълнение или да заместват напълно публичните пенсионни планове. Често частните пенсионни планове се отнасят и за работници и служители от публичния сектор.

Тази дефиниция е консенсусна предвид обстоятелството, че терминът „частен" може да се отнесе към различни аспекти на един пенсионен план:

- **Членове:** пенсионен план за служители от частния сектор;
- **Управляваща институция:** пенсионен план, управляван от институция, различна от обществен, държавен или общински орган;
- **Контрол върху финансовите потоци:** пенсионен план, при който осигурителните вноски и осигурителните плащания, не са под контрола на правителството;
- **Инвестиционен режим:** пенсионен план, чиито активи се инвестират в ценни книжа от частния сектор;

- **Законодателство:** пенсионен план, който се регулира от частно търговско право;
- **Задължения:** пенсионен план, при който задължението за управление и/или определена гаранция се носи от частна институция (работодател, финансова компания, тръст, фондация и др.).

1.1.5. Професионални и лични пенсионни планове

В зависимост от водещата роля на спонсора на плана се разглеждат професионални и лични пенсионни планове.

Професионалните пенсионни планове (occupational pension plans) са планове, при които достъпът за членство е обвързан със заетостта или професионалната връзка между осигуреното лице и организацията-спонсор на плана. Професионалните пенсионни планове обикновено са инициирани от работодатели, групи от работодатели, асоциации на работодатели или браншови организации. Плановете се администрират пряко от спонсора на плана или от друго независимо юридическо лице.

При личните пенсионни планове (individual pension plans) водещ инициатор на осигуряването е самото осигурено лице. Осигуряването най-често се извършва чрез лични месечни вноски или еднократни вноски, заплащани на пенсионен администратор, който инвестира тези вноски от името на осигуреното лице. Под лични вноски се разбират вноските, които са за сметка на осигуреното лице, най-често част от неговия доход от труд.

Трябва да се прави разграничение между лични пенсионни планове и лични пенсии (personal pensions). Личните пенсии се свързват с титуляра по пенсионния план, т.е. осигуряването е предназначено за изплащане на лична пенсия на титуляра на плана. Личните пенсии се различават от наследствените, вдовишките, взаимните и семейните пенсии.

1.1.6. Капиталов и частен пенсионен фонд

Частният пенсионен фонд се управлява от институция, различна от обществен, държавен или общински орган. В същото време съществуват капиталови фондове, управлявани от обществен, държавен или общински орган. Всички частни фондове са организирани на капиталов принцип. Една от вероятните причини да няма частен фонд, организиран на разходо-покривен принцип, е липсата на значителен брой лица с високи

доходи, които доброволно да са съгласни да участват в солидарна схема. В този контекст капиталов фонд е по-широкото понятие от частен фонд.

Когато се употребява понятието „капиталов пенсионен фонд" обикновено се има предвид фонд, при който осигуряването се извършва на основата на натрупване на активи за финансирането на бъдещи осигурителни задължения. В това определение заслужава да се обърне внимание на „натрупване". Натрупването означава, че целенасочено се събират средства, с които да се финансират бъдещите плащания, а не сегашните плащания. Друга дефиниция на капиталов пенсионен фонд може да се изведе от определението на Йордан Христосков: „...юридическо лице, в което се натрупват осигурителните резерви при схемите с дефинирани плащания или се съхраняват в индивидуални партиди (сметки) средствата на осигурените лица". Тази дефиниция също акцентира на натрупването като важна характеристика на капиталовия фонд. Друго определение е фонд, в който персонализирано се натрупват средства, с цел да се осигурят обезщетения за старост, инвалидност или смърт. В това определение нюанс е „персонализирано". Обикновено капиталовите фондове отчитат или записват внесените осигурителни вноски от или в полза на всяко едно осигурено лице. В българското законодателство не се съдържа определение на понятието капиталов пенсионен фонд.

При капиталовия пенсионен фонд съществува едновременно действие на принципите на капитализация и индивидуализация. Натрупването на активи е свързано с капиталовия принцип.

Капиталовият принцип (capital principle) е принцип на осигуряване, при който средствата за пенсионно осигуряване се натрупват в индивидуална партида на осигуреното лице и са негова собственост. Натрупването не е задължително да се извършва по индивидуални партиди, за да има фондът характеристики на капиталов. Капитализация съществува и в публичните пенсионни системи. Размерът на пенсията се определя в зависимост от размера на натрупаните по партидата средства и в съответствие с общите правила (правилника) на съответния пенсионен фонд. На този принцип работят фондовете за допълнително пенсионно осигуряване в България.

Разходо-покривният принцип е принцип на осигуряване, при който вноските на осигурените лица постъпват в общ фонд и с тях се покриват разходите за изплащане на пенсиите на настоящите пенсионери. На този принцип работи пенсионното осигуряване в рамките на Държавното обществено осигуряване, което формира първия стълб на пенсионната система в България.

Принципът на индивидуализация се свързва с персонифициране на вноските, натрупаните средства, пенсионните активи и осигурителните права на осигурените лица. Индивидуализацията може да се извърши чрез поддържане на информация в индивидуални партиди на всяко осигурено лице. Тя може да се извършва и със записи на осигурителния принос на осигуреното лице - внесени осигурителни вноски, осигурителен доход, осигурителен стаж, виртуална доходност от управление на средствата.

Ето защо за капиталова схема (capital pension scheme) се приема схемата, при която договореностите за пенсии са гарантирани от фонд със заделени активи, инвестирани с цел посрещане на задълженията на схемата за плащането на доходи в момента, в който те настъпят.

Капитализацията в солидарната система се свързва с формирането на резерви в солидарната система, създавани с цел финансиране на системата при демографско стареене на населението или пък масово излизане в пенсия на големи възрастови кохорти. Друга форма на частична капитализация са схемите на условно дефинираните вноски (notional denned contribution, non-financial denned contribution, NDC). При тях в публичната система се създава виртуална партида, виртуално осигурително досие, по което се записват постъпилите вноски в полза на осигурения. Към осигурителните вноски се разпределя и виртуална доходност. Пенсията е обвързана с осигурителния принос на лицето, но не зависи единствено и изцяло от натрупаните средства по тази виртуална индивидуална партида. При тези схеми се преодолява рискът от обезценка на натрупаните суми при финансови кризи. Едновременно с това е налице личен интерес, тъй като пенсията в известна степен зависи от индивидуалните виртуални пари на осигуреното лице. Такива схеми са въведени в Швеция, Италия, Полша, Латвия, Монголия и Киргистан.

1.1.7. Основни характеристики на пенсионните фондове

Станислав Димитров[35] обобщава основните характеристики на капиталовите пенсионни фондове както следва:

Фондова организация. Вноските се натрупват или отчитат в специален пенсионен фонд. Фондът може да е юридически и счетоводно отделен от администратора, който го управлява.

[35] Развитие на капиталовите пенсионни фондове (финансови аспекти, резултати, решения и перспективи за България). Издателство на ВФУЗ „Св. Григорий Богослов“, С., 2012, стр. 27-29.

Законодателно регламентиране на дейността. Дейността е законодателно регламентирана, тъй като засяга интересите на много големи групи от населението на дадена държава. Част от тези групи нямат висока осигурителна или финансова култура. В отношенията между осигурените лица и администратора на пенсионния фонд възниква неравнопоставеност (асиметричност) в притежаваната информация и знанията относно продуктите и процесите. Асиметричността на информацията може да бъде в ущърб на осигурените лица и от полза за управляващите пенсионните активи. Това е една от причините за необходимостта от комплекс от мерки за защита интересите на осигурените лица. Една от тези мерки е детайлна уредба на дейността на пенсионните фондове. Където съществува задължителен характер на осигуряването, се налага по-подробно регламентиране на дейността.

Индивидуализация на активите на фонда. Това е една от много съществените отличителни характеристики спрямо разходо-покрив-ните системи. Наличието на личен интерес при осигуряването налага персонификация (индивидуализация) на активите. Чрез индивидуализацията се създава усещането в осигуреното лице, че средствата по неговата индивидуална партида са лично негови, вноските отиват по негова сметка и ще служат за изплащане на неговата пенсия. Много често индивидуализацията се свързва с наследяване на активите по индивидуалната партида.

Инвестиране и капитализация на вноските. Инвестирането е друга основна отличителна характеристика спрямо разходо-покривните системи. Вноските се инвестират съгласно инвестиционната политика на фонда. Заедно с постиганата доходност те се капитализират в индивидуалната партида на осигуреното лице.

Конкуренция измежду пенсионните фондове. Тази характеристика е свързана с пазарното управление на пенсионните фондове. Фондовете се конкурират в продуктите, цената, привличането, обслужването и информацията към осигурените лица.

Конкуренция при управление на активите. Фондовете се конкурират в постиганите инвестиционни резултати, в рисковите характеристики на инвестиционния портфейл, в провежданата инвестиционна политика.

Частно управление на фондовете. Обикновено капиталовите пенсионни фондове се управляват от частни организации. Разходо-покрив-ните системи се управляват от обществени, държавни или общински органи.

Надзор върху дейността на фондовете. Интересите на акционерите или на мениджърите на частните организации може да се различават и дори да са в

противоречие с интересите на осигурените лица. Ето защо ефективният надзор е необходим за гарантиране интересите на членовете на фондовете.

Необходимост от висока осигурителна и финансова култура. Възможността за избор, рисковете пред осигуреното лице и личната инициатива са само част от факторите, изискващи висока осигурителна и финансова култура на потребителите на услугата на капиталовите пенсионни фондове.

Под капиталови пенсионни фондове се разбират всички фондове, които са основани на принципа на натрупване на вноски в полза на дадено осигурено лице и финансиране на осигурителните плащания за това лице от тези вноски. Осигуряването в тези фондове може да бъде задължително или доброволно. Обикновено допълнителното задължително пенсионно осигуряване се извършва в капиталови пенсионни фондове. Допълнителното доброволно пенсионно осигуряване най-често се извършва във формата на капиталови пенсионни фондове. Фондовете могат да бъдат на основата на дефинираните вноски или на основата на дефинираните плащания. Спонсор на осигуряването може да бъде самото лице, негов работодател или трето лице-осигурител. Това трето лице не е в трудовоправни отношения с осигуреното лице. Монографията не обхваща фондовете за финансова устойчивост на държавните пенсионни системи (сребърните фондове), в които се натрупват определени активи, управлявани на капиталов принцип. При тях активите се инвестират, но няма персонализация, липсва индивидуалният елемент. В България този фонд е Държавният фонд за гарантиране устойчивостта на държавната пенсионна система (ДФГУДПС).

За определение, което най-точно и пълно съответства на характеристиките на капиталов пенсионен фонд Ст. Димитров приема следното: фонд, при който се финансират персонифицирани пенсионни планове на осигурени лица чрез натрупване на средства с цел изплащане на бъдещи осигурителни плащания на същите тези лица**.**

1.1.8. Юридически аспекти от дейността на пенсионните фондове

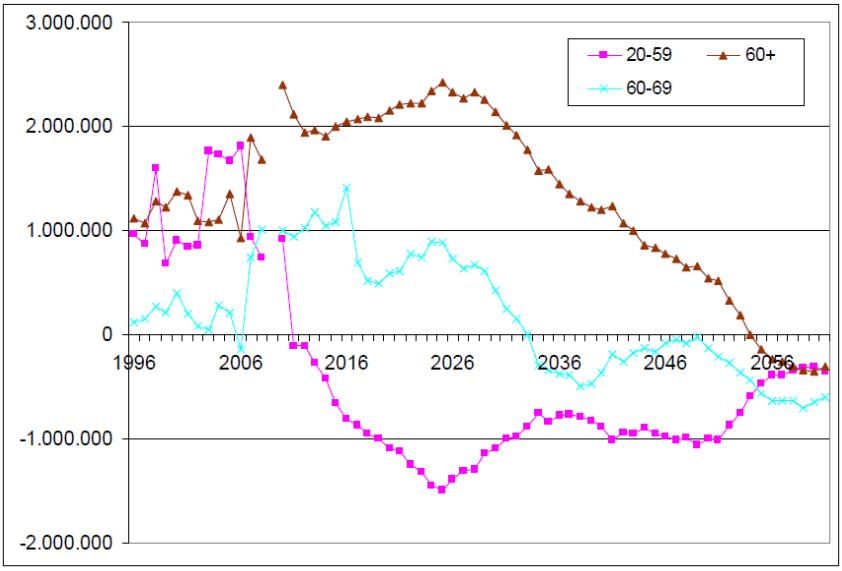
В Бялата книга за адекватни, сигурни и устойчиви пенсии на ЕС[36] са залегнали въпроси относно проблемите в пенсионните системи и дневния ред за постигането на по-висока степен на адекватност и устойчивост на пенсиите в дългосрочен план и увеличаване на възможностите за изграждане на сигурни допълнителни пенсионни спестявания. В нея се предлагат бъдещи насоки на политиките и инициативи на

[36] Бяла книга. Програма за адекватни, сигурни и устойчиви пенсии. Европейска комисия, Брюксел, 2012, COM(2012) 55 окончателен.

европейско равнище, с помощта на които ЕС подкрепя политиките на национално равнище за да се разработят и въведат комплексни стратегии и за да се адаптират пенсионните системи към променящите се икономически и демографски условия. Реформирането на пенсионните системи и практиките за пенсиониране е от съществено значение и за подобряването на перспективите за растеж на Европа и са спешно необходими в някои страни като част от настоящите действия за възстановяване на доверието в държавните финанси.

Устойчивостта и адекватността на пенсионните системи зависи от степента в която те се основават на вноски, данъци и спестявания на работещи лица. Начините на финансиране, условията за допустимост и условията на пазара на труда трябва да бъдат приспособени по такъв начин, че да се постигне балансирано съотношение между вноски и права, между броя на трудово заетите вносители на осигуровки и този на пенсионираните бенефициери.

Според Европейската комисия пенсиите представляват много голям и нарастващ дял от публичните разходи: повече от 10% от БВП средно днес, с вероятност да достигне 12% през 2060 г. в ЕС като цяло. При все това, с разходи за публични пенсии, които варират от 6% от БВП в Ирландия до 15% в Италия днес, отделните страни се намират в много различни ситуации, въпреки че са изправени пред сходни демографски предизвикателства.

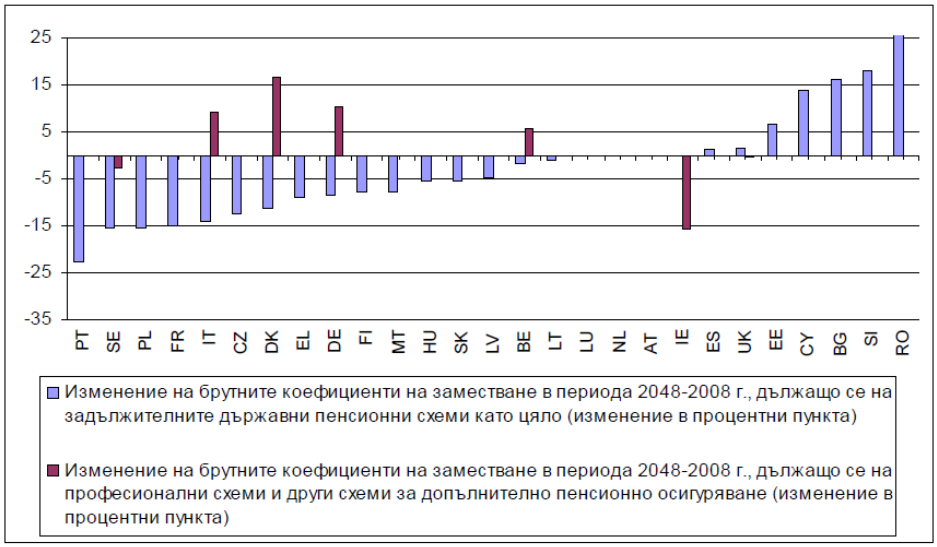


Фиг. 1.1. Промяна в населението спрямо предходната година, ЕС-27, 1996-2061 г.[37]

[37] Източник: Бяла книга. Програма за адекватни, сигурни и устойчиви пенсии. Европейска комисия, Брюксел, 2012, COM(2012) 55 окончателен.

През последното десетилетие се наблюдава значителен напредък в реформирането на пенсионните системи. По-голямата част от държавите-членки промениха пенсионните си системи, така че да им придадат по-устойчива основа и да им дадат възможност да устоят на предстоящите демографски промени. Това е постигнато чрез реформи, целящи да се приведат параметрите на системите в съответствие с фискалната устойчивост, или чрез структурни реформи, като например преминаване от схеми с дефинирани доходи към схеми с дефинирани вноски или посредством създаване на стълбове на задължително пенсионно осигуряване по капиталови схеми. Пенсиите - най-вече от публични схеми - са основният източник на доход за по-възрастните европейци, които представляват значителна и все по-голяма част от населението на ЕС. Броят на работещите хора в трудоспособна възраст (20-59) ще спада ежегодно през следващите десетилетия (Фиг. 1.1.).

Основното предназначение на пенсионните системи е да осигурят адекватни пенсионни доходи и да позволят на възрастните хора да се ползват с достоен стандарт на живот и с икономическа независимост, като пенсиите автоматично изпълняват и стабилизираща функция.



Фиг. 1.2. Прогнозирана промяна в равнищата на коефициентите на заместване при задължителните държавни пенсионни схеми и схемите за допълнително пенсионно осигуряване между 2008 г. и 2048 г. (в процентни пункта)[38].

[38] Източник: Бяла книга. Програма за адекватни, сигурни и устойчиви пенсии. Европейска комисия, Брюксел, 2012, COM(2012) 55 окончателен.

Въпреки че неотдавнашните реформи на публичните пенсионни системи бяха насочени към подобряване или поддържане на защитата от бедност, повечето от тези реформи ще доведат до по-ниски равнища на коефициентите на заместване (пенсии спрямо предишни доходи) в бъдеще (Фиг. 1.2.).

Допълнителните пенсионни спестявания[39] могат също да помогнат за осигуряване на необходимите коефициенти на заместване в бъдеще. Някои държави са въвели мерки за допълване на техните публични разходно-покривни пенсионни схеми с частни капиталови схеми, но съществуват множество възможности за по-нататъшно разработване на схеми за допълнителни пенсионни спестявания в много държави-членки. Това обаче би изисквало частните капиталови пенсионни схеми да станат по-сигурни и по-рентабилни, както и по-съвместими с гъвкавите пазари на труда и мобилността.

В някои страни кризата ясно показа, че трябва да бъде подобрена способността на капиталовите пенсионни схеми да намаляват рисковете и да поемат шокове. Рецесията и последващото влошаване на публичните финанси също разкри някои слабости в начина, по който някои държави-членки се опитаха да изградят задължителни частни пенсионни схеми.

Пенсионните системи влияят на пенсионните модели, а следователно и на предлагането на работна сила и коефициента на икономическа зависимост. Параметри от ключово значение са обичайната пенсионна възраст и възрастта за ранно пенсиониране. Понастоящем около една трета от живота в зряла възраст преминава в пенсия и, ако политиките не бъдат променени, този дял ще нарасне в съответствие с бъдещото нарастване на очакваната продължителност на живота. Освен това, възможностите за ранно напускане на пазара на труда са довели до равнища на заетост на по-възрастните работници (на възраст 55-64 г.) под 50% през 2010 г. в ЕС. Но зад този общ за ЕС резултат се крият значителни различия между отделните държави-членки, като данните варират от 30,2% за Малта до 70,5% в Швеция. Също така степента на заетост на по-възрастните жени (38,6%) е значително по-ниска от тази на мъжете (54,6%).

Държавите-членки носят основната отговорност за оформянето на пенсионните си системи съобразно условията в тях. Въпреки това Договора за функционирането на

[39] Допълнителните пенсионни спестявания включват професионални и лични пенсии, животозастраховане и други форми на натрупване активи, които могат да се използват за поддържане на стандарта на живот след пенсиониране. Освен това съществуват инструменти (например т.нар. „обърнати ипотеки“), които позволяват на хората да преобразуват активи (по принцип тяхното жилище) в допълнителен доход след пенсиониране.

Европейския съюз изисква от ЕС да подкрепя и допълва дейностите на държавите-членки в областта на социалната закрила (член 153) и адекватната социална закрила да се взема предвид при формулирането и осъществяването на неговите политики (член 9).

Много от компетенциите и политическите инициативи на ЕС оказват въздействие върху националните пенсионни системи и политики.

Предизвикателството за пенсионните политики е да се въведе система, която е финансово устойчива, така че да може да бъде реализирано основното предназначение на пенсионните системи, а именно, да осигуряват адекватни пенсионни доходи и да позволят на възрастните хора да се ползват с достоен стандарт на живот и с икономическа независимост.

В Програмата за адекватни, сигурни и устойчиви пенсии Европейската комисия издава препоръки, които най-вероятно ще засегнат българските военнослущещи, а именно:

- Ограничаване на достъпа до схеми за ранно пенсиониране и други начини за ранно напускане на пазара на труда;
- Подкрепа за разработването на схеми за допълнителни пенсионни спестявания за увеличаване на пенсионните приходи.

1.1.9. Ограничаване на достъпа до ранно пенсиониране

Пенсионните реформи, с които се цели хората да бъдат задържани за по-дълго на пазара на труда, също трябва да се съсредоточат върху премахването на неоснователните възможности за ранно пенсиониране, които могат да се прилагат за всички служители или за специфични професии.

В някои държави-членки задължителната държавна пенсионна система позволява на лицата с пълен осигурителен стаж да се пенсионират преди стандартната пенсионна възраст (напр. Австрия, Белгия и Люксембург). По този начин пенсионните реформи не следва да се съсредоточават единствено върху увеличаването на пенсионната възраст, но също така и, когато е целесъобразно, върху продължителността на осигурителния стаж, която също трябва да отразява увеличаването на очакваната продължителност на живота. Вземането предвид на осигурителния стаж (дори и ако изискваната продължителност се увеличава в съответствие с очакваната продължителност на живота) позволява на пенсионните системи да предложат справедливи условия на лицата, които са започнали кариерата си

рано (обикновено неквалифицирани работници, които често имат по-малка продължителност на живота и по-лошо здравословно състояние).

Държавите-членки реформират своите схеми за ранно пенсиониране по различни начини. От работодателите може да се изиска да поемат всички или поне значителен дял от разходите за обезщетения при ранно пенсиониране. Когато възможностите за ранно пенсиониране биват елиминирани, е важно да се гарантира, че засегнатите лица са в състояние да работят по-дълго или, ако това не е възможно, могат да се ползват с адекватна сигурност на доходите.

1.1.10. Разработване на схеми за допълнителни частни пенсионни спестявания

Допълнителните частни пенсионни спестявания играят по-голяма роля за осигуряването на адекватността на пенсиите в бъдеще, така че държавите-членки ще трябва да намерят начини за подобряване на икономическата целесъобразност, сигурност и справедлив достъп до схеми за допълнително пенсионно осигуряване. Важна роля тук играят данъчните и други финансови стимули, както и колективното договаряне. Тези инструменти се използват по много различни начини в различните държави-членки на ЕС, така че са налице значителни възможности за обмяна на знания.

Кризата разкри уязвимостта на капиталовите пенсионни схеми по време на финансови и икономически кризи. Тя също така подчерта необходимостта от преразглеждане на регулаторната рамка и замисъла на схемите с цел подобряване на сигурността на частното пенсионно осигуряване. ЕС разполага със законодателна компетентност в тази област и вече са въведени два инструмента: Директивата относно закрилата на работниците и служителите в случай на неплатежоспособност на техния работодател и директивата относно дейностите и надзора на институциите за професионално пенсионно осигуряване (ИППО). ЕС може да подсили рамката си за подкрепа на професионалното пенсионно осигуряване в рамките на цялостната пенсионна система на държавите-членки, както и да допринесе за намаляване на разходите за пенсии. Чрез директивата относно ИППО може да се подобри качеството на финансовите продукти за индивидуално пенсионно осигуряване, които не са свързани с трудова заетост, като схемите по третия стълб и други финансови продукти, използвани за допълване на доходите на хората.

Засилената роля на допълнителните частни пенсионни спестявания зависи преди всичко от подобрения достъп до схеми за допълнително осигуряване и тяхната

икономическа ефективност. Възможностите за придобиване на допълнителни пенсионни спестявания чрез професионални схеми и такива по третия стълб са недостатъчно развити и са лишени от икономическа ефективност и безопасност в много държави-членки. Поради това би имало полза от засилване на европейската подкрепа за по-добро осигурително покритие на жените и мъжете и разпространението на добри практики, включително по отношение на оптималното насочване на данъчни стимули за капиталовите пенсионни схеми. Те може да бъде насърчавани от правителствата или социалните партньори. Тъй като в бъдеще хората ще трябва да разчитат повече на допълнителни пенсионни спестявания, тяхната сигурност и ефективност ще трябва да бъдат оптимизирани.

1.2. Здравеопазването като част от системите за социална защита - сравнителен анализ на развитието в страните от Европейския съюз

Още в преамбюла на Европейската социална харта (ЕСХ) е декларирано, че правителствата на държавите, ратифицирали хартата, се ангажират да осигурят на своите народи социалните права, посочени в хартата и нейните протоколи, така че постоянно да се подобряват стандартът на живот и на благосъстояние. По отношение правото на защита на здравето чл.11 от ЕСХ, който е сред ратифицираните изцяло от страната ни, изисква както да се елиминират причините за недостатъчно добро здраве, свързани със заболявания, епидемии или травми и инциденти, така и да се създадат структури, които да консултират и обучават как да се подобрява здравето и да се развива осъзнаването на личната отговорност за здравето на човека.

Европейските органи и институции разглеждат здравеопазването като част от системите за социална защита без значение дали те се финансират от данъци или чрез осигурителни вноски. Ролята на системите за намаляване на риска от бедност и болест и техният принос за социалната еднородност и управлението на заетостта са признати отдавна на ниво ЕС.

Европейските съвети от Лисабон и Гьотеборг поставят акцент върху необходимостта да се реформират и адаптират защитните системи, в т. ч. тези за здравните грижи, за да се обърнат с лице към демографското застаряване и да осигурят социалната еднородност на европейските общества. Във връзка с това

Европейската комисия определя, а Европейският съвет от Барселона (март 2002 г.) утвърждава три направления на тези реформи:

- осигуряване на достъп до грижи на базата на универсалност, справедливост и солидарност, като се държи сметка за нуждите и трудностите на най-онеправданите групи и индивиди, но също така и на тези, които имат нужда да получат скъпи и дълготрайни грижи и услуги;
- предоставяне на качествени грижи, съобразени с напредъка на науката и появяващите се със застаряването потребности, въз основа на оценката на техния принос за здравето;
- мерки, осигуряващи дълготрайна финансова стабилност на грижите, както и по-висока ефективност на системата.

Съвместен доклад на Европейската комисия (ЕК) и на Съвета от 2003 г. подчертава, че предизвикателствата пред капацитета на националните защитни системи- да осигурят достъпност и качество и да гарантират своята дълготрайна финансова жизнеспособност- са общи и се увеличават. Различията между отделните страни ще нарастват, особено на фона на приемането на новите страни членки, в които показателите по здравните индикатори са по-лоши от тези в ЕС на 15-те. Ето защо докладът на Европейския съвет от пролетта на 2004 г. призовава да се засили координацията на националните политики с цел да се подкрепят усилията за модернизация и развитие на този сектор във всички страни членки- стари и нови. Предвижда се ЕК да изследва начините за включване на публичното здравеопазване в Лисабонската стратегия и неговия принос към икономическия растеж и устойчивото развитие.

Общите цели за развитие на системите за грижи, които си поставя Европейският съюз, се конкретизират от Комисията в документ от април 2004 г., като се посочват и конкретни препоръки към държавите членки.

Достъпността, качеството и финансовата стабилност формират според всички документи на ЕС един цялостен и интегриран ансамбъл. Освен това един от ключовете за развитието на реформата на системите се състои в способността да се провежда ефикасно управление, базиращо се на включването и предоставянето на отговорности на всички засегнати страни - социалните партньори, регионалните и местните власти, пациентите и гражданското общество, както и на координацията между „доставчиците“ на услуги, финансовите органи, НПО и властите.

На среща на Съвета на Европейския съюз през юни 2006 г. в Люксембург, относно заетостта, социалната политика, здравето и потреблението се реши здравните услуги да бъдат отстранени от обсега на Директивата за свободно движение на стоки и услуги и се приеха Общи ценности и принципи за развитие на системите за здравеопазване, които трябва да бъдат следвани от националните политики на страните членки на ЕС - универсалност, достъп до добро здравеопазване, равенство и солидарност. Този документ, приет от министрите на здравеопазването на 25-те, задължава националните правителства да търсят практически начин, по който тези ценности и принципи да бъдат реализирани в здравните системи на ЕС.

1.2.1. Реформиране на националните здравни системи в Западна Европа

Националните здравни системи в Западна Европа, изградени след Втората световна война, дълго време се възприемаха като стабилни структури. В последните две десетилетия обаче здравните политици в тези страни са разтревожени от факта, че разходите за медицинско обслужване рязко надвишават неговия общ полезен ефект. Появилата се обществена неудовлетвореност, нарастващите разходи за здравно обслужване и неговата незадоволителна ефективност подтикват правителствата да търсят пътища за нови здравнополитически решения, за преоценка и реформи на националните здравни системи.

Ето защо западноевропейските страни през последните двадесет години непрекъснато реформират своите здравни системи. Те се сблъскват с редица проблеми, които могат да бъдат обобщени по следния начин:

- свръхизползване на здравни услуги, водещо до инфлация на здравните разходи и до висока алтернативна цена на пропуснатите възможности в други обществени направления;
- финансов дефицит, пораждащ необходимостта от увеличаване на размера на осигуровките и на държавното субсидиране, което в условията на глобална конкурентна среда е неприемливо;
- недостатъчна конкурентоспособност на финансирането при липса на конкуренция между частни и обществени здравноосигурителни фондове. Този проблем обуславя по-ниска мотивация сред осигурителите да подобряват осигурителните условия при по-ниски разходи (до началото на 90-те години на XX-ти век право на свободен избор на фондове имат само гражданите на Белгия и Швейцария и по-ограничено държавните служители в Германия);

- здравните разходи са по-тясно обвързани с приходите, а не с потребностите, което на практика води до медицински необосновано използване на здравни услуги;
- задължителните здравни осигуровки се определят като регресивен данък, което контрастира с принципа на прогресивното подоходно облагане, целящо ефективното преразпределение на богатството. По този начин богатите заплащат относително по-малки размери на осигуровките спрямо доходите си.

В хода на тези реформи са били решавани различни проблеми, характерни за отделните национални системи на здравеопазване, но те имат някои общи черти, които биха могли да се групират в три основни категории:

Първо, с намаляването на темповете на икономически растеж през 80-те и 90-те години страните се стремят да поставят разходите за здравеопазване в съответствие с наличните ресурси. През този период за разлика от времето на бурния растеж непосредствено след края на Втората световна война разходите за здравеопазване са имали тенденция да „изконсумират“ нарастващия дял от БНП. Поради това отделните страни са взели мерки да сдържат медицинските разходи в разумни граници, без да се прекратява предлагането на обслужване с високо качество, изисквано от населението.

Втората цел на тези реформи е превръщането на здравеопазването в по-справедлива система. Общопризнато е, че здравните грижи трябва да се предлагат в еднаква степен и че осигуряването на минимален пакет здравни услуги за цялото население има своите положителни последици. Например поддържането на минимални здравни стандарти за цялото население спомага за намаляване на риска от разпространение на инфекции. Въпреки всичко в редица държави достъпът до медицинска помощ продължава да е нееднакъв, което задълбочава социалните проблеми.

Третата цел е подобряването на ефективността и качеството на предлаганите услуги посредством микроикономически реформи в сектора здравеопазване.

Независимо от националните различия в здравната политика на европей-ските страни се наблюдават някои общи приоритетни направления:

- Промоция на здравето и профилактика на болестите.

Хартата на здравето от Отава (1986 г.) определи промоцията на здравето като една от приоритетните стратегии за достигане здраве за всички. Отправна точка във философията на промоция на здравето е разбирането, че личната и груповата отговорност за регулиране на здравното поведение са от първостепенна важност.

Развитите страни постигат значителни резултати в борбата със социално значимите заболявания с изключително евтини средства: предоставяне на здравни знания за здравословен начин на живот - режим на хранене, двигателна активност, борба с тютюнопушенето, ранна диагностика и профилактика и политика за здравословна околна среда. Благодарение на тези мерки страни като Финландия постигнаха сериозни успехи в подобряване здравето на нацията и спестиха на обществото огромни разходи за лечение на сърдечносъдовите заболявания.

- Преориентация от болничната помощ към разширяване на първичните (базови) здравни грижи.

Развитите европейски страни все повече поставят първичните здравни грижи сред водещите приоритети на своите здравни системи. Ярки примери са страни като Великобритания, Швеция, Дания, Финландия, Испания и др. Поради факта, че повече от три четвърти от здравните бюджети отиват за стационарна помощ, което е в дисонанс с характера на съвременната патология (преобладаване на хроничните болести), свръхмодерните и свръхскъпи болнични комплекси се преценяват като неадекватни за справянето с тази патология. За да се преодолее този нарастващ дисбаланс, се налага постоянно утвърждаване на първичните (базови) здравни грижи като основа на здравната система на всяка една страна.

Трябва да се отчита, че първичните здравни грижи представляват доста широк спектър от дейности. Още в Алмаатинската декларация (1978 г.) на Световната здравна организация (СЗО) е посочено, че минимумът от първични здравни грижи включва: „..здравно възпитание на населението, осигуряване на рационално хранене, хигиена на околната среда, профилактично-лечебни грижи за майките и децата, имунизации, профилактика на социално значимите заболявания, осигуряване на лечение за най-разпространените заболявания и травми и достъпност на най-необходимите лекарства.“

Централна фигура в системата на първичните здравни грижи е общо-практикуващият лекар, който е изграден специалист по обща медицина, добре запознат с медико-социалните проблеми на пациентите. Главна негова задача е да посрещне базовите, най-масови здравни потребности на населението и да сведе до разумен минимум препращането на пациентите към тесните специалисти и болниците. Така лекарите с общ профил стават положителен организационен и икономически фактор на всяка здравеопазна система.

Същевременно е очевидно, че утвърждаването на първичните здравни грижи се отнася не само до общопрактикуващия лекар, но и до широк кръг други

професионалисти - медицински сестри, акушерки, социални работници, психолози, стоматолози, фармацевти и други, работещи на територията на общината.

Общопрактикуващият лекар престава да е единственият представител на първичната медицинска помощ. Утвърждава се все повече екипът за първична медицинска помощ. В тази посока на промени в редица страни се обсъжда въпросът за профилиране на общопрактикуващите лекари в най-често търсените специалности: педиатрия, акушерство и гинекология и др. Това се извършва успоредно с налагане модела на груповите практики на общопрактикуващите лекари.

- Повишаване ефективността на здравеопазната система.

Във всички европейски страни се наблюдава нарастване на разходите за здравеопазване. Основните причини за това са:

- демографското стареене на населението;
- увеличението на хроничните болести;
- повишените очаквания и претенции на населението към здравното обслужване;
- въвеждането на все по-скъпи медицински технологии.

Постиженията на медицината, които водят до успешно лечение, способства-ха за нарастване броя на хората, нуждаещи се от медицинска помощ, и повишиха потребността от рехабилитация и грижи за хронично болните в домашни условия.

Международните сравнения потвърждават тезата, че няма категорични доказателства за по-висока социална ефективност на здравеопазването в страни, където има повече лекари, повече болнични легла и се изразходват повече средства. Очевидно въпросът опира до ефективното използване на здравните ресурси, което е свързано с организацията и управлението на здравната система.

Във връзка с тези тенденции при управлението и оценката на здравео-пазните системи акцентът все повече се премества от количеството на ресурсите към характера на резултатите, от „входа“ към „изхода“ на системата. Търсят се пътища за икономически ефективно управление на ресурсите, за повишаване отговорността за изразходваните средства и за по-конкретното участие на лекарите клиницисти в тази отговорност.

Съществено внимание се отделя на рационалното разпределение на ресур-сите в различните сектори на здравната система, като преди всичко се търси баланс между ресурсите за първичните здравни грижи и за болничната дейност. Счита се неприемливо да се намалява финансирането на първичните здравни грижи за сметка

на скъпи болнични технологии с непроверена ефективност. В тази насока се търсят и пътища за разумно намаляване на средния болничен престой, за изнасяне на болнични дейности в извънболнични условия като домашен стационар, дневен стационар, сестрински домове и домашно патронажно обслужване от лекари, медицински сестри, социални работници и друг персонал.

- Пазарна ориентация.

В повечето страни се наблюдава нарастващ интерес към прилагане на пазарни принципи и механизми в здравеопазването в отговор на нарастващите разходи и повишените изисквания на населението. Преценява се, че конкуренцията в пазарни условия ще доведе до по-висока икономическа ефективност, до по-добър контрол и качество на здравните услуги и в крайна сметка до по-рационално използване на ресурсите в здравеопазването. Многобройните реформи за внедряване на пазарни механизми се свеждат условно до три категории: въвеждане на пазарен механизъм към данъчно финансирана здравна система- типичен пример е Великобритания, където е налице внедряване на вътрешен пазар в Националната здравна служба; развитие на пазарните механизми при финансирана чрез здравноосигурителен модел здравна система (Германия, Холандия, Австрия); и преминаване от данъчно финансирана система към здравноосигурителен модел- характерно за източноевропейските страни.

Отчитайки положителния ефект от внедряване на пазарни механизми в здравеопазването, експертите на СЗО призовават да се съобразяват както изгодите, така и възможните неблагоприятни последици. В здравеопазването пазарният механизъм е средство, а не цел на реформите, средство за подобряване качеството и ефективността на здравеопазната дейност. С това разбиране западноевропейските страни внедряват не абсолютно свободен пазар и конкуренция, а регулиран пазар с елементи на плановост.

Ролята на правителствата продължава да бъде съществена: при регулиране на здравеопазването, контрол върху цените, контрол върху качеството, осигуряване на справедливо финансиране и подпомагане здравните разходи за уязвимите социални групи.

- Осигуряване на качествена медицинска помощ.

В много страни се полагат усилия за динамично наблюдение, оценка и контрол на качеството на здравните дейности в съответствие с определени стандарти. В тази насока се прилагат разнообразни подходи и методи: стандар-тизиране на дейностите, консенсусна оценка, медицинска ревизия, акредитация, интуитивни методи, социологически методи и др.

- Децентрализация и регионализация на здравната система.

Обща черта на много съвременни здравни реформи е стремежът да се децентрализира вземането на управленски решения и да се засили ролята на местното (общинското) ниво. Това е продиктувано главно от три фактора:

- Обществен натиск върху здравните заведения за по-голяма отзивчивост към потребностите на населението, което едновременно означава и повисока местна отговорност и възможност за влияние върху здравните заведения;
- Необходимост от засилване на междусекторното сътрудничество на местно (общинско) ниво, особено между здравни и социални власти;
- Увеличаване на автономността и териториалния достъп на населението до здравни грижи.

Децентрализацията отчита приоритета на първичните здравни грижи и преследва доближаване до населението на основните видове профилактична и лечебна дейност. Ето защо децентрализацията логично предполага регионализация и ешелониране на здравното обслужване. Стремежът е регионалната система на здравеопазване да удовлетворява напълно здравните потребности в региона с изключение на малка част високоспециализирани видове медицинска помощ сърдечна хирургия, пластична хирургия и др. Изграждането на регионални и местни здравни системи предполага засилване на обществената отговорност за здравето чрез създаване на здравно партньорство между индивида, социалната група и здравната служба в условията на общината.

- Повишаване на управленската култура в системата на здравеопазването.

Изброените тенденции в здравната политика на развитите европейски държави налагат внедряването на подходите и методите на съвременния мениджмънт в здравеопазването. Професионалистът мениджър става ключова фигура в управлението на здравната система. Осъзнава се, че е немислима реализацията на здравните реформи без висока управленска култура в цялата система на здравеопазване. Нарастват ролята и отговорностите на клиницистите в управлението на здравеопазната дейност.

- Интегрален подход в управлението и функционирането на здравеопазването.

Този подход налага здравеопазването да се разглежда и оценява винаги като сложна система от множество елементи, само един от които е медико-професионалната дейност и в частност клиничната лечебна дейност. Здравно-политическите решения във все по-голяма степен изхождат от анализите и прогнозите

на процеси, свързани не само с медицински технологии, но и с икономиката, комуникациите, културата в дадена страна, с демографските процеси, с екологичните проблеми и социалния статус на обществото. В сравнение с миналото се налага по-широка междуведомствена координация и сътрудничество по опазване на общественото здраве. Този подход се налага от разбирането за здравната система, в която гражданинът (пациентът) е централна фигура и неговите комплексни здравни потребности изискват и интегрирани здравни грижи.

Подходът „Здраве във всички политики“, инициран от Финландия и възприет от Световната здравна организация и Европейския съюз, включва въздействието на всички политики извън здравния сектор върху общественото здраве. Това междусекторно сътрудничество се осъществява чрез вземането на политически решения, извършването на стратегическо планиране и практическа реализация на интервенциите. Крайната цел е да се улесни разработването на политики, основаващи се на научни доказателства и включващи оценка, съпоста-вяща здравните детерминанти и крайните резултати за здравното състояние на населението.

Интегралният подход също така означава самото медицинско обслужване да се разглежда като система от взаимносвързани и взаимодействащи елементи:

- диагностично-лечебни звена;
- профилактични звена;
- звена за продължителни грижи и рехабилитация;
- здравно възпитание и промоция на здравето;
- социално подпомагане и мобилизиране на здравната инициатива на населението.

Важен принцип е интегралното взаимодействие между различните звена на здравната служба, особено взаимовръзката и приемствеността между първичната медицинска помощ, специализираната извънболнична и болничната медицинска помощ. Опитът на редица страни (Холандия, Великобритания и Швеция) показва убедително, че доброто регулиране на интегритета в здравната система е един от решаващите фактори за ефективността на цялата здравна система.

Всяка европейска страна създава своя уникална здравнополитическа концепция, без да отстъпва от утвърдените общоевропейски ценности в развитието на здравеопазването.

Европейската комисия прие нова Здравна стратегия, която очертава основ-ните действия на общността в областта на здравеопазването за периода от 2008 г. до 2013 г.

Документът „Заедно за здраве - стратегически подход за ЕС“ чертае конкретни мерки, които да предпазват европейските граждани от заплахи за здравето им, да подсилят превенцията и ранната диагностика на онкологичните заболявания и да осигурят на здравните потребители необходимото за вземане на информирани решения за тяхното здраве.

Основните цели, заложени в стратегията, са подпомагане на здравословния начин на живот в застаряваща Европа, предпазване на гражданите от здравни заплахи, включително инфекциозни заболявания и биотероризъм, и подкрепа за въвеждането на нови технологии в здравеопазването. За да постигне тези цели, Европа си поставя осемнадесет конкретни приоритетни дейности за следващите години. В тях са включени например предложения, насочени към преодоляване на неравенствата в здравния сектор в държавите членки и нарастване на ролята на ЕС в глобалното здравеопазване.

Изграждането и възприемането на дадена здравнополитическа концепция е резултат от продължителен процес на осмисляне на здравната ситуация в дадена страна, на задълбочени анализи и прогнози, на широк обществен дебат,за да се осигури социална приемливост и подкрепа на предвижданите промени.

Решаващ критерий за определяне на насоките на здравната политика са прецизно обоснованите приоритети на националните здравни системи. Съв-ременните здравнополитически решения са преди всичко умение да се определят здравни приоритети.

Здравната политика повече отвсякога е продиктувана от дух на реализъм, от съчетаване на две противоположни, но взаимносвързани и взаимнозависими тенденции: от една страна, недопускане на максимализъм в обществено осигурените здравни услуги, а от друга ясни гаранции за осигуряването на базовите здравни услуги, свързани с масовите здравни потребности и с националните здравни приоритети. Тази двуединна тенденция произтича от принципите за достъпност и справедливо разпределение на здравните ресурси.

Съвременните здравни системи не допускат монопол на определен организационен модел, като утвърждават плуралистичен подход и партньорството между обществения и частния сектор, между задължителното и доброволното здравно осигуряване, между правителствения и неправителствения сектор.

Реализирането на приетите здравнополитически решения задължително включва наблюдение на възникващите ефекти с оглед на своевременни коригиращи решения.

Все по-отчетливо се акцентира върху етичните аспекти на здравната политика и върху предприеманите реформи, свързани със спазването правата на пациента като централна фигура в системата.

В развитите западноевропейски държави в хода на провежданите реформи на здравеопазните системи през последните години се наблюдават процеси на конвергенция на класическите модели данъчен и осигурителен. Всяка от системите заимства предимства от другата с цел да коригира недостатъците на собствената система.

1.2.2. Реформиране на националните здравни системи в Централна и Източна Европа

От началото на 90-те години страните от Централна и Източна Европа предприеха радикални промени в своите здравеопазни системи. При тях реформата в здравните системи се осъществява с различен темп, интензивност и дълбочина в зависимост от напредъка на обществено-политическите промени и прехода към пазарна икономика.

Реформите в развитите западноевропейски страни имат своята специфика по отношение на реформите, провеждани в страните от Източна Европа, които предприеха радикални промени в своите здравеопазни системи. При първите реформите протичат в страни, които са решили базисните проблеми по отношение на покритието и универсалния достъп до качествена здравна помощ и които отделят повече обществени средства за нуждите на здравеопазването, докато източноевропейските страни отделят значително по-малко обществени средства и в хода на самите реформи се сблъскват с появата на основополагащи проблеми на своите здравни системи.

Главните причини за предприемането на цялостни реформи в сферата на здравеопазването в страните от Централна и Източна Европа през последното десетилетие са:

- сравнително ниски нива на разходите за здравеопазване;
- екстензивно развит тип здравна система;
- неефективно използване на ресурсите.

Предназначението на тези реформи бе подобряване на финансовото състояние и функционирането на системата и повишаване както на ефективността на разпределение на средствата, така и на професионалната ефективност, запазвайки при това универсалния и равноправен достъп и обхват на здравеопазването.

Основният характер на извършените промени бе организационен, управленски и финансов. Поради това общото за всички тях бе тенденцията за преход от национални здравни системи модел „Семашко“ (за предоставяне на услуги от обществения сектор и финансиране чрез приходи от данъци) към модела „Бисмарк“ (или системата на социално здравно осигуряване).

Главните цели на смяната на модела на финансиране от данъчен с осигурителен бяха:

- да се гарантира равен достъп до медицинска помощ на всички осигурени лица на всички равнища на здравеопазната система и да се постави пациентът в центъра на здравната система;
- да се финансира висококачествена медицинска помощ;
- да се осигури баланс между приходите от здравноосигурителни вноски и разходите за медицинска помощ;
- да се създаде конкуренция между лекарите и лечебните заведения и да се осигури достойно и адекватно заплащане за положения труд.

Анализът на процесите показва, че нашата страна се включва сравнително късно в общата тенденция на преход към системата на задължително социално здравно осигуряване на страните от Централна и Източна Европа, едва през 1998г. със създаването и приемането на пакет от закони, необходими за внедряване на здравноосигурителна система в страната: Закона за здравното осигуряване, Закона за професионалните организации на лекарите и стоматолозите и Закона за лечебните заведения.

1.3. Ретроспективен анализ и модели на осигурителната система в България

Необходимостта от исторически преглед на развитието на основни отрасли, процеси, сфери и отделни дейности често се пренебрегва. Това е в сила както в общотеоретически, така и в научно-приложен план, а за съжаление и в много случаи- в практически аспект.

Посоката, към която е насочена същността на настоящата разработка е свързана със синтезирано разглеждане на историческото развитие на здравното осигуряване в България, съпоставено с развитието на здравноосигурителните системи в европейските страни. Това развитие се разглежда в хронологичен ред, като се отчитат предимно финансовите и икономическите отношения, които то поражда.

Проследява се възникването, развитието и различните форми на здравно осигуряване през годините, като се посочват положителните моменти във всеки отделен етап. За постигането на така поставената цел ще бъде направена оценка на конкретни действия, свързани със създаването и налагането на здравното осигуряване в България, а в отделни случаи ще бъде използван като основание за съпоставка и с някои от водещите европейски страни.

Основната задача, която си поставяме, е да представим конкретни мероприятия, имали практическо приложение, които могат да се използват и в съвременните икономически условия. По такъв начин можем да изпълним едно от основополагащите икономически правила: доброто познаване на историята може да ни помогне да осмислим настоящето и да предвидим бъдещето.

Самата идея за разработването на подобно изследване е обусловена от някои обективни предпоставки:

- за по-голямата част от съвременните потребители на здравни услуги здравното осигуряване е новост, наложена от икономическата, социалната и пазарната ориентация на страната- твърдение, с което не можем да се съгласим напълно;
- в настоящите научни изследвания по тематиката позоваването на натрупания опит е по-скоро изключение, отколкото закономерност, което говори за непознаване на този опит;
- конкретната практическа дейност по осъществяването на здравното осигуряване в страната показва пропуски, които не са непознати, а тяхното повторение е основание за безпокойство;
- позоваването на международната практика в много области е изключително важно, но за области, засягащи широки обществени интереси (каквато е здравеопазването), не по-маловажно е съобразяването с наличните постижения;
- за ръководителите в здравеопазването познаването на някои исторически моменти (конкретно в развитието на здравното осигуряване) е наложително и би помогнало за оформянето им като специалисти в тази област.

Използването на термина потребители на „здравни услуги“ не е лишено от приложимост - като коректив на по-коректния в този случай термин „здравноосигурени“. Причината за това се крие във все още непълния обхват на здравноосигурително покритие върху населението на България към 2009 г., независимо от законовата регламентация.

Здравното осигуряване в България възниква като елемент на социалното осигуряване на наемните работници. Идеята за фондов принцип на финансиране се налага първоначално през 1878 г. в теоретичния труд на д-р Димитър Моллов „Соображения об устройстве медицинской части в Болгарии“. В него се разглежда набирането на приходи в здравен фонд от специално заделен землен фонд, обработван от населението. Средствата от този фонд ще покриват разходите на осигурените лица. Теоретично развитие идеята придобива през 1936 г., когато се публикува „Цялостна здравна служба“ от д-р Захари Бочев. Идеята е да се изгради на универсална и достъпна за цялото население система за здравна помощ, финансирана от осигурителен фонд. Залага се и демократичен, децентрализиран, общественоангажиран и свързан със съсловните организации начин на управление. Така за първи път придобива цялостна форма идеята за изграждане на целеви фонд, предназначен за удовлетворяване на здравни потребности.

Първият закон, използван за неговото налагане, е Законът за подпомагане в случай на инвалидност и болест на назначените с надница, а не със заплата държавни работници. Предхождайки този закон, своето значение е изпълнил и друг нормативен документ Публично-административният правилник за сключване на договори за задълженията, налагани на предприемачите от 1882 г.

Този закон въвежда за първи път осигуровка за болест, засягаща определен кръг от хора. Развитие на здравноосигурителните отношения дава Законът за осигуряване на работниците и служителите в случай на злополука и болест от 1918 г. Той налага принципите за всеобхватност и задължителност, като към държавните служители се добавят и всички други работници и служители. Този процес, на продължилото над тридесет години постепенно приобщаване на различни групи от населението към кръга на осигурените лица, доказва необходимостта от последователно извършване на промените в осигуряването на лицата срещу злополука и болест (по-късно придобило популярност и регламентация като здравно осигуряване). Дори и недалечен, за съжаление този подход не бе възприет при изграждането на съвременната здравноосигурителна система в България. Това доведе

до някои сериозни проблеми (показателен пример е проблемът с невъзможността за пълна събираемост на здравноосигурителните вноски в резултат и от пълното включване на различните групи осигурени лица).

Средствата за лечение и паричните обезщетения през разглеждания период се формират по трипартитната система- еднакви вноски по 1% от надницата на работещия внасят осигуреният, работодателят и държавата. Тази система за набиране на средства за здравното осигуряване се налага през следващите години и намира приложение в Закона за обществено осигуряване от 1924 г.

Медицинската помощ се оказва за сметка на Фонда за обществени осигуровки, в който 2/3 от приходите са за сметка на работодателите и държавата, а останалата 1/3- на работещите. Фондът отпуска заеми за строеж на здравни и социални заведения. С последвалите изменения се възприема и системата за свободен избор на лекар. Независимо от наличната законодателна основа, остават неуспешни опитите за фонда за конкретно учредяване на здравното осигуряване, с цел предотвратяване на злоупотреби и разточителство. През 1929 г. се приема Закон за обществени осигуровки, с който се въвежда регулиран свободен избор на лекаря.

Възнаграждението на лекарите приема формата на хонорар за извършена услуга или се определя като сума, в зависимост от местните условия. По отношение лекарствоснабдяването се въвежда списък, ограничаващ изписваните лекарства. Независимо че изградената система включва ресурси за икономично изразходване на наличните средства, тя не успява да се наложи (една от главните причини за това е икономическата криза от 1929 г.) Дефицитът между осигуровки и изразходени средства за следващите две години нараства 2,5пъти. Това води до премахване на регулирания свободен избор и въвеждането през 1934 г. на система на назначените към фонда лекари. Очакванията на фонда за намаление на изразходваните средства не се оправдават и дефицитът през 1936 г. нараства с около 15.7%, а до 1939 г. с още около 32%. След продължителни разисквания се приема да се запази системата на лечение от 1934 г., съвместно със свободния избор на лекар.

Като отчитаме негативните фактори, влияещи върху здравеопазването по това време (недостатъчна база и средства, малко и недостатъчни квалифицирани кадри и др.), трябва да посочим, че постепенно се увеличават ползващите здравно осигуряване от 34 000 души през 1919 г., 130 000 през 1925 г., до 250 000 през 1939 г.

По същото време здравните системи в Европа се отличават с динамично развитие и се характеризират с голямо разнообразие. Всяка отделна система на

здравеопазване се изгражда под въздействието на множество фактори, но най-съществените от тях са: икономическото състояние на страната, националното благосъстояние и покупателната способност на населението. Като насочим внимание към факта, че в началото на XX-ти век в България е налице ускорено икономическо развитие, съпроводено от нарастване на икономическите показатели на страната, можем да константираме, че страната ни не изостава, дори напротив, от съвременните тенденции при развитие на здравните системи.

В края на XIX-ти век вече е налице необходимостта от правителствено решаване на проблемите на здравното осигуряване, на исканията на работниците за задължително здравно осигуряване не само на работещите, а и за членовете на семействата им. Подобни идеи се поддържали от много социалдемократически партии. Тези искания са били сред основните пунктове в програмите им за политическа борба.

Като резултат, в началото на нашия век в много европейски страни са приети закони за осигуряване на работещите в случай на заболяване, инвалидност, старост и безработица. Съгласно тези закони във формирането на осигурителните вноски неусетно самите работници започват да участват като предприемачи, заедно със собствениците на фабрики и манифактури, изплащащи от 25% до 40% от осигурителните вноски. Забелязва се установяване на постоянна форма на съвместни плащания между работодатели и осигурени. В по-късен период в осигурителните фондове започват да постъпват субсидии и дотации от държавата, която постепенно разширява своето участие.

Колкото повече държавата увеличава размера на внасяните средства (предимно под формата на дотации) в системата за задължително здравно осигуряване, толкова повече тя поема контрола върху този процес. Стремежът да се създаде регулирано здравно осигуряване става една от главните предпоставки при формиране на държавно (бюджетно) здравеопазване в такива страни като Великобритания, Швеция, Дания и др. По същото време в Германия, Австрия, Белгия, Холандия и други страни от Централна и Източна Европа получи разпространение така наречения модел „Бисмарк“, при който съществена роля играе финансовото участие на предприемачите, внасящи задължителните вноски в установените от закона фондове.

При това, във всички страни, където се въвежда задължително здравно осигуряване, поддържащите социални идеи (главно социалдемократични движения), внасят законопроекти за създаване на идеално здравно осигуряване (Non Contributory

Insurance). Целта е „осигуряване без вноски“ от страна на застрахования (осигурения), а формирането на фондовете като цяло да се възложи на предприемачите и държавата-идея, актуална и в настоящите условия.

Поради това, законодателната база на системата за осигуряване в тези страни се формира в течение на няколко десетилетия. Тя се регламентира не във отделни нормативни актове, а в серия от закони, постепенно разширяващи обема на социалните гаранции на осигурените. Законите са многократно реформирани, особено в първите години на тяхното въвеждането, до утвърждаването им в практиката.

В страните от Западна Европа системите за здравно осигуряване могат да се раздели на две групи, а именно- моделите „Бевъридж“ и „Бисмарк“.

Основа на т. нар. система „Бисмарк” за здравно осигуряване (по това време по-популярно като застраховане), е приетото социално законодателство в Германия по времето на управлението на Отто фон Бисмарк, в това число и споменатият закон от 1883 г.

Такива системи функционират в страните от Централна и Източна Европа в периода между двете световни войни. При тях медицинското обслужване се финансира за сметка на задължителни вноски, заплащани от предприятията (предприятия и работници) в посочените от закона фондове. В Германия и в част от Швейцария това са Krankenkasse, в Холандия - Ziekenfonds, в Белгия - Multialite.

Здравното обслужване, предоставено от лекарите, работещи на частна практика, се заплаща на основата на хонорар, а стационарите получават общ бюджет. Тези лица, които нямат достъп до такива фондове, се обхващат от системите за данъчно облагане или от частни застрахователни дружества.

След посочения период централно- и източно европейските страни възприемат силно централизирана, продиктувана от плановата икономика, във финансово отношение здравна система тип „Семашко“.

Системите за частно здравно осигуряване, обхващащи всички разходи за медицинска помощ на осигурените в САЩ, остават в Европа по-скоро като изключение. Известно е, че финансирането на здравното осигуряване за сметка на частното, води до изключване на голяма част от населението от тези системи (предимно групите с по-висок здравен риск), и до темп на увеличаване на разходите, който частните осигурителни компании не са в състояние да контролират. Затова такива системи се използват само в Германия и Холандия, но даже и в тези страни те са предназначени за групи от населението с високи доходи, които, разбира се, са

малцинство (в Германия - 13%). В това време държавното здравно осигуряване (предлагащо базови застрахователни услуги), намира все по-голяма почва за разпространение.

Най-представителната система за бюджетно здравно осигуряване се явява Националната служба за здравно осигуряване на Великобритания, която от самото начало се създаде като система за финансиране с висока степен на централизация на фондовете и незначителна роля на местните финанси (модел „Бевъридж“).

Гореизложеното, съобразено с актуалните тенденции в отделните страни и базирано на конкретните за страната специфични особености, оформя развитието на здравеопазването в Европа.

В началото на XX-ти век в България е характерно постепенното увеличаване броя на ползващите безплатни здравни услуги - от 15 000 души през 1903 г. (включващи: определени държавни служители; бедните, представили свидетелство за бедност; горските, митническите и акцизни стражари; арестантите в предварителен затвор и служещите във ведомството на Дирекцията за опазване на общественото здраве) до 1 180 000 души през 1941 г. (когато към ползващите се добавят бременните и родилките, децата в предучилищна възраст, болните със заразни болести на принудително и задължително уединение). Според действащия тогава Закон за Народното здраве (1929 г.), медицинската помощ може да се дава само в здравни и профилактични заведения, а не и по домовете на болните, което значително ограничава използването ѝ в по-малките градове и населени места. По тази причина към някои ведомства, като БНБ, Главна дирекция на железниците и пристанищата, Столична народна община и др., се създават здравни служби и болнични каси, финансирани от ведомствата, работещите в тях или от професионални организации.

През 1943 г. се правят опити за решаване на въпросите за здравното обслужване на държавните служители. Дава се право на служителите и техните семейства на безплатно лечение във всички държавни и общински здравни заведения, като им се разрешава да ползват и частни услуги от лекари и здравни заведения, за което да заплатят половината от установените от Главна дирекция на народното здраве такси. Останалата половина се поема от учредения към кооперативна централа „Ведома“ фонд „Медицинска помощ на държавните и общинските служители“. Средствата за фонда идват от минимални задължителни месечни вноски на служителите, субсидии от държавата (предвиждани ежегодно), дарения, лихви и др.

Поради факта, че не определят размерите на вноските и субсидиите и не се приема правилник за дейността на фонда, на практика той не намира приложение.

Решаването на проблемите на здравното осигуряване получават ново развитие след учредяването на самостоятелно Министерство на народното здраве (09.09.1944 г.) и разкрития към него Отдел за всенародна здравна застраховка. Създава се фонд „Здравна застраховка на служителите, пенсионерите и семействата им“ (1945 г.). Целта му е да осигури безплатна медицинска помощ и лекарства на включените в него. Управлението му се възлага на съответния отдел, но дейността му е контролирана от министъра. Необходимите средства постъпват от учрежденията и фондовете, обхванати от наредбата, регламентираща дейността на фонда.

Ежегодната вноска на тези учреждения е в размер на 4% от предвидените кредити за основни заплати и повишения за изслужени години, а на фондовете- 5% върху същите кредити за изплащане на основния размер на пенсиите за изслужено време и инвалидност. Ежемесечните вноски на служителите са 1% от основната им заплата и повишенията за изслужени години. Учрежденията, имали собствени здравни служби и осигуряващи безплатна медицинска помощ на своите служители и техните семейства, се освобождават от задължението да правят ежемесечни удръжки на служителите си. Бюджетът се допълва и от еднократни встъпителни вноски на всички служители и пенсионери, помощи от взаимоспомагателни посмъртни фондове и каси, дарения и др.

С изменение и допълнение на Закона за пенсии за изслужено време (1932 г.) от 1946 г. и 1948 г. здравноосигурените към фонд „Здравни застраховки“ значително нарастват. Разширява се обхватът на здравноосигурените и от Института за обществено осигуряване (ИОО). Като резултат броят на здравноосигурените през 1948 г. е над 2 300 000 души, което е 10 пъти увеличение в сравнение с 1940 г. Нараства болничният и санаториалният леглови фонд, но условията и качеството на лечение остават недостатъчни.

Независимо от проблемите в началото на 1945 г., Министерството на народното здраве (МНЗ) започва проучвания за въвеждане на всенародна здравна застраховка. Разпратени са до домакинства в различни населени места 11 000 статистически здравни карти. Тяхното предназначение е да съберат данни за разходите за здравеопазване на домакинството, ако е получило право на безплатна медицинска помощ. Целта е получените данни да се използват при разработването на всеобщата здравна застраховка. Проучва се и нагласата на населението към подобна застраховка.

Внесен е проект за учредяване на фонд „Здравна застраховка на селското население“, като част от Закона за здравна застраховка на служителите, пенсионерите и членовете на семействата им. Законопроектът предвижда две съставни части- досегашния фонд за здравна застраховка (ФЗЗ) и здравно осигуряване на селското население. Второто трябва да се въведе поетапно, след като с референдум се приеме от 2/3 от населението. Средствата ще се събират от здравноосигурителни вноски.

Този законопроект не е приет, като причините за това са от различно естество. Едни от тях са свързани с ограничените финансови възможности на страната и на самото селско население, недостатъчната материална база и кадрови потенциал. Други ни насочват към процесите, свързани с промяна на социално-класовата структура на обществото. В здравеопазването се налага национализиране на частните, кооперативните и здравните заведения на религиозна основа, пренасочване на медицинските кадри в обществения сектор. Променя се и представата за осигуряване на здравното обслужване на населението. Постепенното въвеждането на всенародна здравна застраховка отпада като правителствена задача за изпълнение.

Това не довежда до прекратяване на развитието на системата за здравно осигуряване. За това съдим по приетия през 1948 г. Закон за обществено осигуряване. Той регламентира единното ръководство в системата и разширява кръга здравноосигурени. Запазва се основният източник за набиране на средства- вноските, като се разширява кръгът на безплатните медицински услуги.

Продължават да съществуват самостоятелни здравни служби към Дирекцията на труда и обществените осигуровки, а също и към някои министерства, ведомства и дружества. Това допринася за оптималното използване на ресурсите и за развитие на здравеопазването в посока ангажиране на персонала и създаване на нови здравни заведения. Успоредно с това се забелязва разпокъсване на кадрите и дублиране на някои места на дейността на отделите на Главна дирекция на народното здраве. Това прави труден стремежа „за обединяването на всички обществено-здравни усилия, средства и институции“ в едно общо начинание.

След няколкогодишни опити за обединение и коригиране на постигнато състояние, през втората половина на 1947 г. взаимоотношенията между МНЗ, ИОО и фонда „Здравна застраховка“ съществено се променят. В началото на 1948 г. към МНЗ преминават здравните служби на ИОО и фонд „Здравна застраховка”, който става съставна част на държавния бюджет. ИОО се задължава да внася в държавния бюджет вноска за покриване на разходите, които Министерството ще направи за

неговата издръжка и за лечението на обхванатите от него работници и служители. За улеснение при отчитането на разходите наличните поликлиники се разделят на две- първите, издържани изцяло за сметка на кредитите, делегирани от института и вторите- от министерството. Това деление е в известна степен условно, тъй като МНЗ поема ръководството и отговорността за разкриването, развитието и дейността им.

С постановление на Министерския съвет от 29.08.1949 г. всички здравни заведения, заедно с инвентара, инструментариума и апаратурата, преминават към МНЗ.

През следващите две години към него преминават и болниците, санаториумите и др., които са свързани със здравния фонд. С такива процеси на реорганизации, районирания и обединения се създава единната здравна организация на МНЗ. Откъсването на здравните заведения от осигурителните фондове не означава незабавно разрушаване или дори разстройване системата на здравното осигуряване. Потвърждение на това са опитите през военните и първите следвоенни години за ръководство на здравеопазването, съчетано с разширяване и финансово стабилизиране на здравните осигуровки. След 1948 г. тези опити се изместват от политика на отказ от системата на здравно осигуряване.

През 1948 г. и 1949 г. се отчуждават частните болници, клиники, зъболекарски дружества и аптеки. Това е началото на продължилото заменяне на здравноосигурителния принцип на финансиране на здравеопазването с държавна здравна система, финансирана от общи данъчни приходи и възприемането на действащия в съветската система модел „Семашко“.

През 1951 г. в България се въвежда всеобща безплатна медицинска помощ, подобно на тази в Съветския съюз. По този начин лечението на болните официално се отнема от осигурителния фонд и се поема от МНЗ. Здравеопазването се превръща в изключително държавно дело. Отпадат задълженията на Държавния институт за обществено здравеопазване за организиране и предоставяне на необходимата здравна помощ на осигурените в случай на злополука, професионални и общи заболявания. Институтът запазва задълженията си за осигуряване на парични обезщетения за изпадналите в нетрудоспособност, поради заболяване, бременност и майчинство. Това намира законодателно отражение в приетия през ноември същата година Кодекс на труда. Това довежда до окончателното игнориране на здравното осигуряване и загубване самостоятелността на Държавния институт за обществено осигуряване.

В последвалия около тридесетгодишен период от развитието на българската здравна система, здравното осигуряване се замества от придобилото изцяло обществено разпространение - безплатно здравеопазване. Независимо от различните мнения и виждания, както и съобразявайки се с настоящите икономически условия на разглеждания период, не можем да не отчетем безспорната социална стойност на така организираното и провеждано здравеопазване. Неслучайно безплатното здравеопазване се разглежда като основна социална придобивка и се причислява като един от успехите на провеждана общонационална политика.

Необходимите условия и предпоставки за връщане отново към идеята за здравно осигуряване възникват към края на 80-те години на миналия век, когато са създадени реални условия за преминаване от бюджетно към смесено финансиране на здравеопазването.

До въвеждането на задължителното здравно осигуряване, общественият сектор на здравеопазване се финансира на централно и общинско равнище посредством държавния и общинските бюджети под формата на субсидии.

Като източници за финансиране можеха да се използват и различни форми-дарения, платени медицински услуги, договори с фирми и др. До 1999 г. другите източници за финансиране са обединени в групата извънбюджетни средства, но със Закона за държавния бюджет от 1999 г. се закриват всички извънбюджетни сметки, като средствата по тях постъпват по сметките на Министерство на финансите (МФ), Министерство на здравеопазването (МЗ) и общините. След това средствата се трансферират обратно.

Бюджетното финансиране доведе до някои съществени проблеми като: недостиг на финансови средства за здравните заведения; различия при разпределението на средствата по региони и здравни заведения; ниско заплащане на работещите в здравната сфера; създаване на възможности за пренасочване на пациенти и злоупотреби.

Тези проблеми са породени основно от неудовлетворителното равнище, източниците и начините на финансиране, но са и отражение на конкретната икономическа ситуация в страната.

Високата осигуреност със здравни заведения, медицински специалисти и болнични легла (характерна за разглеждания период), съобразена с ограничените финансови ресурси, предназначени за здравеопазване, води до несъответствие между показателите, характеризиращи ефективността на здравната помощ и тези,

характеризиращи състоянието на общественото здраве. Затова през 1998 г. се налага становището, че българската национална здравна система се нуждае от радикална реформа както в източниците за финансиране, така и в организацията, структурата, функциите, здравните заведения и управлението на националната здравна система.

Създадоха се условия за структурни и институционални промени, повишаващи ефективността на здравната система и формиращи нови финансови взаимоотношения между участниците в здравния пазар. За реализацията на тези промени се възприе и наложи отново неизбежната необходимост от въвеждане на здравноосигурителна система в България. Първата конкретна стъпка по пътя на реализацията на последователността от промени, налагащи отново здравното осигуряване в страната, е приемането на Закона за здравното осигуряване, свързано със създаването и институционалното изграждане на Националната здравноосигурителна каса през 1998 г.

В съответствие и следвайки примера на повечето европейски страни (използващи подобна система) е поставена и основната цел на провежданата в страната здравна реформа- подобряване здравното състояние на населението. Така остава открит въпросът: В състояние ли е здравното осигуряване да оправдае предварително заложените му във времето обществени очаквания?

1.3.1. Историческо развитие на пенсионното осигуряване на военнослужещите в България

След Освобождението на България със заповед №1 от 20 юли 1878 г. на руския императорски комисар в България княз Александър Дондуков-Корсаков се създава Българската земска войска. Нейното ядро е българското опълчение и се изгражда като постоянна армия с обща задължителна военна служба. В края на 1878 г. Българската земска войска има в състава си общо 31 400 души, оборудвани с оръжие, материална част и боеприпаси от руската армия.

С приемането на Търновската конституция, изборът на княз Александър I Батенберг и създаването на българското правителство започва самостоятелният държавен живот на Княжество България. С Указ №23 от 17 юли 1879 г. се създава Военното министерство. На 17 декември 1879 г. влиза в сила „Привременно положение за Българската войска“, което изпълнява ролята на първи закон на въоръжените сили, които вместо „земска“ вече се наричат Българска войска.

Паралелно със организационното изграждане на Българска войска започват и процесите по нейното осигуряване. В резултат на назначаването на руски офицери на основните командни длъжности, а именно началник на Българската земска войска, началник на щаба, началник на българската артилерия и завеждащ инженерната и сапьорната част, основните моменти в осигуряването на личният състав са заимствани от практиките в Руската армия. В §139 от Привременното положение за българската войска е отбелязано, че военнослужещите ще получават освен пенсии от хазната на Княжеството и пенсии от Емириталната каса.

Непосредствено след Освобождението, в Търновската конституция от 1879 г., се предвижда право на пенсия за държавните служители: „Чл.166 Длъжностните лица, които съ назначени на служба отъ Правителството, иматъ право да добиватъ пенсия, основата и количеството на която ще бъде определена по особенъ законъ“. Впоследствие това право се разширява от специални закони[40]. През 1880 г. е приет Закона за инвалидното съдържание, който урежда пенсиите на поборниците и опълченците, и въвежда изискването за трудов стаж като условие за получаване на инвалидна пенсия, с които се счита, че се поставя началото на законодателството в сферата на социалното осигуряване и подпомагане[41].

Интересен момент от пенсионното осигуряване в този период са т.нар. поборнически пенсии. Първият Закон за подобрение на положението на поборниците и опълченците е приет на 3 юни 1880 година. Към тази категория се отнасят „не само повредените поборници в турските затвори и във време на военните действия, но и всички други, които независимо от тия причини и подир военните действия са се повредили и са станали неспособни за работа“. Законът отрежда „на неспособний за работа поборник да се дава ежегодно от 100 до 300 франка съдържание пожизнено“. За да получат помощ, поборниците трябва да предоставят медицинско свидетелство, „от което явно да се вижда, че болестта, която има, не му дава възможност да работи и да се прехранва с труда си“[42].

На 23.06.1886 година IV-то Обикновено народно събрание приема „Закон за инвалидните пенсии на военните лица“[43]. Съгласно този закон военните лица са разделени на четири категории: първа категория обхваща лицата, които не могат да се

[40] Иванова, И. Пенсионното осигуряване в България преди 1944 г. <http://glasove.com/categories/svetyt-ot-vchera/news/pensionnoto-osigurqvane-v-bylgariq-predi-1944-g>, посетена 17.02.2016 г.
[41] Исторически преглед на социалноосигурителното законодателството. 135 години социално осигуряване в България. НОИ, С., 2015.
[42] Гълъбов, Стоян. „Сладките години“ в две епохи или пенсионните системи на Царство България и НРБ. http://socbg.com/2014/05сладките-години-в-две-епохи-или-пен.html. посетена 19.02.2016 г.
[43] ДВИА, ф. 1, оп. 2, а. е. 2, л. 145.

прехранват със собствен труд и се нуждаят от помощ, втора категория - неспособност да се прехранват със собствен труд, трета категория - полуспособност да се прехранват със собствен труд и четвърта категория - способност за работа за собствена прехрана с явни затруднения. В закона са определени конкретният размер на инвалидните пенсии за съответното звание и категория инвалидност.

През 1883 военния министър генерал-майор Николай Каулбарс предлага българският офицерски корпус да се присъедини към Руските емирителни каси като за целта следва да се внесат 60000 лв. Държавният съвет на България отхвърля това предложение. През 1885 г. въпроса с Емириталната каса е бил почти решен, но събитията свързани със Съединението го отлагат до 1887 г. и е решен през 1888 г. с указ №143 от 01.01.1888 г. Княз Фердинанд I утвърждава „Положение на Емириталната каса по военното ведомство“.

Емириталната каса в Княжество България е учредена на принципа на Руската емирителна каса по военното сухопътно ведомство. Руската емирителна каса е учредена през 1859 година с основен фонд от 8 325 000 рубли, почти 25 000 000 лв. В Таблица 1.1 са посочени основните различия между Руската и Българската емирителни каси.

Таблица 1.1. Основни различия между Руската и Българската Емирителни каси

Специфики	**Русия**	**България**
Основен фонд	има	Няма
Удръжки	6%	5%
Пълна пенсия се получава след прослужване на	35 г.	30 г.
Изискване за получаване на пенсия	да е служил 25 г. и да е внасял съответните суми най-малко 5 г.	да е служил пълни 5 г. да е внасял съответните суми

Съгласно указ №143 от 1887 г. на Княз Фердинанд I се утвърждава „Положение на Емириталната каса по военното ведомство“, като целта на касата е да се обезпечи в материално отношение участниците в нея и техните семейства[44]. Всички военнослужещи са задължителни членове на касата са всички служещи офицери, лекари и чиновници, които получават заплата от военното ведомство.

[44] ДВИА, ф. 1, оп. 1, а. е. 54, л. 160; Указ № 143 от 1888 г. на Фердинанд I за утвърждаване на „Положение на Емириталната каса по военното ведомство“.

Средствата на Емириталната каса са неприкосновена собственост на всички участници в нея и се ползват само за изплащане на пенсии и покриване на разходите за управление и съхраняване на капиталите. Получаваните пенсии от касата не лишават и не ограничават правата на лицата за получаване на други пенсии и обезщетения по други закони.

Паричните средства се набират по следните начини:

- 5% удръжки върху месечната заплата на служещите;
- 3% еднократни удръжки върху разликата в заплащането при произвеждане в по-висок чин или за по-високо възнаграждение;
- от лихвите по капиталите и
- от случайни постъпления и дарения.

Всички начислени парични средства се депозират в гарантирани държавни финансови учреждения.

Емириталните пенсии се отпускат съобразно военното звание по което е постъпила последната вноска. В случай на смърт или когато военнослужещият не е придобил право на пенсия, но е загинал във война или при изпълнение на служебните си задължения пенсията се получава от семейството на загиналия. Отпуснатите пенсии се прекратяват:

- когато пенсионерите постъпят отново на действителна служба;
- когато овдовялата съпруга се омъжи;
- когато сина или синовете на загиналия навършат 21 години или постъпят на държавна служба;
- когато дъщерята или дъщерите на загиналия навършат 30 години, ако дотогава не са се омъжили;
- когато получаващият пенсия е безследно изчезнал;
- когато получаващият пенсия е лишен от политически, граждански и имуществени права;
- при смърт и
- при постъпване в монашество.

Емириталната каса се управлява от Управителен съвет в състав председател, четирима военнослужещи и четирима запасни.

С Указ № 44 от 29.10.1894 г. на Княз Фердинанд I Емириталната каса се разформирова считано от 01.11.1894 година.

От тези първи опити на младата Българска държава се налага извода, че пенсионното осигуряване на военнослужещите има смесен характер - от една страна е държавното пенсионно осигуряване чрез законите регламентиращи пенсиите за инвалидност на военните лица, а от друга страна е пенсионното осигуряване на основата на солидарния принцип чрез емириталната каса, което има характер на допълнително пенсионно осигуряване.

С Указ № 177 от 15.12.1890 г. на Княз Фердинанд I се приема „Закон за пенсиите на военните лица и чиновниците по военното ведомство“, а Правилника за неговото прилагане се приема на 29.01.1892 година[45]. Според закона офицерите, военните лекари и чиновниците от военното ведомство придобиват право на пенсия за изслужено време. Съгласно същия правилник пенсионния фонд се създава и управлява от военното ведомство чрез Пенсионното отделение[46]. Надзора върху движението, увеличението и др. финансови операции на фонда се възлага на пенсионен комитет, който се отчита пред Военния министър. В работа си Военния министър се подпомага от назначена от него специална комисия в състав: командира на Пенсионното отделение, няколко командира на длъжност бригаден командир и няколко полкови командира. Когато тази комисия разглежда важни финансови въпроси участват и представители на финансовото министерство, назначени по споразумение между финансовия и военния министър.

Удръжките са в размер на 5% от заплатата на всеки офицер, военен лекар, чиновник и служещ от военното ведомство. Не се правят удръжки върху: квартирните пари, сумите за наем на слуга и добавките за определени гарнизони или специални случаи. Добавките на военните лекари за петгодишна служба не се освобождават от удръжки.

За да се отпусне пенсия по този закон е необходимо осигуреният да е служил във Военното ведомство не по-малко от 10 години, а пълна пенсия се получава след 35 години служба[47]. Отпусканите пенсии са лична, наследствена и инвалидна пенсия.

Основата за формиране на личната пенсия е пълната пенсия. Пълната пенсия е 50/60 части от заплатата на уволняемото лице. Прослужилият 10 години получава пенсия в размер на 10/30 от размера на пълната пенсия и добавка в размер на 1/30 за всяка прослужена година до 15 годишна служба. От 15 годишна служба нагоре получава пенсия в размер на 30/60 от размера на пълната пенсия и добавка в размер на

[45] ДВИА, ф. 1, оп. 5, а. е. 232, л. 85.
[46] ДВИА, ф. 1, оп. 5, а. е. 232, л. 95-97.
[47] ДВИА, ф. 1, оп. 1, а. е. 59, л. 68-70.

1/60 за всяка прослужена година до 35 годишна служба, от която добива пълна пенсия. Пенсията се отпуска с указ на цар Фердинанд I.

Наследствена пенсия се полага само на една категория близки и имат право да получават такава:

- вдовица с 3 или повече деца получава 3/4 от размера на изчислената пенсия;
- трима или повече сираци получава 3/4 от размера на изчислената пенсия;
- вдовица с по-малко от 3 деца получава 2/3 от размера на изчислената пенсия;
- по-малко от трима сираци получава 2/3 от размера на изчислената пенсия;
- баща и майка получават 1/3 от размера на изчислената пенсия;
- само баща или майка получава 1/5 от размера на изчислената пенсия.

Пенсионният фонд се формира от:

- основен капитал в размер на 750000 лв. отпуснат еднократно от държавата;
- от годишните вноски в размер на 5% от заплатата на всеки офицер, военен лекар, чиновник и служещ от военното ведомство;
- от завещания и подаръци.

Въпросите, свързани с инвалидната пенсия, са регламентирани в този закон, но средствата са за сметка на държавното съкровище. Получаващите инвалидна пенсия са разделени на три категории: първа категория обхваща лицата, които не могат да се прехранват със собствен труд и се нуждаят от прислужник/ца, втора категория – неспособност да се прехранват със собствен труд, трета категория – полуспособни да се прехранват със собствен труд. В закона са определени размерите на инвалидните пенсии за съответното звание и категория инвалидност, например фелдфебел на свръхсрочна служба получава инвалидна пенсия – за трета категория 300 лв., за втора категория 600 лв. и за трета категория 840 лв.

Набраните средства се депозират срещу лихва в гарантирани от правителството кредитни учреждения. Съгласно Правилника за прилагане на Закона за пенсиите на военните лица и чиновниците по военното ведомство в края на всяка година се в Пенсионното отделение се изготвя подробна равносметка за състоянието на фонда, броя на пенсионерите и сравнителните ведомости за изминалите години. Тази равносметка се докладва на Военния министър, който назначава специална комисия за

проверка на всички операции на фонда и съгласно констатациите на комисията заповядва да се обнародва равносметката в Държавен вестник[48].

През 1895 година Закона за пенсиите на военните лица и чиновниците по военното ведомство е отменен, като на негово място е приет Закон за държавните пенсии по Военното ведомство, който влиза в сила от 14.12.1895 г. По същество новият закон в по-голямата си част е копие на стария такъв. Различията в него се свеждат до набирането на паричните средства във фонда и начина на изчисляване на отпусканата пенсия.

Пенсионния фонд се формира от: първоначално отпуснатият основен капитал от държавата; от 5% удръжки от заплатите за звание и длъжност на военнослужещите; от временните парични постъпления от държавата, които е необходимо да покрият най-голямата сума до която могат да достигнат разходите, от лихвите по депозираният капитал и удръжки и от подаръци и завещания.

Размера на пенсията е 40% от получаваната заплата за звание и длъжност, като под 15 прослужени години за всяка година се намаля с 3%.

С разформирането на Емириталната каса през 1894 година допълнителното пенсионно осигуряване на военнослужещите чрез взаимопомощ в Княжество България е прекратено.

В свое изследване за пенсионното осигуряване в България преди 1944 г. Илиана Иванова отбелязва, че с приемането на Закон за общественото осигуряване през 1924 г., останал непроменен до 1948 г. на Закона за пенсиите за изслужено време от 1932 г. и със създаването Института за обществено осигуряване през 1941 г. е оформена фондовата система за социалното осигуряване в България. Значително се разширява кръгът на осигурените лица, увеличени са приходите на пенсионните фондове, които разумно инвестират натрупаните в тях средства[49].

В първите пенсионни закони са прокарани сравнително ниски норми за прослужено време и пределната възраст за пенсиониране. Това дава възможност да се пенсионират млади служители с малко трудов стаж, нещо, което се отразява зле на пенсионните фондове и затова впоследствие постепенно законите се изменят, като се увеличава прослуженото време и възрастта за добиване право на пенсия. В началото пенсионните удръжки са 3 на сто, за да достигнат през 1943 г. на 12,5 на сто.

[48] ДВИА, ф. 1, оп. 5, а. е. 232, л. 98.
[49] Иванова, И. Пенсионното осигуряване в България преди 1944 г. <http://glasove.com/categories/svetyt-ot-vchera/news/pensionnoto-osigurqvane-v-bylgariq-predi-1944-g>, посетена 17.02.2016 г.

До войните за национално обединение, размерът на пенсиите дава възможност за едно добро съществуване на пенсионералите се военнослужещи, предвид малкия им брой и нарастващия демографски потенциал на страната. След двете национални катастрофи, завършили с подписания Ньойски договор, започва продължителен процес на обезценяване на пенсиите по обективни причини, който е прекъснат за кратко през 30-те години на XX-ти век и е възобновен отново по време на Втората световна война.

Като цяло до 1944 г. в условията на пазарно стопанство България успява да положи основите на системата за социална сигурност, която е близка до подобни системи в развитите страни, особено по отношение на законодателството. То определя точни и ясни критерии за отпускане на пенсии, като от първостепенна важност са размерът и продължителността на внесените осигурителни вноски. След Деветосептемврийския преврат е наложена система за централно планиране. Това неминуемо оказва влияние и върху пенсионното осигуряване на военнослужещите, което също става силно централизирано.

През 1948 г. е приет нов Закон за общественото осигуряване, заменил действалия от 1924 г. такъв, който подменя фундаменталния принцип, че правото на пенсия се поражда от участието с осигурителни вноски в съответния фонд, а не от положения труд. Осигуровките на работниците и служителите по силата на новия закон се поемат изцяло от държавните предприятия и учреждения. След 9 септември 1944 г. влиза в сила Закон за подпомагане на жертвите в борбата против фашизма и капитализма, който предвижда финансова помощ и безплатен ремонт на жилищата на „пострадалите“. Постепенно кръгът на „пострадалите“ правоимащи се разширява значително и обхваща и кръвните роднини на антифашистите до трета степен на родство, а също и тези по сватовство.

На 14 януари 1948 г. е обнародван Закон за лишаване от право на пенсия на лица, проявили фашистка дейност. Въз основа на него са спрени пенсиите на безследно изчезналите в периода от 9 септември 1944 г. до 30 март 1945 г. във връзка спреврата на 9 септември 1944 г., както и на осъдените от Народния съд, а също и на всички други физически лица, за които новарта власт смята, че имат „фашистки прояви“. По силата този закон са отнети и наследствените пенсии, като не е признат за трудов стаж този положен от някои длъжностни лица преди 9 септември 1944 г. -кметове, помощник-кметове, военни, полицаи и т.н.

На управите на околийските народни съвети по този закон е възложено да събират сведения за фашистката дейност на лицата чрез структуриите на ОФ и на

другите масови организации. Те трябва да дават мнение на Пенсионния съвет относно спирането на тези пенсии. Освен това, на съвета е дадена възможност да събира сведения „по начин, какъвто намери за добре“. Така Пенсионният съвет получава твърде широки и необичайни функции, а именно да определя кой е фашист и кой не[50]. Вследствие на амбициите на Пенсионните съвети за „достойно“ представяне пред народната власт и сравнително лесният начин за доказване на фашистка дейност от военнослужещите, значителна част от военните губят своите пенсии.

Характерна черта на българската осигурителна и в частност пенсионносигурителна система на военослужещите в исторически контекст е, че тя е в много по-голяма степен обвързана с държавата, отколкото в развитите европейски страни в края на XIX-ти и през XX-ти век. Одържавяването на пенсионното осигуряване в България по немски образец започва през 1941 г. със създаването на Института за обществено осигуряване.

След Априлския пленум в България и прилагайки съветският опит е приет Закона за пенсиите, влязъл в сила от 1 януари 1958 г., и останал в сила до влизането в сила от началото на 2000 г. на сега действащия Кодекс за социалното осигуряване, в който се регулира и пенсионното осигуряване на военнослужещите. Според Закона за пенсиите военнослужещите при уволнение придобиват право на пенсия при 20 години трудов стаж, от които две трети да са действително изслужени на кадрова военна служба, независимо от възрастта им. Правилото за пенсиониране на военните в основни линии не се променя от 1932 г.

Никола Константинов изследва държавно-бюджетна система на социалното осигуряване в България в периода 1951-1995 г. и прави заключението, че след ликвидирана многопартийната система марксистко-ленинската идеология се налага като единствено научна и безспорна. Започва тоталното одържавяване и ликвидиране на самостоятелността на всички кооперативни, застрахователни, културно-просветни и други обществени организации и институции[51].

Първият по-съществен удар върху самостоятелността на Института за обществено осигуряване, създаден в 1941 г. и получил наименованието държавен в 1949 г., както и на фондовата организация на осигуряването, се нанася с решението на правителството от началото на 1950 г. бюджетът на ДИОО да бъде включен в единния републикански бюджет на страната. По този начин се слага началото на края на

[50] Радева, Веселка. Фашизмът и антифашизмът в българската пенсионна практика през 40-те - 60-те години на XX век. Научни трудове на Русенския университет, том 48, серия 6.2, Русе, 2009, стр. 297-299.
[51] Тошкова, Витка и др. Изследвания по история на социализма в България 1944-1989. Том 2, Графимакс, С., 2010, стр. 307-355.

фондовата система на осигуряването в България и в частност на пенсионното осигуряване на военните. Управителният орган на социалното осигуряване се лишава от възможността да заделя неизразходваните годишни приходи на отделните осигуровки в съответните запасни фондове с оглед посрещането на бъдещи нужди

С постановление на Министерския съвет от 10 декември 1951 г. се предвижда създаване на Управление на пенсиите към Министерството на народното здраве и социалните грижи, което поема постепенно пенсионното осигуряване не само на работниците и служителите, но и на военните.

Държавно-бюджетната система на управление на социалното осигуряване просъществува повече от четири десетилетия. След премахване на еднопартийната система в средите на социално осигуряване започват полемики и предложения за реформирането на действащата пенсионна система. Едва през втората половина на 1995 г. е приет закона за фонд „Обществено осигуряване“. С него за първи път след 1950 г. се узаконява отделянето на неговия бюджет от държавния. Едновременно с това се поставят основите на днешния Национален осигурителен институт, който отчита своята дейност пред Народното събрание. Законът за фонд „Обществено осигуряване“ не решава всички проблеми, свързани с реформирането на осигуряването. Той не променя осигурителните права и задължения на осигурените военнослужещи. И в следващите години, както в предшестващите, осигуряването се извършва съгласно дял III от Кодекса на труда от 1951г., Закона за пенсиите от 1957 г., Указа за насърчаване на раждаемостта от 1968 г. и многобройните изменения и допълнения на тези законодателни актове.

През последните няколко години в България се провежда цялостна реформа в социалното осигуряване. От 1.01.2000 г. влезе в сила Кодексът за задължително обществено осигуряване, а от 2.08.2003 г. е в сила Кодексът за социално осигуряване (КСО), който урежда обществените отношения по задължителното обществено и допълнително социално осигуряване и кодифицира правната материя по задължителното краткосрочно и дългосрочно обществено осигуряване, допълнителното задължително и допълнителното доброволно пенсионно осигуряване. По този начин в страната се изгради тристълбова система на пенсионно осигуряване, основана на принципа „сигурност чрез многообразие“, и обхващаща: обществена система за задължително пенсионно осигуряване от разходо-покривен тип и допълнително пенсионно осигуряване.

През 2011 г. българското правителство взема решение за ограничаване на ранното пенсиониране, което включва и военните. От 1 януари 2012 г. се увеличи осигурителният стаж от 25 на 27 години. От 1 януари 2013 г. се въведе и минимална изискуема възраст за пенсиониране - 52 години за войниците, сержантите, офицерските кандидати и офицерите с младши звания и 54 години – за офицерите със старши военни звания. Остана изискването за 27 години осигурителен стаж, от които две трети изслужени във Въоръжените сили. Това означава, че независимо кога са изслужени в армията тези две трети, т.е. 18 години, когато навърши съответните 52 или 54 години може да се пенсионира.

В действащият към момента Закон за отбраната и Въоръжените сили в §44 от преходните и заключителни разпоредби е указано създаването на военен пенсионен фонд, който да изплаща добавки към пенсиите на военнослужещите.

С промените в Кодекса за социално осигуряване, приети на 28.07.2015г. и обнародвани на 11.08.2015 г. се създаде фонд „Пенсии за лицата по чл. 69“. В този фонд ще постъпват осигурителните вноски на военнослужещите по Закона за отбраната и въоръжените сили на Република България и от него ще се изплащат техните пенсии. Фондът ще изплаща пенсии за инвалидност поради общо заболяване, старост и смърт на военнослужещите. Осигурените в универсален пенсионен фонд военнослужещи имат право да изберат да променят осигуряването си от универсален пенсионен фонд във фонд „Пенсии за лицата по чл. 69“, не по-късно от 5 години преди възрастта по чл. 68, ал. 1, при условие че не им е отпусната пенсия за осигурителен стаж и възраст. При промяна на осигуряването от универсален пенсионен фонд във фонд „Пенсии за лицата по чл. 69“, натрупаните средства от индивидуалната партида на осигурените лица в даден универсален пенсионен фонд се превеждат в Държавния фонд за гарантиране устойчивостта на държавната пенсионна система (т.нар. Сребърен фонд). Военнослужещите, които са избрали да променят осигуряването си от универсален пенсионен фонд във фонд „Пенсии за лицата по чл. 69“, могат да изберат да възобновят осигуряването си в универсален пенсионен фонд не по-късно от 5 години преди навършване на възрастта за пенсиониране по чл.68, ал. 1 и ако не им е отпусната пенсия за осигурителен стаж и възраст. При промяна на осигуряването от фонд „Пенсии за лицата по чл. 69“, в универсален пенсионен фонд, ако за лицето има преведени средства в Държавния фонд за гарантиране устойчивостта на държавната пенсионна система (т.нар. Сребърен фонд), същите се прехвърлят по индивидуалната му партида в избрания от него универсален пенсионен фонд.

През последните години в обществено-икономическият живот се активизира полемиката за ограничаване на ранното пенсиониране на военнослужещите, за поемане на целия размер на осигурителната вноска за пенсия на военните лица от съответното държавно ведомство, за ограничаване на социалните им права и за повишаване на тяхната социална защита.

България се изправя пред сериозни демографски и социално осигурителни предизвикателства, които оказват съществено значение върху пенсионноосигурителната система в България. Прогресивното намаляване на общия брой на населението, и по-специално на поколението в трудоспособна възраст, предполага, че в бъдеще работната сила в България ще намалява и ще застарява, а лицата които в момента работят зад граница не правят вноски в социално осигурителната система. Водят се дискусии за необходимостта от ограничаване на ранното пенсиониране и за регламентиране на лични вноски в осигуряването на служителите от сектор сигурност.

ИЗВОДИ ПЪРВА ГЛАВА

1. Пенсиите от капиталовите фондове ще продължат да увеличават дела си в общата сума на пенсиите за сметка на намаляване дела на доходите от публичните схеми. Основателни са очакванията капиталовите пенсии да се изравнят с публичните пенсии и двете да формират 70-80 % коефициент на заместване на дохода.

2. Има няколко възможни решения за реализиране на ранното пенсиониране на военнослужещите. Като първи вариант – пенсионирането на военните да остане в сега действащото пенсионно осигуряване. Продължават да се пенсионират по универсалната пенсионна схема с ясно разписани законови форми, както е сега. Недостатъците са свързани с това, че като членове на Европейският съюз, имаме непрекъснато препоръки за ограничаване на ранното пенсиониране и то ще продължи, както за военните, така и за останалите.

Друга възможност е да се създадат капиталови пенсионни фондове за военнослужещи, какъвто е преобладаващият световен опит. Този пенсионен фонде ноже да се реализира като военен пенсионен фонд, в който се внася определена вноска от работодател и от военнослужещите. Военнослужещите ще могат да се пенсионират по-рано, като получават пенсия от този фонд и след това преминават в общата схема на пенсиониране.

3. От същността на капиталовите пенсионни фондове можем да изведем техните основни предимства. Предимствата на капиталовите пенсионни фондове и недостатъците на публичната разходо-покривна система водят до нарастване на дела на капиталовите пенсии в общите пенсионни доходи на населението.

ГЛАВА ВТОРА. АНАЛИЗ НА РАЗВИТИЕТО И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА НА БЪЛГАРИЯ

2.1. Основни методологически подходи в изследване развитието на здравноосигурителната система на Република България

Системата на пенсионното осигуряване в България се основава на развитието на т.нар. три стълба:

- Първи стълб - задължително държавно пенсионно осигуряване като елемент на Държавното обществено осигуряване от разходно-покривен тип. Включва пенсиите, изплащани от фондове, финансирани с осигурителни вноски и/или с трансфери от републиканския бюджет. Той се управлява от Националния осигурителен институт (НОИ), който отговаря за изчисляването и плащането на пенсиите;
- Втори стълб - допълнително задължително пенсионно осигуряване в пенсионни фондове, управлявани от лицензирани пенсионноосигурителни дружества от капитало-покривен тип. Включва пенсии, изплащани със средства, натрупани в универсални и/или професионални пенсионни фондове, управлявани от лицензирани пенсионно-осигурителни дружества. Финансирането е от осигурителни вноски от работодатели и работещи
- Трети стълб - допълнително доброволно пенсионно осигуряване в пенсионни фондове, управлявани от лицензирани пенсионноосигурителни дружества от капитало-покривен тип. Включва пенсии, изплащани със средства, натрупани в доброволни пенсионни фондове, управлявани от лицензирани пенсионноосигурителни дружества. Финансирането е от осигурителни вноски, определени от волята на страните. Състои се от схеми на базата на колективни трудови договори и от схеми на базата на индивидуалното желание на лицето.

Първият стълб е държавното обществено осигуряване (ДОО), което дава право на получаване на пенсия за осигурителен стаж и възраст. За получаването на тази пенсия се правят задължителни осигурителни вноски в размер, определен в Закона за бюджета на държавното обществено осигуряване, а пенсията се формира на базата на критерии, свързани с осигурителен доход, осигурителен стаж и други фактори.

Вторият стълб е допълнително задължително пенсионно осигуряване, което се осъществява от лицензирани пенсионноосигурителни дружества в управляваните от тях:

- професионален пенсионен фонд- задължителен за работещите при условията на първа и втора категория труд. Тази вноска е изцяло за сметка на работодателя. Осигуряването в професионален пенсионен фонд дава право на срочна професионална пенсия за ранно пенсиониране, получавана до придобиване право на пенсия за осигурителен стаж и възраст от ДОО.
- универсален пенсионен фонд- задължителен за родените след 31.12.1959 г., които се осигуряват в държавното обществено осигуряване. Вноската е за сметка на работодателя и на осигуреното лице. Осигурителните вноски се правят всеки месец в размер, определен с Кодекса за социалното осигуряване. Осигуряването в универсален пенсионен фонд дава право на получаване на допълнителна пожизнена пенсия за старост, получавана отделно и независимо от пенсията от ДОО.

Третият стълб на пенсионната система е допълнителното доброволно пенсионно осигуряване, в което могат да участват всички физически лица, навършили 16 години. Създадена е законова възможност за всеки, който желае да си осигури допълнителни доходи след пенсиониране да прави вноски за доброволна пенсия. Допълнително доброволно пенсионно осигуряване се осъществява въз основа на участие в доброволен пенсионен фонд или във фонд за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми, учредени и управлявани от лицензирано пенсионноосигурително дружество.

Тристълбовият модел комбинира два различни принципа - разходо-покривният (при държавното обществено осигуряване) и капиталово-покривният (при допълнителното задължително и допълнителното доброволно пенсионно осигуряване).

Проблематиката на развитието на капиталовите пенсионни фондове е подробно разгледана от Станислав Димитров.[52] Дейността на капиталовите пенсионни фондове се регламентира със законодателство през 1999 г. Пенсионната система е тристълбова: първи стълб на принципа на разходно-покривен принцип; втори стълб на капиталов принцип и задължителност на участието и трети стълб на капиталов принцип и доброволност на участието.

[52] Развитие на капиталовите пенсионни фондове (финансови аспекти, резултати, решения и перспективи за България). Издателство на ВФУЗ „Св. Григорий Богослов“, С., 2012, стр. 41-73.

Новият модел на пенсионна система в България е обусловен от тенденциите в икономическото развитие и социалното осигуряване в страната през последните двадесет години. Моделът предоставя възможност в страната да се извършва пенсионно осигуряване на основата на два принципа - разходо-покривен и капиталово-натрупващ.

Допълнителното задължително и допълнителното доброволно пенсионно осигуряване се осъществяват чрез пенсионни схеми на капиталов принцип на основата на дефинираните вноски.

Осигуряването в Универсалните пенсионни фондове се извършва за допълнителна лична пожизнена пенсия. Задължително се осигуряват в Универсален пенсионен фонд лицата, родени след 31 декември 1959 г., ако са осигурени при условията и по реда на част първа на КСО.

Осигуряването в Професионалните пенсионни фондове се извършва за срочна професионална пенсия за ранно пенсиониране. Задължително се осигуряват в Професионален пенсионен фонд лицата, работещи при условията на първа и втора категория труд, независимо от възрастта.

Осигуряването във Фондове за доброволно пенсионно осигуряване се извършва за допълнителна доброволна пенсия. Всяко физическо лице, навършило 16 години, може доброволно да се осигурява или да бъде осигурявано във фондове за допълнително доброволно пенсионно осигуряване.

Сегашното състояние на капиталовите пенсионни фондове в България е резултат и от развитието на процесите на пазара на допълнително пенсионно осигуряване през годините. Развитието преминава през различни етапи, като тези етапи могат да бъдат класифицирани в зависимост от избрани критерии: развитие на законодателството в областта на допълнителното пенсионно осигуряване; развитие на пазара на пенсионноосигурителни продукти; развитие на надзора върху дейността; развитие на администраторите на пенсионни фондове (пенсионноосигурителните дружества); развитие на мрежата от териториални офиси на дружествата; информационно обслужване на дейността и др.

Сред негативните демографски тенденции са намаляване коефициента на работещите към пенсионерите, увеличаване средната продължителност на живота, пенсиониране през 2030-2040 г. на голям брой лица, родени през 70$^{-те}$ години на миналия век. Това ще влоши допълнително коефициентът на зависимост. В допълнение, очаква се, че новите пенсионери ще имат по-нисък коефициент на

заместване от публичната система поради участието на всички години на осигуряване при изчисляване на пенсията.

Здравеопазването е комплекс от дейности по управление, финансиране и предоставяне на здравни услуги на населението. Функционирането на здравната система се базира на принципите на солидарност, ефективност, правото на избор при получаването на медицински услуги. Понастоящем ролята на държавата в здравеопазването е от първостепенно значение (въпреки тенденциите за по-голямо либерализиране на пазара на здравни услуги).

Правната уредба на здравното осигуряване във вътрешното ни право се съдържа в чл.52 от Конституцията на България, като в него е залегнало конституционното право на гражданите на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. В създаденото от 1998г. насам ново здравноосигурително законодателство се създадоха и редица други нормативни актове, които да обхванат и регулират съвременното здравеопазване: Закон за здравето, Закон за здравното осигуряване, Закон за лечебните заведения, Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите, Закон за съсловната организация на магистър-фармацевтите, Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина, Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите, Закон за трансплантация на органи, тъкани и клетки, Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането, и други.

2.2. Основни принципи на функциониране на националната система за финансиране на здравеопазването

Многобройните законодателни промени и нарушената логика в последователността на приемането на законите доведоха в определени случаи до несъответствия между различните нормативни актове и до затрудняване на взаимоотношенията между различните участници в системата. През изминалите години в здравната система се въведе и утвърди моделът на задължителното здравно осигуряване. Създадена бе Национална здравноосигурителна каса (НЗОК), като финансирането на здравеопазването се споделя между нея и Министерството на здравеопазването. Предоставянето на качествена медицинска помощ на населението е

една от основните цели в управлението на системата. За гарантиране на качеството бяха въведени редица инструменти, като медицински стандарти, клинични пътеки, диагностично-терапевтични протоколи и фишове за здравни грижи, акредитация и други.

Националната система за здравеопазване е изградена на три нива:

- Национално - обхваща територията и населението на цялата страна;
- Областно - обхваща територията и населението на една административна област от териториалното деление на страната;
- Общинско - обхваща територията и населението на една община.

Управлението и координацията в системата се осъществява на национално ниво от министъра на здравеопазването, който е едноличен орган на държавната власт отговорен за здравеопазването. На областно ниво управлението и координацията се осъществява от директора на Районен център по здравеопазване (РЦЗ), който е териториален орган на Министерство на здравеопазването, а на общинско ниво- от началника на общинското управление по здравеопазване. Извън изброената администрация, която представлява държавната и общинските здравни власти. В българската система на здравеопазване съществуват и други институции и структури които се занимават с финансиране на здравеопазването, оказване на медицинска помощ и дейности свързани с общественото здравеопазване. Това са: Национална здравноосигурителна каса е с централно управление в гр. София. Районни здравноосигурителни каси - по една във всеки областен град и 121 общински офиса. НЗОК е създадена със специален закон с предмет на дейност - осъществяване на задължителното здравно осигуряване в Република България, което представлява система за социална здравна защита на населението, гарантираща пакет от здравни услуги за всеки гражданин.

ЗЗО се осъществява с финансови средства, предвидени в бюджета на НЗОК. Приходите за него се набират от осигурителни вноски на осигурените лица и техните осигурители (работодатели), от лихви и приходи от имуществото на НЗОК, приходи от продажбата на държавно имущество съгласно чл.23(1) от ЗЗО. Най-съществената част от приходите на НЗОК са постъпленията от осигурителни вноски от осигурените лица и техните работодатели - осигурители. Разходите се извършват за финансиране на здравното осигуряване, за материално-техническото осигуряване на управленската дейност на НЗОК и др. Средствата за приходите и разходите за дейността на НЗОК се предвиждат в нейния годишен бюджет. Той се обсъжда и приема ежегодно от

Народното събрание със закон, заедно със Закона за държавния бюджет и бюджета на държавното обществено осигуряване, което позволява да се внесе единство във финансовата и бюджетната политика на държавата за съответната година, като отчита общото икономическо и финансово състояние на страната.

2.2.1. Осигурени рискове

Задължителното здравно осигуряване обхваща два риска: „болест“ и „бременност и раждане“. Те не са изрично и самостоятелно уредени и откроени в закона като осигурителни рискове. Но се предполагат от него и се извличат по тълкувателен път от чл.46 от ЗЗО. Макар и да показват известна близост с аналогичните рискове в задължителното обществено осигуряване, те имат свои особености, които им придават характер на осигурени здравни рискове.

Рискът „болест“ се извлича от разпоредбата на чл.45, ал.1, т.1-5, 9-14 от ЗЗО. Те визират предпазване от заболяване, ранно откриване на заболяване, извънболнична и болнична медицинска помощ за диагностика и лечение и др. под.

Здравният риск „болест“ е по-широк по обхват от социалния риск „обща болест“ по общественото осигуряване. Болестта като осигурен здравен риск е „единен“ риск, в смисъл че не е диференциран с оглед на произхода и причината за нарушаването на здравето на осигурения, както е при задължителното обществено осигуряване (обща болест, трудова злополука и професионална болест, всяко от които поражда и различни осигурителноправни последици). В здравното осигуряване тя отразява едно общо влошено здравно състояние.

Болестта като осигурен здравен риск съдържа още една важна особеност. За нея е достатъчно патологичното състояние на човешкия организъм- на неговите органи и тяхното функциониране, което тя създава. За здравното осигуряване не е необходимо още болестта да води до неработоспособност- временна или трайна, намалена или пълна, нейното степенуване или т.н. Тези последици имат важно и определящо значение за различните видове осигурени социални рискове, които тя обхваща, но е ирелевантно за болестта като осигурен здравен риск. Ето защо е напълно възможно, и на практика това често се случва, едно работоспособно лице да страда от определени болести, да се лекува от тях, без да получава осигурителни обезпечения по общественото осигуряване (обезщетения, пенсия), защото не е неработоспособно. Разбира се, в редица случаи болестта като осигурен здравен риск води и до неработоспособност, която е релевантна за общественото осигуряване. Но

това е, защото в тези случаи болестта е причинила и неработоспособност и с това е „станала" риск и по общественото осигуряване, а не поради нейното качество на осигурен здравен риск.

Бременност и раждане като осигурен здравен риск се има предвид в чл.45, ал.1, т.6-8 от ЗЗО. Тя обхваща две основни хипотези: бременност и раждане и аборт. Всяка от тях има свои особености, които налагат отделното им разглеждане.

Първата хипотеза се има предвид обичайното протичане на бременността и раждането. От своя страна тя се състои от две последователни биологични състояния на жената- бременност и раждане, както и следродовия период за възстановяване на здравето и нормалното състояние на жената.

Има две отлики на риска „бременност и раждане" от „майчинство" по общественото осигуряване. Първо, здравният риск „бременност и раждане" включва целия период на бременността, докато рискът „майчинство" по общественото осигуряване в тази му част обхваща само напредналата бременност- 45 календарни дни преди термина и 365 календарни дни след това, който се покрива поначало с периода на временна неработоспособност на жената поради напредналата бременност и раждането. Второ, този риск изключва периода на отглеждането на малкото дете- до навършването на двегодишна възраст и отпуските по чл.164, 165 и 167а.

Втората хипотеза се отнася до аборта като изкуствено и преждевременно прекъсване на бременността. Той се включва в общия здравен риск „бременност и раждане" в два случая: при бременност с медицински показания и при бременност от изнасилване. И в двата случая са въпрос на професионална медицинска преценка и на личната преценка на бременната. Тези два случая изобщо не са уредени в новото действащо осигурително законодателство (КСО) за разлика от отменното законодателство.

Като здравен риск бременността и раждането изискват наблюдение и полагане на медицински грижи за нормалното развитие на бременността, медицинска помощ при раждането и съответни медицински хирургически манипулации при извършване на аборта. Без значение е състоянието на неработоспособност на здравноосигурената бременна и родилка. Основното и определящо е възстановяването на нормалното здравно състояние на осигурената жена. Неработоспособността като състояние, съпътстващо състоянието на бременност, раждане и аборт, има значение за общественото, но не и за здравното осигуряване. Съображенията за това са същите, както и при риска „болест".

2.2.2. Кръг на осигурените лица

Задължителната здравноосигурителна вноска е в размер на 8% от дохода на всеки работещ, поделена между работника и работодателя в съотношение 40:60 за 2010 г. Осигурителните вноски за държавните служители се изплащат от учрежденията и организациите, в които те работят, със средства от републиканския бюджет. Самоосигуряващите се, включително и морските лица, плащат здравноосигурителните вноски изцяло за своя сметка.

Някои категории лица не дължат здравноосигурителни вноски. Здравноосигурителни вноски за тях се плащат, но не от самите здравноосигурени лица, а се внасят в НЗОК от други лица. Тези лица са изрично посочени в чл.40, ал.1, 2 и 3 от ЗЗО, а именно: пенсионерите- здравноосигурителните вноски, за които се определят върху размера на получаваната от тях пенсия или пенсии и са за сметка на държавния бюджет; лицата до 18-годишна възраст и след тази възраст до завършване на средно образование, студентите редовно обучение до навършване на 26-годишна възраст и докторантите на редовно обучение по държавна поръчка и др., се осигуряват за сметка на републиканския бюджет.

Кръгът на здравноосигурените лица е изключително широк. Той далеч надхвърля кръга на осигурените лица в общественото осигуряване. Причината за това е в характера на благото, на което се дава осигурителна закрила, а именно- здравето на човека, което е универсална ценност. Затова за неговата закрила не е необходимо „добавянето" на друго правно качество от рода на „трудово заето лице", което е необходимо за включването в кръга на осигурените лица по задължителното обществено осигуряване.

В чл. 33 от ЗЗО изчерпателно са изброени категориите лица, които подлежат на задължително здравно осигуряване:

- Всички български граждани- лица, които имат само българско гражданство, придобито по Закона за българското гражданство. Еднакво релевантно е както българското гражданство по произход, така и по натурализация;
- Български граждани, които имат освен българско и друго гражданство. Така нареченото „двойно", „тройно" и т.н. гражданство, за придобиването, на което няма пречка по действащия ЗБГ. За да бъдат задължително здравно осигурени, е необходимо още тези лица да живеят постоянно на територията на Република България. Това се удостоверява с адресната им регистрация;

- Чужди граждани или лица, на които е разрешено дългосрочно да пребивават в Република България. То може да бъде с разрешение за време от 3 месеца до 1 година, както и постоянно пребиваване, което е за неопределен срок;
- Бежанците и лицата с хуманитарен статут или на които е предоставено правото на убежище.

Задължителното здравно осигуряване възниква в различен момент за различните категории лица.

За всички български граждани, родени до влизането в сила на Закона за здравното осигуряване, задължително здравно осигуряване възниква от деня на влизане в сила на закона, т.е. от 23.06.1998 г., а за родените след тази дата- от датата на раждането им. Влизането в сила на ЗЗО с оглед на задължителното здравно осигуряване означава, че тези лица са вече включени в кръга на задължително осигурените и спрямо тях задължителното здравно осигуряване започва да действа, когато съответните разпоредби на ЗЗО започнат да се прилагат.

За чужденците задължителното здравно осигуряване възниква след влизане в сила на ЗЗО, респективно от получаване на разрешението за дългосрочно пребиваване, а за бежанците- от откриване на производството за предоставяне на статус на бежанец или предоставяне на право на убежище.

2.2.3. Изпълнители на медицинска помощ

Изпълнителите на медицинска помощ са тези, които в крайна сметка реално предоставят медицинската помощ като същност на здравното осигуряване. Техните задължения към здравно осигурените лица са: а) да предоставят реално пакета от медицински услуги и съпътстващите ги дейности, така както са посочени в чл.55, ал.2, т.2-4 от ЗЗО и конкретизирани в договора с РЗОК по чл.20, ал.1, т.4 от ЗЗО; б) лечебните заведения за първична извънболнична помощ да създават условия за осъществяване правото на избор на лекар или стоматолог от здравноосигурените лица (чл.5, т 2 от НРД)

В системата на здравеопазването субектите - изпълнители на медицинска помощ са предимно лечебните заведения.

Лечебните заведения са структури, предвидени и регламентирани в Закона за лечебните заведения. Лечебно заведение по смисъла на ЗЛЗ е организационно обособена структура, в която лекари и/или лекари по дентална медицина самостоятелно

или с помощта на други медицински специалисти осъществяват дейностите, изброени в чл.2, ал. 1 от ЗЛЗ. Лечебните заведения се делят на три групи:

- за доболнична (извънболнична) помощ;
- за болнична помощ;
- други лечебни заведения.

2.2.4. Здравноосигурителни престации - понятие и обща характеристика

Всяка осигурителна система се реализира чрез предоставяне на определени престации на осигурените лица при настъпваване на осигурените социални рискове. Тези престации представляват блага, на които имат право осигурените лица при настъпване на предвидените в законодателството условия. За здравното осигуряване това е система от действия и веществени престации, определяни с родовото понятие медицинска помощ (чл.4 от ЗЗО).

Понятието „медицинска помощ" е определено легално в §1, т. 9 ДР от ЗЗО. Това е „система от диагностични, лечебни, рехабилитационни и профилактични дейности, осигурявани от медицински специалисти". От посочената разпоредба могат да се извлекат правните белези на това понятие- човешка дейност; система от дейности; осъществяване от медицински специалисти.

Медицинската помощ е преди всичко човешка дейност. По своя характер тя може да бъде:

- **Диагностична:** Тази дейност е свързана с преценка на здравното състояние на конкретно лице и определяне на настъпило у него заболяване. Такива са дейностите за ранно откриване на заболявания и за диагностика по повод на заболявания по чл.45, ал. 1, т. 2-3 от ЗЗО и медицинската експертиза на работоспособността по чл.45, ал.1, т.11 ЗЗО. Те включват прегледи и различни видове изследвания;
- **Лечебна:** Това е дейност за преодоляване на увреждането на здравето и на последиците от увреждането. Целта й е да се отстранят нематериалните последици от заболяването и страданията, които лицето изпитва, и невъзможността му да упражнява психо-физическите функции на здрав човек. Тази дейност заема основно място в системата на здравно осигуряване и включва лечение по повод на заболяване (чл.45, ал.1, т.3 от ЗЗО), неотложна медицинска помощ (чл.45, ал.1, т.5 от ЗЗО), предоставяне на лекарствени средства и консумативи (чл.45, ал.1, т.10 от ЗЗО) и др.

Лечебната дейност се изразява в провеждане на различни медицински манипулации и процедури, хирургична намеса, предоставяне на лекарства и др.;

- **Рехабилитационна:** Тази дейност има за цел да се укрепи здравното състояние след прекарано заболяване, да се довърши или допълни проведеното лечение и да се даде възможност на вече окончателно или частично оздравялото лице да се върне към нормалния трудов, семеен, обществен и т.н. живот, да се подобри неговият социален комфорт. Това е предназначението на медицинската рехабилитация по чл.45, ал.1, т.4 от ЗЗО. Тя се изразява в различни медицински процедури, като лечебна физкултура, масаж, физиотерапевтично лечение и пр.;
- **Профилактична:** Тя цели предотвратяване на увреждания на здравето. В тази група се включват медицинските и стоматологичните дейности за предпазване от заболявания по чл.45, ал.1, т.1 от ЗЗО, както и някои грижи за бременните и родилките. Профилактиката е насочена както към отделния осигурен чрез мерки за благоприятно въздействие върху здравното му състояние или работоспособност и по този начин предотвратяване на увреждането на неговото здраве (лекарства, балнеолечение и пр.), така и към подобряване на общото състояние на здравето на населението.

2.2.5. Медицинската помощ се осъществява от медицински специалисти.

Медицинските специалисти са физически лица, които притежават специални знания в областта на медицината, придобити по установен в нормативните актове ред. Те са физически лица с определена професионална квалификация (лекари, лекари по дентална медицина, медицински сестри и пр.), която им позволява да упражняват медицинската професия при установените в Закона за здравето условия.

Изискванията за упражняване на медицинската професия от определено физическо лице се съдържат в чл. 183-193 от ЗЗдр. Те се свеждат до наличие на българско гражданство и завършено медицинско образование в законно признато медицинско училище в Република България или в чужбина, ако дипломата е легализирана по надлежния ред. Към тези изисквания трябва да се добави и изискването на чл.4 от ЗСОЛС за членуване в съответната съсловна организация - на лекари или на стоматолози. Това е ново условие за упражняване на медицинската професия, което е необходимо за висшите медицински специалисти. Членството в БЛС, съотв. БЗС, възниква с вписването в регистъра на съответната районна колегия.

Видове престации:

- **Фактически действия:** Дължимата на здравноосигурените лица престация- медицинската помощ, се изразява преди всичко в човешки действия. Това е най- голямата по обем и разнообразна по съдържание част от медицинската помощ. Това са фактически действия, които изпълнителите на медицинска помощ трябва да осъществяват с оглед на конкретните потребности на осигуреното лице.

Тези действия са свързани с предотвратяването, откриването и отстраняването на възникнало увреждане на здравното състояние (чл.45, ал.1, т.1-5, 8 и др. от ЗЗО) и с експертизата на работоспособността (чл.45, ал.1, т.11 от ЗЗО). Осигуреното лице има право да изисква осъществяването им, а НЗОК чрез изпълнителите на медицинска помощ (чл.58 от ЗЗО) му ги дължи.

- **Веществени блага:** Медицинската помощ може да се изразява и във веществени престации. Това са материални (веществени) блага, необходими на осигуреното лице във връзка с неговото здравно състояние. Такива са лекарствените средства (чл.45, ал.1, т. 10 от ЗЗО), транспортът по медицински показания (чл.45, ал.1, т.12 от ЗЗО) и др. Осигурителният характер на тези престации се изразява в това, че получаването им не води до финансово натоварване на нуждаещото се лице, а заплащането се поема от осигурителния орган.

Защо неработещите студенти - редовно обучение, навършили 26 г. дължат здравни вноски в размер на 16,80 лв. всеки месец?

Съгласно чл.40. (3) т.2. на ЗЗО студентите- редовно обучение във висши училища до навършване на 26-годишна възраст, и докторантите на редовно обучение по държавна поръчка се осигуряват за сметка на републиканския бюджет. След навършването на тази възраст те придобиват качеството самоосигуряващи и съгласно чл.40. (5) т.1 ЗЗО са длъжни да внасят здравноосигурителни вноски върху осигурителен доход не по-малък от половината от минималния размер на осигурителния доход за самоосигуряващите се лица, определен със Закона за бюджета на държавното обществено осигуряване.

Текстът на чл.8. (2) от Закон за бюджета на държавното обществено осигуряване за 2011 г. фиксира сумата от 420 лв. минимален месечен размер на осигурителния доход за самоосигуряващите се лица. Нещо повече, чл.2. от Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011г. определя с точност размера на здравноосигурителната вноска - 8 на сто (8%) от осигурителния доход.

Следователно, размерът на здравноосигурителна вноска в левова равностойност, която се дължи всеки месец от неработещ студент-редовно обучение навършил 26г.

възраст (Х) е равна на половината на минималния месечен размер на осигурителния доход умножено по здравноосигурителната вноска. Казаното до тук изразено в математическо уравнение придобива следния вид:

$$x = \frac{8.(420:2)}{100} = \frac{8.210}{100} = \frac{8.21}{10} = \frac{168}{10} = 16{,}80 \text{ лв.}$$

По аналогия същият механизъм се прилага и в следващите години.

2.2.6. Договори за осъществяване на задължителното здравно осигуряване

Задължителното здравно осигуряване се осъществява чрез два основни вида договори: национални рамкови договори (НРД) и договори между НЗОК, сключвани от нейно име от РЗОК, и изпълнителите на медицинска помощ. Двата вида договори служат за осъществяване на задължителното здравно осигуряване. Между тези договори има и съществени различия относно реда за тяхното сключване, страните, предмета и съдържанието им, а също така и в тяхната правна природа.

Сключването на НРД претърпя съществени промени при измененията на ЗЗО през месец декември 2009 г. Преди всичко се изостави сключването на единен НРД между НЗОК и съсловните организации на лекарите и зъболекарите - БЛС и БЗС, който включваше както медицинските, така и денталните дейности и създаваше трудности за постигане на общо съгласие между представителите на двете съсловни организации и НЗОК. Това обяснява и факта, че за последните четири години не се стигна до сключване на НРД. Новата уредба „разделя“ единния НРД на два национални рамкови договора, един за медицинските дейности и сключван съответно от НЗОК и БЛС и друг за денталните дейности, сключван от НЗОК и БЗС (чл.53, ал.1 от ЗЗО). Друго важно е: националните рамкови договори се сключват за срок от една година. „При необходимост“, т.е. при настъпили промени по въпросите, предмет на договаряне между страните, по тяхно общо съгласие НРД ще се осъвременяват по реда на тяхното сключване (чл.53, ал.2 от ЗЗО).

Това са два отделни национални рамкови договора. Те се различават по страните, които ги сключват- НЗОК и БЛС и НЗОК и БЗС. Всеки от тях има за насрещна страна по договора НЗОК. Те се различават по съдържанието си: първият е за медицинските дейности, а вторият за денталните. Различието в съдържанието на тези дейности и интересите на договарящите страни определя рамките на техните преддоговорни и договорни отношения.

Съставянето на НРД за медицинските дейности се извършва в преговори от 10 представители на НЗОК и 10 на БЛС и съответтвено 9 представители на НЗОК и 9 представителя на БЗС за денталните дейности. Различието в числения състав на преговарящите страни по двата договора се обуславя от съдържанието на здравните дейности: медицинските дейности са по-широки, а денталните по-тесни по обхват, което обуславя и различие в броя на членовете на преговарящите екипи.

Представителите на НЗОК в преговорите за сключване и подписване на НРД са членове на надзорния съвет и управителят на НЗОК. А представителите на БЛС и БЗС се определят от ръководствата на двете съсловни организации.

Преговорите за сключване на двата НРД се водят в определено от закона време: от внасянето на законопроекта за бюджета на НЗОК за разглеждане в Народното събрание и продължават през време на неговорото обсъждане до „не по-рано от обнародването на ЗБНЗОК за следващата календарна година в „Държавен вестник", но не по-късно от последния работен ден на текущата година" (чл.54, ал.1, 2 и 6 от ЗЗО). Идеята на закона е преговорите за сключване на НРД да се водят паралелно с обсъждането за законопроекта за бюджета на НЗОК в Народното събрание и двата процеса на обсъждане да се информират взаимно за техния ход и възникващи проблеми. Това законодателно решение е от естество да подпомага дейнсотта на двете обсъждания и тяхното съчетаване не само по време на тяхното синхронизиране, но и тяхното възможно и желателно взаимно съобразяване по съдържание. А това е полезно и за двата акта, като се има предвид тяхната близост по съдържание и зависимостта на НРД от ЗБНЗОК, който „гарантира" изпълнението на основните пакети от здравни дейнсти по всеки от двата НРД (чл.5, т.9 от ЗЗО).

НРД се приемат с мнозинство не по-малко от 7 представители на НЗОК и 7 представители на съсловните организации съответно на лекарите или на зъболекарите (чл.54, ал.5 от ЗЗО).

НРД се сключват в писмена форма. Тя е форма ad solemnitatem за НРД. Макар това и изрично да не е предвидено, то се извлича от изискването за подписването на тези договори (чл.53, ал.1 от ЗЗО).

Когато страните не могат да стигнат до съгласие за сключването на НРД, се прилагат действащите до този момент договорености между страните в сключения НРД (чл.54, ал.8 ЗЗО). Това разрешение следва да намери приложение и при преговори за осъвременяване на НРД по реда на чл.53, ал.2 от ЗЗО.

Националният рамков договор влиза в сила от 1 януари на следващата календарна година.

Като цяло може да се обобщи, че новата уредба на сключването на НРД изглежда сполучлива и надеждна за преговаряне между страните и като цяло заслужава подкрепа, въпреки някои неясноти и съмнения в нея. Първото потвърждение за това дойде с подписването на 21 декември 2009 г. на НРД за медицинските и за денталните дейности за 2010 г.

С изменението на ЗЗО през 2009 г. законодателят изрази категоричното си становище по този въпрос, като в чл.4а. изрично предвиди: „Националният рамков договор за нормативен административен акт, който има действие на територията на цялата страна за определен срок и е задължителен за НЗОК, РЗОК, изпълнителите на медицинска помощ, осигурените лица и осигурителите“. Тази разпоредба слага край на доктриналните спорове и възприема становището за нормативния характер на НРД.

Оттук следват още три важни извода.

Първият е за теритоиалното действие на НРД. Неговото действие на територията на страната е очевидно не само от неговото наименование като „национален“, но и от неговото съдържание, а и от общото правило, че доколкото друго не е изрично указано, нормативните актове действат поначало на територията на страната.

Вторият белег е посочен в закона, а именно- неговото действие за опредлен срок. Предметът на регулиране на този договор предопределя неговото срочно действие,

поради динамичния и променящ се характер на обществените отношения, които урежда. В изпълнението на общата разпоредба на чл.4а ЗЗО, чл.53, ал.2 от КСО изрично посочва, че НРД се сключва за срок от 1 година.

От нормативния характер на НРД произтича друг важен извод- той подлежи на общо основание на съдебен контрол по силата на чл.120, ал.1. Този съдебен контрол се упражнява по реда на чл.185-196 АПК. Нормативните административни актове се оспорват пред ВАС, който разглежда делото в състав от трима съдии (чл.191 АПК). Решението на първоинстанционния състав на ВАС подлежи на касационно обжалване (чл.208-228 от АПК).

Втората група договори се сключват между РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ. Те се сключват в 28$^{-те}$ области на страната, в които се намират седалищата и осъществяват дейността си РЗОК. Тези договори биват два вида:

Договори с изпълнителите на медицинска помощ- лечебни заведения по ЗЛЗ и здравни заведения по ЗЗдр. Страни по тези договори са: НЗОК (представлявана от

съответната РЗОК) и съответните изпълнители на медицинска помощ. В тези договори се определят правата и задълженията на НЗОК, които се осъществяват чрез териториалното й поделение - РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ - на териоторията на съответната РЗОК, при оказване на медицинска помощ на здравноосигурените лица на териоторията на РЗОК. Клаузите в тези договори не могат да предвиждат по-неизгодните условия на медицинско обслужване от установеното в НРД. „По-неизгодните условия" означават по-ниско ниво на медицинско обслужване, по-високи цени на обслужване и др.под. от установените в НРД.

На територията на РЗОК се сключват отделни договори с всеки изпълнител на медицинска помощ- лечебно заведение по ЗЛЗ и здравно заведение по ЗЗдр. ако, разбира се, това се налага с оглед на предоставянето на медицинска помощ на здравноосигурителните лица на територията на съответната РЗОК.

Тези договори се сключват след влизането на НРД в сила. С тях се конкретизират изискванията за предоставяне на медицинска помощ на осигурените лица на територията на съответната РЗОК.

Директорът на РЗОК може да сключва договори и с отделни лекари и лекарите по дентална медицина за оказване на извънболнична медицинска помощ. Изпълнителите на медицинска помощ в тези случаи могат да бъдат и лекари и лекари по дентална медицина, които работят по трудово правоотношение със съответната болница. В последния случай, договори могат да се сключват при условие, че няма достатъчно лекари на извънболнична практика.

Договорите с изпълнителите на медицинска помощ се сключват в писмена форма за срока на действие на НРД и са в сила до приемането на нов или при промяна на действащия НРД (чл.59, ал.3 от ЗЗО).

Интересни въпроси поставя правната природа на тези договори. По своето естество те са граждански-облигационни договори. Техният предмет е оказване на извънболнична медицинска помощ. Особеното на тези договори е, че престацията, която се дължи от изпълнителите на медицинска помощ, не е на насрещната договаряща се страна - НЗОК в лицето на съответното нейно териториално поделение-РЗОК, а на здравноосигурените лица, на които се дължи и на които се оказва медицинската помощ в рамките на задълцителното здравно осигуряване.

Изпълнението на договорите между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ може да породи и тепърва ще поражда спорове между страните. Това са

договорни- гражданскоправни спорове, произтичащи от договорите по чл.58-62 от ЗЗО. Те се разглеждат по реда на осъдителното исково производство по чл.103 и сл. ГПК.

2.2.7. Допълнително доброволно здравноо сигуряване

Както стана вече дума чрез задължителното здравно осигуряване се гарантира основна здравна помощ по пакет медицински услуги, определен от министъра на здравеопазването. Съгласно действащото законодателство гражданите не могат да откажат или ограничат участието си в задължителното здравно осигуряване. Те обаче, след като заплатят вноските си за публичното, задължително здравно осигуряване, могат да платят вноски и да придобият здравноосигурителни права и чрез доброволно здравно осигуряване.

Доброволното здравно осигуряване (ДЗО) е дейност на лицензирани здравноосигурителни дружества по поемане на рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки срещу заплащане на здравноосигурителни премии, дължими на основа на сключените между дружествата и съответните лица, които се нуждаят от здравни и медицински услуги, здравноосигурителни договори.

Здравноосигурителните дружества са акционерни дружества. Те учредяват, осъществяват дейността си, преобразуват се и се прекратяват по ЗЗО и ТЗ, а се лицензират по ЗЗО. Търговският закон и Законът за здравно осигуряване, които се прилагат към тяхното възникване, дейност, преобразуване и прекратяване, са в съотношение на общ и специален закон. „Общият закон” е Търговският закон, а специалният- Законът за здравното осигуряване.

Минималният размер на капитала на дружеството при подаването на заявление за лицензия е 500 хил. лева, с изискването, че до 3 години след получаването на лицензия дружеството ще го увеличи до 2 млн.лева. Това е отстъпление от взискателността на законодателя (и с основание) към осигурителните дружества за висок размер на минималния капитал и за неговото внасяне изцяло в пари към момента на подаване на заявление за лицензия. Този либерализъм вероятно е продиктуван от стремежа да се заеме здравноосигурителния пазар от повече здравноосигурителни дружества и да се стимулира тяхното възникване, дейност и лоялна конкуренция между тях.

Както бе посочено по-горе, поначало чрез доброволното здравно осигуряване се обезпечава предоставянето на здравни услуги и стоки извън обхвата на Закона за

здравното осигуряване, но няма пречка на нуждаещите се да се осигурят и здравни услуги и стоки, които са в обхвата на задължителното здравно осигуряване. Не се смята за доброволно здравно осигуряване дейността на застрахователите по покриване на рискове, свързани с живота, здравето или телесната цялост на застрахованите лица по застраховките по Приложение №1 към Кодекса за застраховането, както и дейността на изпълнителите на извънболнична медицинска помощ по договори с физически и юридически лица за извършване на медицински услуги, когато те са с определен обем, вид и цени.

Правният режим на доброволното здравно осигуряване се съдържа основно в глава трета на Закона за здравното осигуряване (чл.81-99 от ЗЗО), но разпоредби относно доброволното здравно осигуряване съдържат и други закони- например Кодекса за застраховането (чл.7), Закона за Комисията за финансов надзор като основен контролен орган, включително и върху тази дейност, а във връзка с възникването и функционирането на самите здравноосигурителни дружества, които се създават само като акционерни дружества- чл.158-161 от Търговския закон, чл.2, 3, 83, 91-99 и 101 от ЗЗО, както и чл.87 от Данъчно-осигурителния процесуален кодекс. Съществуват и подзаконови актове от значение за доброволното здравно осигуряване. Сред тях следва да се отбележат Наредба №15 от 05.05.2004 г. за воденето и съхраняването на регистрите от Комисията за финансов надзор и за подлежащите на вписване обстоятелства (обн. ДВ, бр.54 от 2004 г., посл. изм. бр.22 от 2007 г.), Наредбата за реда за воденето и съдържанието на регистъра на дружествата, на които е издадена лицензия за доброволно здравно осигуряване (обн. ДВ, бр.94 от 1999 г.), Наредба №30 от 19.07.2006 г. за изискванията към счетоводството, формата и съдържанието на финансовите отчети, справките, докладите и приложенията на застрахователите и на здравноосигурителните дружества (обн. ДВ, бр.78 от 2006 г., посл. изм. бр.51 от 2008 г.).

Доброволното здравно осигуряване се осъществява при спазване на принципа на „доброволност на осигуряването". То може да се осъществи било чрез възстановяване на разходи или чрез абонаментно обслужване.

Доброволно здравно осигуряване чрез възстановяване на разходи е форма, при която здравноосигурителното дружество частично или изцяло възстановява разходите за здравно обслужване на осигурените лица при настъпване на предвидените в здравноосигурителните договори случаи. Разходите могат да се възстановят както на

изпълнителите, така и на осигурените лица за предоставените или за заплатените здравни услуги и стоки.

Доброволно здравно осигуряване чрез абонаментно обслужване е форма, при която здравноосигурителното дружество, при настъпване на предвидените в здравноосигурителните договори случаи, осигурява предоставянето на определени здравни услуги и стоки на осигурените лица от определени изпълнители на медицинска помощ, с които дружеството е сключило договор (чл.87, ал.13 от ЗЗО).

И двете форми на доброволно здравно осигуряване се основават на здравноосигурителен договор и на договор, сключван между съответното здравноосигурително дружество и изпълнител на медицинска помощ, с тази особеност, че ако договорите с изпълнителите са задължителни при ДЗО чрез абонаментно обслужване, ДЗО с възстановяване на разходи би могло да се осъществи и без наличие на договор с изпълнител на медицинска помощ.

Здравноосигурителният договор е всъщност договор за здравно осигуряване на физическо лице. Страна по договора, освен самото дружество, може да бъде:

- самото самоосигуряващо се лице, когато внася здравно-осигурителната премия изцяло за своя сметка;
- работодателят или член на семейството (домакинството) на лицето, което се нуждае от здравни грижи, или друго лице, което желае да го осигурява, като в този случай осигуряващите задължително следва да разяснят на осигурените лица правата и задълженията им по договора, кои са изпълнителите на медицинската помощ, както и условията и реда за получаване на здравните услуги и стоки;
- едновременно осигуряващите и осигурените лица, когато внасят общо, заедно, съответните части от здравноосигурителната премия.

По своята правна характеристика договорът за здравно осигуряване е формален, консенсуален, възмезден, комутативен и има точно определено съдържание. Договорът се сключва поотделно с всяко осигурено лице. Той задължително следва да съдържа:

- името, адреса, ЕИК по БУЛСТАТ на страните, данните за съдебната регистрация, номера и датата на издаване на лицензията на дружеството;
- здравноосигурителните пакети, включени в договора, т.е. вида, обхвата и условията за предоставяне на здравните услуги и стоки;
- размера, сроковете и начина на заплащане на здравноосигурителната премия;
- общите условия по здравноосигурителните пакети, включени в договора.

Общите условия по здравноосигурителните пакети ясно и недвусмислено определят:

- покритието и изключенията от него;
- условията, реда и сроковете за заплащане на здравноосигурителните премии, както и последиците от неплащането или неточното им плащане;
- условията и реда за ползване на здравните услуги и за получаване на здравните стоки;
- условията, реда и сроковете за възстановяване на направените разходи;
- условията, реда и сроковете за прекратяване или изменение на здравноосигурителното правоотношение.

Здравноосигурителните дружества са длъжни да пазят в тайна информацията, свързана със сключените здравноосигурителни договори, както и информацията, свързана с личните данни и здравословното състояние на осигуреното лице. Разкриването на такава информация може да стане само със съгласието на осигуреното лице, дадено изрично пред Комисията за финансов надзор и нейните органи, както и в случаите, изрично предвидени със закон.

Доброволното здравно осигуряване, независимо от това, че е регламентирани още от 1998 година, не се разви като стабилен и конкуриращ задължителното здравно осигуряване пазар на услуги. Като причина за това редица автори посочват:

- липсата на обществена потребност и традиции в областта на доброволното здравно осигуряване. Все още съществува убеждението, че грижата за здравето е задължение на държавата;
- липсата на финансово гарантиран и обезпечен пакет от здравни услуги и стандарти за тяхното изпълнение;
- ниските доходи на по-голямата част от гражданите, а от друга страна-готовността за директни нерегламентирани плащания за здравни услуги от лицата с по-високи доходи;
- слабо развития сектор на частните лечебни заведения, както и засега слабо развитие на здравноосигурителните фондове.

Разбира се, биха могли да се посочат и още много причини, но всъщност най-сериозната е забавянето на демонополизирането на здравното осигуряване. За последното следва да се вземе политическо решение и съответно промяна в правния

режим, за да бъде постигнато в недалечно време паралелно и равностойно развитие на задължителното и доброволното здравно осигуряване.

2.3. Състояние, проблеми и предизвикателства пред системата за здравно осигуряване в Република България

Съгласно действащия в страната Закон за здравното осигуряване (ЗЗО): „Здравното осигуряване е дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и здравноосигурителни премии, управлението на набраните средства и тяхното разходване за заплащане на здравни дейности, услуги и стоки, предвидени в този закон, в Националния рамков договор и в договорите по доброволно здравно осигуряване. Здравното осигуряване е задължително и доброволно.“

Задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем основен пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител на медицинска помощ, сключил договор с районна здравноосигурителна каса.

Съгласно закона „Чрез доброволното здравно осигуряване се обезпечава предоставянето на здравни услуги и стоки извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. Чрез доброволното здравно осигуряване може да се обезпеча-ват и здравни услуги и стоки, които са в обхвата на задължителното здравно осигуряване“.

Състоянието на здравноосигурителните фондове и дългосрочната устойчивост на здравноосигурителните системи е общ проблем на европейските стра-ни. В България здравноосигурителната система е нова, липсват опит и традиции в управлението на такива фондове. В следващите страници е предложен анализ на състоянието на здравноосигурителната система у нас, нейната устойчивост, макар и в краткосрочен план, прозрачността при изразходването на средствата, събираемостта на вноските, натрупаните задължения към здравноосигурителната система, цената на здравеопазването, свързана със здравноосигурителната тежест, и достъпа до здравеопазване за някои социално уязвими групи.

2.3.1. Нормативно-правна уредба на здравното осигуряване в Република България

Правната основа на системата на здравно осигуряване има конституционно основание в чл.52, ал.1 от конституцията. Тази разпоредба прогласява правото на

здравно осигуряване като основно право на гражданите. В чл.57, ал.1 от конституцията се определя и рангът на нормативния акт, с който следва да бъдат установени редът и условията за упражняване правото на здравно осигуряване – закон. Такъв нормативен акт беше приет през 1998 г. Законът за здравното осигуряване (ЗЗО). Той представлява основата на действащото законодателство в тази област. Следва да се отбележи, че в изминалите близо десет години този закон е изменян и допълван повече от двадесет пъти. Промените в ЗЗО са в областта на управлението на НЗОК, задълженията за здравно осигуряване, здравноосигурителните вноски, доброволното здравно осигуряване, опрощаване на задължения и др. Въпреки многократните промени в ЗЗО все още липсва ясна експертна концепция относно осигурителния модел и политическа воля за неговото развитие.

Правната уредба се допълва и с Национален рамков договор (НРД) между представители на НЗОК и съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина. Основните елементи и правният режим на тези актове са установени от ЗЗО. Те определят съдържанието и реда за предоставяне на медицинската помощ на осигурените лица. Предмет на националното рамково договаряне са обемите и цените на здравните услуги от основния пакет.

Освен посочените източници правната уредба се допълва и от нормативни актове като:

- Закона за здравето свързан с организацията на здравеопазването;
- Закона за лечебните заведения регламентира устройството и дейността на лечебните заведения. Освен нормите, уреждащи създаването, устройството, функционирането, преобразуването или закриването на тези заведения, в закона се съдържат и правила, отнасящи се до взаимоотношенията между лечебните заведения и Националната здравноосигурителна каса;
- Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина: урежда устройството, организацията и дейността на съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина (страна по НРД), условията за упражняване на лекарската професия и отговорността за нарушаване на професионалната етика;
- Кодекса за задължително обществено осигуряване.

Дейностите по здравно осигуряване се уреждат и в редица подзаконови нормативни актове- правилници, наредби, решения на МС, на министъра на

здравеопазването, на ръководните органи на Националната здравноосигурителна каса и др.

2.3.2. Характеристики на здравноосигурителния модел в България

Здравноосигурителният модел, който се изгради у нас със Закона за здравното осигуряване, включва два вида здравно осигуряване задължително и допълнително, доброволно здравно осигуряване.

Социалната здравна защита, която осигурява Законът за здравно осигу-ряване, е насочена в три основни направления:

- гарантиране на основен пакет медицински и стоматологични услуги;
- осигуряване на максимално широк кръг население;
- осигуряване на качество на предлаганите здравни услуги.

2.3.3. Задължително здравно осигуряване

Задължителното осигуряване се реализира чрез система на една Национална здравноосигурителна каса (НЗОК) с 28 районни подразделения в страната (Районни здравноосигурителни каси РЗОК), съответстващи на областното административно делене.

Основните функции и дейности на НЗОК съгласно Закона за здравното осигуряване (Глава II, Раздел II) са свързани с управлението на набраните средства, гарантиране на свободен достъп на задължително здравноосигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем основен пакет от здравни дейности, участие в преговорите и подписване на Националния рамков договор (НРД) с представителите на съсловните организации на лекарите и стоматолозите, разработване на модели за заплащане на изпълнителите на медицинска помощ, развитие на информационна система за нуждите на задължителното здравно осигуряване, осъществяване на медицински и финансов контрол на задължителното здравно осигуряване.

Системата на задължителното здравно осигуряване е изградена върху следните принципи:

- **Солидарност:** всеки внася осигуровки според дохода си, всички ползват една и съща услуга при настъпване на идентични осигурителни събития; преразпределение на средствата от вноски от здравите към болните, от богатите към бедните и от младите към възрастните;

- **Задължително участие:** гарантира набирането на приходи от вноски от всички граждани в държавата;
- **Участие на представители на осигурените и работодателите в управлението на НЗОК:** гарантира прозрачност в действията;
- **Споделена отговорност при финансирането:** участие с вноски или плащания на всички носители на отговорност за рисковете за здраве;
- **Индивидуална отговорност за собственото здраве:** всеки изпълнява предписанията на изпълнителите на медицинска помощ и изискванията за профилактика на заболяванията в рамките на договореното в Националния рамков договор и договорите с изпълнителите;
- **Равнопоставеност на достъпа:** в рамките на гарантирания от НЗОК пакет медицински услуги всички задължително здравноосигурени лица имат равни права за достъп до медицинска помощ;
- **Свободен избор на изпълнител на медицинска помощ, сключил договор с НЗОК:** осигурените лица имат правото да ползват услугите на лекари и лечебни заведения, които са сключили договор със здравноосигурителната каса независимо от формите им на собственост;
- **Справедливост:** държавата поема здравното осигуряване при безработица и за лица в неравностойно положение;
- **Публичност на дейността:** в ЗЗО са предвидени възможности както за обществен, така и за финансов контрол над НЗОК, осъществявани от Министерския съвет и парламента, министерствата на финансите и на здравеопазването, Сметната палата, Агенцията за държавен финансов контрол и органит за управление на здравноосигурителната каса Контролния съвет и Събранието на представителите.

2.3.4. Органи за управление на НЗОК са Събрание на представителите, Управителен съвет, Контролен съвет и директор

Събранието на представителите приема Правилника за устройството и дейността на НЗОК, избира и освобождава членовете на Управителния и Контролния съвет, приема правила за провеждане на конкурс за директор, одобрява проекта на закон за годишния бюджет на НЗОК, одобрява годишния финансов отчет, отчета за изпълнението на бюджета и отчета за дейността на НЗОК, освобождава от отговорност Управителния съвет. Събранието е с тригодишен мандат и се състои от общо 37 представители на осигурените, работодателите, общините и държавата. В

квотата на осигурените се включват шестима представители на представителните организации на работниците и служителите и един представител на представителните организации за защита правата на па-циентите, които се избират от самите тях. Представителите на работодателите и на общините в събранието са по шестима души, а на държавата 18.

Това разпределение на представителите, въведено с промяна в ЗЗО от 2002г., практически гарантира мнозинство на представителите на държавата, което по същество натоварва управляващите политически партии с административната и политическата отговорност за управление на средствата на осигурените лица.

Изразходването на средствата на здравноосигурените лица нормативно пред-полага прозрачност. В управлението на тези средства (Събрание на пред-ставителите, Управителен съвет, Контролен съвет) видимо доминира държавата. Участието на пациентските организации в Общото събрание остава нерешен въпрос. Представителите на работодателите и на общините не съумяват да изработят и заявят ясни позиции по проблемите на здравното осигуряване, което ги лишава от възможността да заемат естественото си място на коректив на управленските решения. При така структурираното управление на НЗОК държавата, която внася значително по-малко средства в бюджета на НЗОК за осигуряваните от нея лица, доминира в управлението на средствата на осигурените лица и на работодателите.

Законът за здравното осигуряване въвежда основен пакет от медицински дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК за всички задължително здравно-осигурени лица. Обхватът и обемът на основния пакет се определят с наредба на министъра на здравеопазването.

НЗОК заплаща напълно или частично за оказването на следните видове медицинска помощ: медицински и дентални дейности за предпазване и ранно откриване на заболяване; извънболнична и болнична медицинска помощ за диагностика и лечение по повод заболяване; медицинска рехабилитация; неотложна медицинска помощ; медицински грижи при бременност, раждане и майчинство; дентална и зъботехническа помощ; лекарства за домашно лечение; медицински изделия и диетични храни; медицинска експертиза на трудо-способността.

Основният пакет здравни услуги съгласно ЗЗО е гарантиран на всички здравноосигурени от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Поради това, че основният пакет здравни услуги не е изграден на база актюерска оценка

на риска, то и средствата, определени от Народното събрание за неговото покриване, не кореспондират с реалните потребности от здравни услуги.

НЗОК, Българският лекарски съюз (БЛС) и Българският зъболекарски съюз (БЗС) съгласно изискванията на Раздел VII от ЗЗО договарят условията, на които трябва да отговарят изпълнителите на медицинска помощ, реда за сключване на договори с тях, обемите и цените на дейностите от основния пакет, условията за ползване и оказване на медицинска помощ и методиката за плащане на отделните видове медицинска помощ.

Когато страните по договарянето не постигнат договореност и не се сключи НРД, то през годината се прилагат правилата на действащия през предходната година НРД и определените от УС на НЗОК условия за работа. При такива условия работи системата за задължително здравно осигуряване през 2007 година и 2008 година. Блокирането на системата за национално рамково договаряне след 2006 година на практика обезсмисля идеята за договаряне във формата, заложен в ЗЗО, и изисква законови промени както в структурата на НРД, така и в участниците в договарянето, за да се развива и усъвършенства договорното начало на осигу-рителния модел.

За изпълнение на своите законови задължения НЗОК чрез своите регионални структури подписва договори с лечебни заведения, регистрирани по Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ). Липсва законова възможност НЗОК да избира лечебни заведения, с които да сключва договор и да отказва договор на лечебни заведения, ако последните отговарят на изискванията на ЗЛЗ и на стандартите на касата. Акредитацията на лечебните заведения, извършвана от МЗ, няма отражение върху тяхното финансиране.

Достъпът до здравната система по линия на задължителното здравно осигуряване е поверен на общопрактикуващия лекар. Всеки осигурен избира общопрактикуващ лекар и може да промени своя избор два пъти годишно.

Достъпът до специализирана извънболнична помощ и диагностични изслед-вания е лимитиран при общопрактикуващия лекар чрез въведени от НЗОК регу-лативни стандарти, които отразяват броя записани осигурени лица и броя на диспансерните случаи, участието в програми „майчино“ и „детско“ здравеопазване и нуждите от насочване на случаи с остри заболявания.. Регулативните стандарти при ОПЛ включват брой направления за специалист и определена сума за изследвания.

При специалистите от извънболничната помощ регулативните стандарти отразяват броя отчетени прегледи и броя на диспансерните случаи. Специалистите разполагат с определен брой направления за друг специалист, определена за тримесечие

сума за лабораторни изследвания и за високоспециализирани дейности. Високотехнологичните изследвания са право за назначаване само на специалистите.

Периодичността на наблюдение и обемът от контролни изследвания за диспансерните случаи се определя от Наредба №39 от 16.11.2004г. на МЗ. Лимитите при общопрактикуващите лекари и при специалистите съществено се разминават с изискванията на наредбата за диспансеризация и понякога дори не са достатъчни да покрият тези изисквания, без да отразяват острите случаи, които и при общопрактикуващите лекари, и при специалистите не са по-малко от диспансерните контингенти.

Повечето от профилактичните програми и имунизациите са поверени на общопрактикуващите лекари. Те поемат или организират чрез договор с други изпълнители на медицинска помощ неотложната помощ на избралите ги осигурени лица.

По данни на Отчета за изпълнение на бюджета за 2007 г. на НЗОК покритието на населението с първична профилактика от страна на общопрак-тикуващите лекари е неудовлетворително едва около 30% от подлежащите на профилактика осигурени лица.

Неотложната помощ е лошо организирана, основава се на телефонна връзка с общопрактикуващия лекар, затруднява гражданите в достъпа им до здравеопазване, натоварва необосновано звената на спешната медицинска помощ и болничните лечебни заведения. Поради това от 2007 година МЗ финансира т. нар. „спешни портали” при определени болници, чрез които покрива разходите им за прегледи и диагностика на неотложните случаи. По този начин едно от основните задължения на общопрактикуващите лекари да са на разположение на своите осигурени 24 часа в денонощието е поверено и на най-високото и най-скъпо ниво на системата болницата.

Достъпът до болнична помощ се реализира чрез направление от всички нива на извънболничната помощ, допуска се и самонасочване от самото осигурено лице. Изборът на болнично лечебно заведение, сключило договор с РЗОК, е свободен на територията на страната.

Реимбурсирането на разходи за медикаменти и медицински изделия на осигурените лица се извършва на база списък на заболявания, утвърден от министъра на здравеопазването с Наредба №38 от 16.11.2004 г. НЗОК ежегодно утвърждава процента на реимбурсиране на медикаменти от позитивния списък, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели и договаря доставката им.

Осигурените лица получават медикаментите и изделията в аптеки, с които НЗОК има сключени договори.

2.3.5. Доброволно допълнително здравно осигуряване

Доброволното допълнително здравно осигуряване се осъществява от акционерни дружества, лицензирани и контролирани от Комисията за финансов надзор (КФН). Процедурата по лицензиране на дружествата за доброволно здравно осигуряване стартира през 2001 година. Същата година бяха лицензирани първите две дружества и техният брой се запази до 2003 година, когато с поправките в ЗЗО необходимият капитал за регистриране на дружество за доброволно здравно осигуряване от 2 млн. лева беше намален на 500 хил. лева. До ноември 2008 г. КФН е лицензирала 20 дружества за ДЗО.

Допълнителното доброволно здравно осигуряване предоставя здравни услуги както извън основния пакет, регламентиран от закона, така и от основния пакет.

От трите познати в световната практика форми на доброволно здравно осигуряване- заместващо, допълнително и допълващо, ЗЗО регламентира две

допълнително и допълващо здравно осигуряване. Доброволното здравно осигуряване у нас предлага допълнителни услуги, които не са включени в основния пакет (например директен достъп до специалист в извънболничната помощ) или допълващи основния пакет услуги (покрива скъпо струващи консумативи при болнична помощ, които НЗОК не заплаща). ЗЗО не допуска свободен избор на здравен фонд, заместващ НЗОК, който да поеме целия обем здравни услуги.

Доброволното здравно осигуряване, макар и законово регламентирано от 1998 година, не се разви като съвременен пазар на здравни услуги. Приходите на всички дружества за доброволно здравно осигуряване за 2007 г. са 25 милиона лева при публични разходи за здравеопазване 2.2 милиарда лева. На практика това е бюджетът на една неголяма болница. Най-често споделяните мотиви за избор на доброволно здравно осигуряване от работодателите и от осигурените са: губене на време при общопрактикуващия лекар, ограничен достъп до специализирана медицинска помощ и високотехнологични изследвания и заплащането на скъпо струващи консумативи при болнично лечение.

Причините за слабото развитие на доброволното здравно осигуряване по наше мнение са много и комплексни:

- В страната липсват традиции в областта на доброволното здравно осигуряване;
- Ниските доходи на населението не позволяват да се заделят средства за доброволно здравно осигуряване;
- Данъчните облекчения за работодатели в размер на 60 лв. (от 01.01.2008 година) месечно необлагаеми суми за всеки работещ (дадени за доброволно пенсионно, доброволно здравно осигуряване, доброволно осигуряване за безработица и застраховка живот) не стимулират работодателите да закупуват допълнителни здравни услуги за своите работници чрез добро-волното здравно осигуряване поради краткосрочността на осигуровката и липсата на натрупване в индивидуална партида, което предлага пен-сионното осигуряване;
- Нерегламентираният и финансово необезпечен основен пакет здравни услуги по задължителното здравно осигуряване затруднява гражданите в решението им да заплатят още една осигурителна вноска за едни и същи здравни услуги;
- Директните плащания в лечебните заведения се наложиха като правило за получаване на здравни услуги и са предпочитани пред доброволното здравно осигуряване;
- Проблемите на мениджмънта и незадоволителното качество на медицин-ското обслужване в обществените лечебни заведения не позволяват доброволно осигурените лица да получат желаното качество на здравни услуги, за да се засили интересът към продуктите на доброволните здравноосигурителни дружества;
- Малкото средства, които се събират по доброволното здравно осигуряване, не са значим финансов източник за лечебните заведения. В същото време се изисква качество на услугите. Всички пациенти, за които не достигат напра-вления при общопрактикуващите лекари за специалист и за изследвания, заплащат за това директно. Този източник на средства за лечебните заведения е далече по-голям от доброволното здравно осигуряване, поради което е и предпочитан;
- Слаборазвит е и частният сектор при лечебните заведения. Частните лечебни заведения предоставят ограничен обем здравни услуги, преди всичко в извънболничната медицинска помощ, а това не предполага конкуренция, особено в болничната помощ и в малките населени места;
- Законодателят не реши въпросите относно границата между здравно застраховане и здравно осигуряване, а надзорните институции допускат лечебните заведения да извършват нелицензирана дейност абонаментно здравно осигуряване.

Всичко това допълнително ограничава възможностите за развитие на пазара на здравни услуги.

Неприемлив е стремежът на сляпо прилагане на европейски директиви към частните здравноосигурителни дружества и подчиняването им на застрахователни принципи. Съвременните тенденции за развитие на системите за здравно осигуряване и техният надзор налагат друг поглед върху дейността на осигу-рителните институции като управление не само на финансов риск, но и на организация на предоставяне на здравни услуги, превенция на социално значимите заболявания и контрол върху качеството на здравните услуги. Тази дейност ги прави участници в реализацията на националната здравна политика, което е неприсъщо за застраховането.

Задължителното здравно осигуряване у нас на практика е система за държавно управление на осигурителните вноски на осигурени и работодатели. Законовите промени в управлението на НЗОК, извършени през 2002 г., прекъснаха пътя на самоуправление на системата под парламентарен контрол.

Основният пакет медицински дейности е твърде широк и най-вече финан-сово необезпечен от бюджета на НЗОК. Поради това той се лимитира чрез сис-темата на регулативните стандарти за извънболничната помощ и на делегираните бюджети при болничната медицинска помощ. Регулативните стандарти, вместо да регулират достъпа до специализирана извънболнична помощ и диагностика, на практика водят до затруднен достъп и отказ на здравни услуги при изчерпване на лимитите на ниво първична медицинска помощ и специализирана извънболнична медицинска помощ.

Необходимо е да се осигури баланс между възможностите на общо-практикуващия лекар да се справи с проблемите, потребностите от специализирана помощ и диагностика, от една страна, и размера на средствата за тяхното обезпечаване от друга.

Форматът на преговорите по НРД трябва да бъде нормативно променен с включване на повече участници в договарянето (представители на болниците, на пациентските организации), като по този начин се намалява възможността за налагане на монопол на която и да е от страните.

Развитието на здравноосигурителния модел в бъдеще трябва да предвижда право за избор на „осигурител“ и поставяне на НЗОК в конкурентна среда като едно от възможните решения за защита и разширяване на правата на осигурените лица.

2.3.6. Финансиране на системата за здравно осигуряване (задължително здравно осигуряване)

Приходи за здравно осигуряване:

Основният източник на приходи за здравното осигуряване (приходите на НЗОК) са здравноосигурителните вноски. Размерът на тези вноски, определян ежегодно със Закона за бюджета на НЗОК, от създаването на НЗОК до 2008 г. е непроменен, 6% от определен осигурителен доход. За 2009 г. осигурителната вноска бе увеличена на 8%.

Осигурителната вноска се разделя между работодател и осигурен в динамично за годините съотношение с тенденция за изравняване 50:50 до 2010 година. За деца до 18-годишна възраст до 2007 г. осигурителната вноска е 0,5% от минималния осигурителен доход за самоосигуряващи се лица, през 2007 г. 3% от минималния осигурителен доход, а през 2008 г. 6% върху половината от минималния осигурителен доход за самоосигуряващите се лица.

По данни на НЗОК през 2007 г. от 3.2 милиона работещи по трудов договор и самоосигуряващи се (41,8% от ЗЗОЛ) постъпилите здравноосигурителни вноски са 808 584 263 лева (68,2% от ЗОВ). Държавата осигурява около 4.4 милиона души (58,2% от ЗЗОЛ), за които вноските са 377 351 806 лева (31.8% от ЗОВ). Средната осигурителна вноска за един работещ месечно е 25.6 лева, а за осигурените от държавата 8.6 лева на човек месечно.

Държавата е неравностоен участник в осигурителната система, като заплаща значително помалък размер осигурителна вноска за лицата, които тя осигурява. Това нарушава солидарния модел на здравно осигуряване и противоречи на практиката в развитите европейски държави.

Задължението за събирането на вноските е вменено от Закона за здравното осигуряване на Националния осигурителен институт (НОИ), а от 2006 г. на Националната агенция по приходите.

Размерът на приходите от вноски се прогнозира на база установяване структурата на контингента здравноосигурени лица съгласно чл.40, ал.1 от Закона за здравното осигуряване на основата на обобщената и анализирана база данни за броя на населението по региони, възрастовата структура на населението, средната работна заплата и средния размер на пенсията за регионите в страната и отчитане спецификата на отделните териториални единици въз основа на официално предоставената информация от Националния осигурителен институт (НОИ), Националния

статистически институт, Агенцията по заетостта, Министерството на труда и социалната политика и Министерството на здравеопазването.

През годината могат да настъпят промени в приходите поради динамиката на заетостта и структурата на трудовите ресурси по региони във връзка с многообразието от възможни комбинации за формите на заетост на физическите лица и начините да се калкулира и предвиди събираемостта на здравноосигурителна вноска.

В бюджета на НЗОК са заложени и приходи от други източници, регламентирани със ЗЗО, като по-важните от тях са:

- лихви и приходи от управлението на имуществото на НЗОК;
- глоби и наказателни лихви;
- такси, определени с тарифи от Министерския съвет;
- приходи, регламентирани с други закони в полза на здравното осигуряване.

Общият размер на тези приходи не надвишава няколко процента от общите приходи и не оказва съществено значение върху дейността на НЗОК.

Наблюдава се стабилен темп на нарастване на приходите от 190.8 млн. лв. за 1999 г. до 1,793.8 млн.лв. за 2008 г., поради подобряването на събираемостта на здравноосигурителните вноски в резултат на мерките за подобряване на събираемостта, описани в „Здравноосигурителни вноски събираемост“, и подо-бряването на икономическия климат в страната до 2008 г. Този факт сам по себе си е положителен, въпреки че не води до намаляване на сериозните ограничения за ползване на здравни услуги в извънболничната помощ и на „хроничните” просрочени задължения на болничните лечебни заведения.

Разходи за здравно осигуряване (разходи на НЗОК):

Здравното осигуряване стартира през 2000 година с покриване на разходите за извънболнична медицинска и стоматологична помощ и частично или пълно заплащане на лекарства, медицински изделия и лечебни храни. Болничната медицинска помощ се включва в системата на здравното осигуряване една година по-късно, и то поетапно, като се започва първоначално с финансиране на около 20% от общите болнични разходи, останалите се поемат от МЗ. Постепенно ежегодно се увеличават броят на клиничните пътеки и размерът на разходите за болнична помощ на НЗОК, като от 2006г. НЗОК поема цялостното финансиране на болничната помощ.

Финансирането на болничната помощ от НЗОК и от МЗ, до 2006 г. нарушава и правата на осигурените лица в този период относно основния пакет болнична помощ,

който по закон е гарантиран от бюджета на НЗОК. По това време осигурените лица са разделени на две категории: тези, на които НЗОК заплаща болничната помощ, и останалите, за които тя не заплаща и които понякога доплащаха с мотива, че „не са по каса“. Наблюдават се и множество дублирани плащания, стремеж за отчитане на дейността чрез министерството или касата с цел осигуряване на повече средства, водещо от своя страна до изкривяване на статистическите данни за хоспитализираната заболеваемост.

Заплащането на здравните услуги се регламентира с Националния рамков договор, в който се определят обеми и цени на здравните услуги. Принципите на формиране на цените на здравните услуги и заплащането на изпълнителите на медицинска помощ за отделните направления са както следва:

Таблица 2.1. Здравни услуги съгласно регламента на Национален рамков договор

Първична извънболнична медицинска помощ	За брой осигурени лица, избрали съответния лекар; за дейност по профилактични програми; за извършени профилактични прегледи; за дис- пансерно наблюдение на хронични заболявания, за работа в населени места с неблагоприятни условия
Специализирана извънболнична медицинска помощ	За преглед при специалист (първичен, вторичен, диспансерно наблюдение на хронич. заболяване)
Стоматологична (дентална) медицинска помощ	За определен вид и обем стоматологична помощ
Медико-диагностична дейност	По видове медико-диагностични дейности
Лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели	Частично или напълно заплатени от НЗОК
Болнична медицинска помощ	На база клинични пътеки, които включват определени заболявания по диагнози и алгоритъм на поведение. (част от клиничните пътеки изключват плащания за скъпо струващи консумативи и медикаменти)

Законосъобразността на предоставяне на финансовите средства към изпълнителите на медицинска помощ е съобразена с бюджетните лимити, определени от Закона за бюджета на НЗОК. Съгласно Методика за определяне на годишните бюджети на РЗОК, утвърдена от УС на НЗОК, размерът и целесъобразността на

изразходване на тези средства се определят и преценяват при отчитане на: брой на сключените договори с изпълнители на извънболнична и болнична медицинска помощ; брой на обхванатото население и на отчетените здравни манипулации; извършените разходи за предходен период.

Извънболничната помощ финансово се лимитира по системата на регулативните стандарти, която предоставя определен брой направления месечно при ОПЛ за преглед при специалист и изследвания, а при СИМП лимитиран брой направления за друг специалист и диагностични и високоспециализирани изследвания.

От 2008 г. НЗОК лимитира болничната помощ чрез система на делегирани бюджети, която бе формирана като средноаритметичен разход на болниците за 2006 година и 2007 година. Тази система ощетява новорегистрираните болници и тези, които за 2007 година са имали по-високи разходи, предполагащи и по-голям обем дейност. Обратното, болниците със затихващи функции са стимулирани с този начин на определяне на делегираните бюджети.

Разходите на НЗОК са две основни групи- административни разходи и здравноосигурителни плащания.

Административните разходи не надхвърлят 3% от общите разходи. Те се делят на два основни вида: средства за заплати, възнаграждения и социално-осигурителни плащания на персонала и средства за текуща издръжка (около 10% от административните разходи), включващи средства за материали, вода, горива и енергия, телекомуникационни и пощенски услуги, текущ ремонт и командировки в страната. Разходите за застраховки, данък сгради и капиталови разходи се финансират централизирано от НЗОК и в бюджета на РЗОК няма средства с такова предназначение.

Втората основна група разходи са тези за здравноосигурителни плащания. В структурата на тези плащания се включват разходи за:

- първична извънболнична медицинска помощ;
- специализирана извънболнична медицинска помощ;
- стоматологична (дентална) медицинска помощ;
- медико-диагностична дейност;
- болнична медицинска помощ;
- лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели;
- медицинска помощ в съответствие с правилата за координация на системите.

От 1 януари 2007 г. се извършват плащания и за медицинска помощ, оказана в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност в ЕС. НЗОК поема разходите за спешна медицинска помощ на задължително осигурените български граждани, оказана им по време на пребиваване в страна членка на ЕС.

След преминаване на финансирането на болничната помощ изцяло от НЗОК от началото на 2006 г. по данни на годишните отчети на касата структурата на разходите по отделните здравноосигурителни плащания се запазва - най-голям е делът на разходите за болнична помощ (около 58%), следват разходите за напълно или частично платени лекарства за домашно лечение (около 19%), разходите за първична и специализирана извънболнична медицинска помощ (по около 8%), за стоматологична помощ (около 4.5%) и медико-диагностична дейност (около 3.5%).

Таблица 2.2. Структура на разходите на НЗОК за 2006-2007 г.

№	Вид дейност	%
1	Болнична помощ	58
2	Медикаменти	19
3	ПИМП (първична извънболнична медицинска помощ)	8
4	СИМП (специализирана извънболнична медицинска помощ)	8
5	Дентална помощ	4.5
6	Медико-диагностична помощ	3.5

Източник: Годишни отчети на НЗОК.

Видно е, че с увеличаване размера на приходите се увеличава и размерът на разходите. Основна причина за това е и разширяването на пакета от медицински дейности в извънболничната и болничната медицинска помощ, броя и вида на частично платените или безплатни лекарства за домашно лечение, предоставени на осигурените лица.

През 2001г. се наблюдава рязко увеличение на разходите за медикаменти до 50% от общите разходи на НЗОК. Основна, макар и не единствена причина за това е въвеждането на ДДС върху цените на лекарствата, които дотогава бяха освободени от този данък. България въведе една от най-високите в Европа ставки на ДДС върху лекарствата и нейното намаляване би дало възможност за увеличаване на реимбурсните проценти на НЗОК за медикаменти или насочване на средства в други направления.

Системата на задължителното здравно осигуряване от 2003 г. генерира планов дефицит, който се покрива от натрупания в БНБ излишък от предходните години. Освен

дефицит на ниво НЗОК ежегодно се наблюдават натрупвания на просрочени задължения на обществените болнични лечебни заведения. Всичко това говори за финансова нестабилност на системата за здравно осигуряване. Записът в НРД, който позволява при дефицит на средства НЗОК едностранно да ограничава плащанията към изпълнителите на медицинска помощ, на практика не решава финансовите проблеми на системата, а прехвърля дефицита от НЗОК към лечебните заведения.

Ограниченият чрез лимити достъп до специализирана извънболнична помощ и диагностика, непокриването от НЗОК на скъпо струващи консумативи за болнично лечение, на практика ограничават достъпа на осигурените лица до тези нива на здравната система, като натоварват гражданите със сериозни допълнителни плащания, въпреки че редовно заплащат вноските си за здравно осигуряване. По този начин системата за здравно осигуряване изглежда финансово устойчива, но това е за сметка на прехвърляне финансовото бреме върху гражданите, нарушаване принципа на солидарност и ограничаване достъпа до медицинска помощ.

Критерият- клинична пътека, избран за финансиране на основния пакет болнична помощ, е по-скоро инструмент за контрол на качеството на здравните услуги, отколкото финансов инструмент за остойностяване на самите здравни услуги. Твърде произволното формиране на цените при отделните клинични пътеки, почиващо на лобиране на отделни специалисти или производители на медикаменти и консумативи, създава грешна представа за реалния принос на отделните структури във формирането на приходите на цялата болница. Вследствие на това са налице огромни различия във финансирането на отделните медицински профили и във възнаграждението на лекарите и останалите медицински специалисти от различни специалности. Диапазонът на колебания в индивидуалните месечни лекарски възнаграждения е между три и петцифрени суми. Тези различия във възнаграждението в никакъв случай не отразяват обективни разлики в количеството на вложения труд или квалификацията на лекарите. Цели профили от медицината са недофинансирани, а други са поставени в привилегировано положение, което застрашава в перспектива от дефицит на специалисти в направленията с лошо финансиране (терапевти, педиатри, анестезиолози, хистолози и др.).

Анализът на икономическите показатели на НЗОК заслужава да включи и законовото решение за събиране на осигурителни вноски в периода от 01.07.1999 г. до 30.06.2000 г. без извършване на осигурителни плащания. Събраните вноски се натрупват под формата на излишък в бюджета на НЗОК и в края на 2002 г. са в размер

на 785 млн. лв. Този излишък по решение на Управителния съвет на НЗОК е депозиран в БНБ и с решения на Народното събрание от 2003 г. до 2006 г. вкл. покрива дефицита на НЗОК. През 2007 г. съгласно приетия от Народното събрание бюджет на НЗОК от републиканския бюджет (РБ) се извършва трансфер в размер на 338,7 хил. лв., който включва неясно в какъв размер и дължими от бюджета осигурителни вноски. През 2008 г. от РБ отново се осъществява трансфер в размер на 206,4 хил. лв., отделно от дължимите от бюджета осигурителни вноски. Тези трансфери се извършват с неясен мотив и при наличен излишък на средства, депозирани в БНБ.

С тези решения гражданите и работодателите от старта на осигурителната система кредитират държавата (БНБ оперира със средствата от излишъка), а в същото време здравната система изпитва недостиг на средства. Във всички развити европейски държави здравноосигурителните системи генерират дефицит, който се покрива от държавата, а у нас здравноосигурителната система кредитира държавата.

С увеличението на здравноосигурителната вноска през 2009 г. отново в бюджета на НЗОК освен резерв за непредвидени и неотложни разходи се приема и излишък в размер на 401 761 хил. лв., който е депозиран в БНБ, както в предходните години. ЗЗО не предвижда възможност в бюджета да се планира излишък. За поредна година със Закона за бюджета на НЗОК се нарушава основният закон- ЗЗО, и здравната система се лишава от средства, които са предназначени за нея. Ако по логиката на термина „излишък“ тези средства са „излишни“ за системата на здравното осигуряване, тогава няма обяснение защо осигурителната вноска се увеличава с 2%, а не с по-малък размер и защо системата продължава да страда от недостиг на средства. Би трябвало тези средства да бъдат включени в здравно-осигурителните плащания.

ИЗВОДИ ВТОРА ГЛАВА

1. По своята правна характеристика договорът за здравно осигуряване е формален, консенсуален, възмезден, комутативен и има точно определено съдържание. Общите условия по здравноосигурителните пакети ясно и недвусмислено определят: покритието и изключенията от него; условията, реда и сроковете за заплащане на здравноосигурителните премии, както и последиците от неплащането или неточното им плащане; условията и реда за ползване на здравните услуги и за получаване на здравните стоки; условията, реда и сроковете за възстановяване на направените разходи; условията, реда и сроковете за прекратяване или изменение на здравноосигурителното правоотношение.

2. Неприемлив е стремежът на сляпо прилагане на европейски директиви към частните здравноосигурителни дружества и подчиняването им на застрахователни принципи. Съвременните тенденции за развитие на системите за здравно осигуряване и техният надзор налагат друг поглед върху дейността на осигурителните институции като управление не само на финансов риск, но и на организация на предоставяне на здравни услуги, превенция на социално значимите заболявания и контрол върху качеството на здравните услуги. Тази дейност ги прави участници в реализацията на националната здравна политика, което е неприсъщо за застраховането.

3. Задължителното здравно осигуряване у нас на практика е система за държавно управление на осигурителните вноски на осигурени и работодатели. Законовите промени в управлението на НЗОК, извършени през 2002 г., прекъснаха пътя на самоуправление на системата под парламентарен контрол.

ГЛАВА ТРЕТА. СТРАТЕГИЧЕСКИ ПОДХОДИ ЗА УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА В БЪЛГАРИЯ

3.1. Здравнонеосигурените лица в България - профил и причини

Какъв е профилът на здравнонеосигурените лица в България? Дали става дума за хора основно от малцинствен произход? За българи, които живеят в чужбина и дължат вноски в България? За работещите на черно?

3.1.1. Методически бележки

Теренната работа бе проведена в периода на няколко месеца на 2007 година. Методът на регистрация на информацията е полустандартизирано face-to-face интервю в дома на респондента. В процеса на набиране на информация взеха участие около 100 интервюери от цялата страна. Проведени са 1204 ефективни интервюта. Обходени са общо 3339 адреса.

Целевата група на изследването са здравнонеосигурени лица над 18-годишна възраст. Съгласно нормативните документи здравнонео-сигурените от държавата лица са:

- безработни без право на обезщетение, които не се осигуряват от фонд „Безработица“;
- социално слаби лица без право на социална помощ;
- всички студенти над 26-годишна възраст;
- земеделски производители, които не внасят осигурителни вноски върху половината от минималния месечен доход.
- всички работници и служители от сивата икономика, които не работят по трудово правоотношение.

3.1.2. Методика на извадката

Информация за генералната съвкупност от здравнонеосигурени лица в страната са пациентските листи на Националната здравно-сигурителна каса. При конструиране на извадката е проведен прост случаен подбор на единици за извадката- основна (1200) и резерви. Допълнително рекрутиращо изискване за подбор е да бъде интервюиран само един член от домакинство. Също така изследователският екип предостави

възможност на респондентите да посочат сами дали са здравноосигурени или неразработен е рекрутиращ раздел в основния въпросник.

Изследването не е извършено от автора, а е използвано като илюстрация на възможните перспективи и възможност за доказване на теоретичните резултати.

3.1.3. Параметри на извадката

Извадката е двустепенна, стохастична и се състои от две части основна - 1200 души и планирано разширение от минимум 5000 души (т. нар. резерви) (Таблица 3.1.). В Кюстендил има определени за изследване само 20 души поради изключително ниското качество на информацията за местоживеенето на респондентите.

Поради непълноти в информацията за адресите на лицата извадката не съдържа адреси в села.

Таблица 3.1. Информация за основната извадка по административни области

Област	Основна извадка	Минимално планирано разширение
Бургас	35	190
Благоевград	35	190
Варна	35	190
Велико Търново	35	190
Видин	35	190
Враца	35	190
Габрово	35	190
Добрич	35	190
Кърджали	35	190
Кюстендил	20	150
Ловеч	35	190
Монтана	35	150

В Таблица 3.2 е посочен минимален брой планирано разширение (резерви). Поради неточност на информацията на терен са правени по-голям брой замени от първоначално планирания.

Таблица 3.2. Минимален брой планирано разширение (резерви)

Област	Основна извадка	Минимално планирано разширение
Пазарджик	35	190
Перник	35	100
Плевен	35	190
Пловдив	45	190

Разград	35	190
Русе	35	190
Силистра	35	150
Сливен	35	150
Смолян	35	150
София-град	200	200
София-област	60	150
Стара Загора	45	190
Търговище	35	190
Хасково	40	190
Шумен	45	190
Ямбол	45	190
Общо	1200	5000

Значителна част от ненамерените за изследване лица са продължително отсъстващи или в чужбина. Голяма част от адресите (почти всеки десети) са непълни или неверни. Отказите за участие в изследването са незначителен дял - само 3,5% (Таблица 3.3.).

Таблица 3.3. Резултати от направените посещения

Резултат от посещението	**Брой**	**Процент**
Анкетиран	1204	36.1
Отказ	118	3.5
Неверен/непълен адрес	397	11.9
Недостъпен адрес	121	3.6
Продължително отсъствие на лицето	633	19.0
Друго	262	7.8
В чужбина	449	13.4
Сменен адрес	153	4.6
Общо	3339	100,0

Какво показа изследването? На въпроса дали лицето е здравно-осигурено положително отговарят 35.2% от анкетираните т.е. това означава, че част от хората, които според НЗОК не са осигурени, всъщност са или смятат, че са. И в двата случая това представлява проблем както за институцията, така и за съответния индивид. Прави впечатление, че само един от респондентите ни не знае какъв е неговият статус към момента на изследването.

В анализа са посочени само обобщени резултати от респондентите, които изрично са заявили, че не са здравноосигурени, тъй като не можем да знаем каква част от останалите лица са скрили информацията за статуса си и каква част, поради неточност, фигурират в списъците на НЗОК.

Като цяло тези хора са:

- малко повече мъже, отколкото жени - 51% към 49%, но това едва ли може да се интерпретира като свързано със специфични професии, които не се осигуряват;
- 74.3% от интервюираните лица, които не са здравноосигурени, са етнически българи, 10.7% турци, а 14.6% роми. Това показва, че при ромите съществува по-голяма вероятност едно лице да не е здравноосигурено, отколкото при другите етнически групи;
- Когато анализираме тези данни според фактора възраст, можем да констатираме, че почти една трета от тези хора са до 30 г. (31.8%), а едва 21.3% са над 50 години. Интерпретациите на този факт могат да бъдат свързани с това, че младите хора са по-склонни да приемат работа без трудов договор, че сигурно има повече млади хора, които живеят в чужбина, студенти, които са навършили 26г. или временно са прекъснали обучението си. От друга страна, тази възрастова група по презумпция е в по-добро здраве, най-вероятно по-рядко й се налага да посещава лекари и здравни заведения, а това демотивира младите да бъдат здравноосигурени на всяка цена;
- Като образователно равнище трябва да отбележим, че над една четврт от лицата, които посочват, че не са здравноосигурени (25.5%), са с начално или по-ниско, или основно образование, най-много, 56.8%, са със завършено средно, а едва 11.3% са с висше образование (независимо дали става дума за степен бакалавър или магистър);
- От всички изследвани лица 31,8% са посочили, че през последните три месеца работят на трудов договор, съответно 17% от тях са посочили, че не са здравноосигурени. Това може би означава, че те са започнали да работят сравнително скоро и правата им не са възстановени поради наличие на стари задължения.
- На въпроса за финансовото положение на домакинството, в което живее изследваното лице, можем да видим, че над половината респонденти се самоопределят като бедни (Таблица 3.4), близо една трета (31.5%) нито като бедни, нито като богати, а едва 5.6% смятат, че принадлежат към богатите домакинства. Данните, които лицата посочват за средномесечния нетен доход на домакинството, в което живеят, показват, че за едва 6.3% той е над 1000 лева, за общо една четврт (25.4%) той е над 400 лева. Тук една пета от анкетираните лица, които не са здравноосигурени, не са пожелали да посочат дохода на домакинствата си. Не е изненадващо, че мнозинството от респондентите произлизат от домакинства с много ниски доходи, но процентът на заможни домакинства потвърждава хипотезата, че не

само финансовите проблеми водят до изключване и самоизключване от системата за здравно осигуряване.

Социално-демографски характеристики на здравнонеосигурените лица (%) (Таблица 3.4.) и (Таблица 3.5.).

Таблица 3.4. Социално-демографски характеристики на осигурените лица

Пол	**%**
Мъж	51.0
Жена	49.0
Общо	100.0
Етническа принадлежност	
Българин	74.3
Турчин	10.7
Ром	14.6
Друг	0.4
Общо	100.0
Образование	
Начално или по-ниско	7.8
Основно	17.7
Незавършено средно	3.4
Завършено средно	56.8
Полувисше	2.9
Висше- бакалавър	4.5
Висше- магистър	6.8
Общо	100.0

Таблица 3.5. Социално-демографски характеристики на осигурените лица

Възраст	**%**
18-30	31.8
31-40	23.8
41-50	23.0
51+	21.3
Общо	100.0
Как бихте оценили финансовото положение на вашето домакинство?	
Беден	31.9
2	28.6
3	31.5
4	5.2
Богат	0.4
Не знае	2.5
Общо	100.0
Какъв е средномесечният чист доход на домакинството през последните 3 месеца?	
До 100лв.	11.9
101-200лв.	15.3

201-300лв.	14.1
301-400лв.	12.9
401-600лв.	12.0
601-800лв.	4.8
801-1000лв.	2.3
Над 1000лв.	6.3
Отказ	20.5
Общо	100.0

През последните години много български граждани пребивават постоянно или за определени периоди в чужбина, за да работят. Известно е, че те дължат здравни осигуровки в България, ако не са предприели определените мерки. Не е ясно доколко тези лица са добре информирани и доколко предприемат необходимото, преди да заминат. Затова не е изненадващо, че по време на провеждане на изследването през 2007 г. сред здравнонеосигурените лица близо една пета (16.5%) са работили в чужбина през последните години.

Според изследването здравнонеосигурените лица са информирани, че съществува законово задължение да се осигурят. Най-честите източници на информация за това задължение са медиите и общопрактикуващите лекари:

- 34% от анкетираните лица, които не са здравноосигурени, никога не са били от момента на въвеждане на законовото задължение. Най-често респондентите са си дали сметка, че не са здравноосигурени, при посещение при общопрактикуващия лекар или при проверка в НОИ. Трябва да се отбележи, че 8.2% от лицата са си направили справка в интернет страницата на НОИ;
- Близо една трета от респондентите декларират, че никога не са били здравноосигурени (има се предвид от началото на реформата). Важно е да се обърне внимание на факта, че близо една четвърт не са осигурени от последните 7-10 месеца. т.е. от системата непрекъснато изпадат нови лица. Бихме могли да направим и хипотезата, че съществува „текучество" сред неосигурените лица. Едва 5.8% не са осигурени от последните 6 месеца. Тук бихме могли да разсъждаваме доколко системата е достатъчно „бърза", за да регистрира тези лица;
- За близо 60% от здравнонеосигурените лица основната причина, поради която не са осигурени, е, че са безработни. Всъщност за този въпрос, трябва да се има предвид, че за някои от тях „безработен" означава не само „административното" определение, но и фактът човек да не работи или да работи нещо „на черно";

- Наред с хората, които са без работа и са затруднени финансово, трябва да се обърне внимание на наличието на една втора група, която така или иначе плаща в брой, когато има нужда от медицинско обслужване (17%), но за която това сякаш е въпрос на избор човек да не се осигурява (да не се включи в националната здравноосигурителна система);
- 61,8% от неосигурените респонденти имат общопрактикуващ лекар, а 38,2% посочват, че нямат (независимо че са избрани за участие в проучването от пациентските листи на НЗОК). Това би могло да означава, че те само формално се водят в списъците на съответното „джипи. За да твърдим последното, би могъл да ни помогне и аргументът, че почти половината от тези, които „имат“ общопрактикуващ лекар, посочват, че не са го посещавали въобще, а едва 3.9% веднъж на месец;
- 13,4% са отговорили, че основната причина да не са здравно-осигурени е, че така или иначе ще трябва да плащат, когато имат нужда от здравна помощ, т.е. тук не става дума за техния личен избор, а по-скоро за принуда, наложена от обстоятелствата. Хората, които биха имали нагласата и биха желали да плащат за медицинска помощ, са 3,6% от запитаните.

3.2. Анализ на бедността сред здравнонеосигурените в България

Целта на настоящия анализ е да отговори на въпроса какъв е социалният статус на здравнонеосигурените в България. Анализът е направен на базата на данните от национално проучване сред здравнонеосигурените (НПЗН), представено подробно в предходната част, и на данни от Многоцелевото проучване на домакинствата от 2007г. НПЗН е част от поредица проучвания на публичните бюджети, финансирани по многогодишен проект на Институт „Отворено общество“, гр.София, затова на някои места текстът се позовава на НПЗН като „проучването на публичните бюджети”. Многоцелевото проучване на домакинствата от 2007г. (МЦПД 2007) е извършено съвместно от Световната банка и Институт „Отворено общество“- гр.София.

В НПЗН не са обхванати здравнонеосигурените, които към момента на провеждането на интервюто са били в чужбина или са отсъствали продължително (за немалка част от последните може да се предположи, че също са били в чужбина), както и здравнонеосигурените, които живеят в селата. Докато за здравнонеосигурените, които пребивават в чужбина, може с голяма степен на вероятност да се предположи, че биха „подобрили“ повечето социално-иконо-мически

характеристики в извадката, за жителите на селата е трудно да се каже какъв ефект биха имали върху извадката. Така или иначе нашата извадка може да се счита за представителна само за здравнонеосигурените жители на градовете, които не са се заселили трайно в чужбина. От процента на несъстоялите се анкети може косвено да се съди за ориентировъчния дял на здравнонеосигурените поради продължителен престой в чужбина- между 13 и 35%. Около 15% от попадналите в извадката през последната година са работили в чужбина. С голяма степен на вероятност може да се предполага, че преобладаващото мнозинство от тези граждани не са от постоянно заселилите се в чужбина, които са здравноосигурени в друга държава, а временно пребиваващи с цел работа (законна или незаконна).

Таблица 3.6. Резултат от посещенията

Резултат от посещението	**Брой**	**Процент**
Анкетиран	1204	36.1
От тях през последната година били в чужбина	175	5.24
Отказ	118	3.5
Неверен/непълен адрес	397	11.9
Недостъпен адрес	121	3.6
Продължително отсъствие на лицето	633	19.0
Друго	262	7.8
В чужбина	449	13.4
Сменен адрес	153	4.6
Общо	3339	100.0

В НПЗН е зададен и начален филтриращ въпрос относно здравно-осигурителния статус на респондентите. Около 35% от тях твърдят, че са здравноосигурени, въпреки че са подбрани за изследването именно защото фигурират като здравнонеосигурени в базата данни на НОИ. Този интересен факт е коментиран по-долу в контекста на направения анализ на данните.

От МЦПД 2007 взехме лицата, които на въпроса „Имате ли здравна осигуровка?” са дали отрицателен отговор (Раздел 6. Здраве, въпрос 3). Може да се предположи, че по състав тази група е по-близо до групата на тези, които на филтриращия въпрос за здравноосигурителния им статус в НПЗН отговарят, че са здравнонеосигурени, макар че има и някои многозначителни разлики, които ще разгледаме по-нататък в текста.

3.2.1. Дефиниции на бедността

В настоящият анализ са използвани т. нар. многомерен анализ на бедността. Като едно от измеренията на бедността са включени и общоприетите индикатори за бедност, базирани на сравнение с линия на бедността.

През 2007 година в България за първи път беше въведена официална линия на бедността. Това улеснява много в избора на индикатор за подоходна бедност. Определената от Министерския съвет линия на бедността за 2007 г. беше 152 лева.

Анализът, базиран на линиите на бедността, може да установи каква чат от домакинствата или индивидите могат да бъдат считани за бедни. Допълнително те могат да бъдат разделени на групи с различна степен на бедност съобразно разстоянието, което ги дели от линията на бедността. Така може да се направи оценка на допълнителния доход на домакинство, необходим за да излезе всяка една група от бедността. Може да се направи и оценка на сумарните социални трансфери, за да бъдат на теория извадени всички домакинства от бедността. Естествено, трансферите рядко са единственото използвано средство за борба с бедността. На базата на данните от анализа на линията на бедността може вече да се планира определена политика на доходите и трансферите, която да доведе до намаляване или премахване на бедността.

Все пак аналитичните възможности на подхода, базиран на линиите на бедността, са ограничени. За по-фин анализ на бедността добавихме и други измерения на бедността, към които приложихме многомерния подход. Многомерният подход дава големи възможности за задълбочаване на анализа, но за сметка на това методологическите му основи са доста по-размити и зависят до голяма степен от целите на анализа и избора на конкретни индикатори. Прилагането на многомерния подход в конкретния случай беше ограничено от достъпните данни и от изискването част от използваните измерения да се срещат и в многоцелевото проучване на домакинствата от 2007г.

3.2.2. Многомерната бедност

Разглеждането на бедността като многомерно явление тръгва от идеята, че бедността по своята природа е сложен социален проблем, който има много различни аспекти или много различни измерения. Паричната бедност е само един от аспектите на бедността. Като други аспекти на бедността могат да бъдат разглеждани потреблението, достъпът до различни услуги и тяхното качество, качеството на жилищната среда, субективното усещане за благосъстояние и здраве и други според

конкретните цели на анализа и наличните данни. Няма изчерпателен или общоприет списък на измеренията на бедността, макар че някои изследователи настояват, че такъв трябва да има. Горният списък, който няма претенциите за универсалност, съдържа някои от ключовите аспекти на бедността, потвърдени емпирично в многобройни изследвания и присъстващи заедно или поотделно в повечето стратегии за борба с бедността.

Идеята за многомерния анализ на бедността има корени в публикациите върху бедността на Амартя Сен и най-вече в така наречения подход на способностите (capabilities approach).

Конкретният метод за извършване на вторичен анализ на данни на базата на вече проведено проучване е разработен на базата на анализа на изследването на детската бедност, представен от Джонатан Брадшо на обсъждане, организирано от УНИЦЕФ в София на 29 ноември 2007 г. Списъкът с конкретни измерения на бедността е специфичен за целите на настоящия анализ и не се припокрива с този на Брадшо. Така или иначе изработването на такива списъци за целта на конкретен анализ или на базата на ограниченията, наложени от наличните данни, е нормална практика.

От гледна точка на многомерната бедност самата липса на здравна осигуровка или който и да било друг аспект от неравния достъп до здравеопазване вече сами по себе си са проявление на бедността. В нашия случай този аспект на бедността е именно характеристиката, чието обяснение търсим. Всички респонденти са включени в изследването именно защото са фигурирали в списъците на Националния осигурителен институт като здравнонеосигурени.

По същество „измеренията“ на бедността са различни аспекти на социалната маргинализация. Така бедността престава да се разглежда просто като нисък доход или дори не само като невъзможност да се постигне определено равнище на потребление, а като цялостен дефицит от възможности за нормално функциониране в обществото.

3.2.3. Аспекти на бедността, разгледани в многомерния анализ

Парична бедност: За определяне на паричната бедност и останалите измерения на бедността в НПЗН използвахме както данните за цялата извадка, така и отделно само данните за тези, които са се определили като здравнонеосигурени. Данните за цялата извадка дават една значително по-позитивна картина, тъй като тези, които са заявили, че са здравноосигурени, се представят по-добре по всички социално-икономически показатели. Очевидно причините за тяхното обособяване в отделна група

не са случайни. Въпреки това нямаше достатъчно основания да ги изключим от анализа, тъй като основанията те да твърдят, че са здравноосигурени, не са ясни. Възможно е в част от случаите да става дума за неточности в самата база данни на Националния осигурителен институт или за ефекти, свързани с обичайното забавяне при въвеждането на нова информация. Възможно е обаче да става дума и за неинформираност на самите респонденти или за нежелание да се идентифицират като здравнонеосигурени по една или друга причина.

От друга страна, въпреки че тези, които твърдят, че са здравноосигурени, подобряват повечето социално-икономически характеристики на групата, дори с тяхното участие пред нас се разкрива профилът на една като цяло социално маргинализирана група.

Във въпросника на НПЗН на респондентите се дава възможност да поставят своето домакинство в една от осем категории- от „до 100 лева" до „над 1000 лева". Преобразуването на доходите по тази скала в точен доход за всяко домакинство е направено, като във всяка категория е взета медианата, а за категорията „над 1000 лева" е взета стойността 1000 лева. Тази процедура със сигурност подценява в някаква степен дохода на най-високодоходната категория и съответно би имала подценяващ ефект при пресмятане на подоходното неравенство. Тези ефекти обаче са незначителни, още повече че в извадката на здравнонеосигурените делът на най-богатите е много малък- 6,3%.

В извадката на здравнонеосигурените в НПЗН 60% от медианния доход на домакинствата, към които те принадлежат, е 100 лева. Това е една много ниска линия на бедност, която илюстрира колко ниски са доходите сред здравно-неосигурените като цяло. Дори при тази ниска линия на бедността 32% от анкетираните остават под нея- това е една ясно обособена група от бедни сред бедните, която илюстрира факта, че дори при много ниски средни равнища на дохода може да има голяма диференциация. При използване на официалната линия на бедност за 2007 г., определена от Министерския съвет- 152 лева, 45% от анкетираните в нашата извадка (съответно от техните домакинства) са бедни. Медианата на претеглените доходи на домакинствата в МЦПД е 271 лева (със закръгляне), съответно 60% линия на бедността е 163 лева, малко по-висока от утвърдената от Министерския съвет.

Според изследването по методологията на Евростат делът на домакинствата в риск от бедност в България е 14% за 2006 година. Средногодишният праг на бедност в еквивалентни единици през 2005 г. е бил 932 евро, или 77.67 евро на месец. Това е

именно еквивалентът в евро по официален обменен курс на линията на бедност, определена от правителството за 2007 г.

Равнището на бедност сред здравнонеосигурените, попаднали в нашата извадка, и сред домакинствата, в които те живеят, е над 3 пъти по-високо, отколкото средно сред населението.

Субективна бедност: Субективната бедност оценяваме през въпрос 404 „Как бихте оценили финансовото положение на вашето домакинство? “ от НПЗН. Отговорът предлага петстепенна скала за оценка на положението на домакинството, като 1 е „беден“, а 5 е „богат“, а средните точки в скалата са без словесен еквивалент. Въпросът е сравнен с въпрос 13 от Раздел 14: Субективни вярвания и схващания на МЦПД. Въпросът в МЦПД е зададен по следния начин: „Според вас какво е финансовото състояние на домакинството ви?“ Отговорът предлага петстепенна несиметрична скала за оценка, като всички точки в скалата имат словесен еквивалент (1=много лошо, 2= лошо, 3=добро, 4=много добро, 5=богато).

За обработка на субективните скали отново прилагаме метода на Евростат, използван при обработката на различни субективни скали за нагласи. Методът е използван например при наблюдението на потребителите, където се използва петстепенна симетрична скала за оценка на оптимизма и песимизма. Според тази методология неутралният отговор не играе роля, докато разположените от двете му страни разпределения се сумират, като положителните отговори получават знак плюс, а отрицателните- знак минус. Освен това по-отдалечените от централния неутрален отговор симетрични двойки се умножават с по-висок коефициент, като на силно положителното и силно негативното мнение се присвоява коефициент 1, а на по-умерено положителните и по-умерено негативните мнения коефициент 0.5.

Извели сме два баланса, като в единия случай сме приели добро за неутрален отговор, а в другия случай сме приели, че неутралният отговор отсъства, добро е умерено позитивният отговор, а много добро и богато са обединени в крайно позитивния отговор. Двата баланса не дават никаква разлика по отношение на подреждането на групите, но общият резултат изглежда по-малко негативен.

Таблица 3.7. Резултати от квинтил проучване

Квинтил Проучване	1. (бедно; много лошо)	2. (лошо)	3. (добро)	4. (много добро)	5. (богато)	Баланс 1	Баланс 2
НПЗН (обща извадка)	25.5%	28.4%	37.3%	5.5%	0.7%	-37.7	-14.9%
НПЗН (самоопределили се като здравнонеосигурени)	31.9%	28.6%	31.5%	5.2%	0.4%	-44.0	-24.9%
МЦПД (обща извадка)	7.7%	41.9%	47.6%	2.7%	0.1%	-27.40	-2.1%
МЦПД (здравнонеосигурени)	17.5%	48.0%	31.1%	3.1%	0.2%	-40.15	-22.7%
МЦПД (турци, напрегната извадка) N=1909	12.8%	52.1%	33.0%	2.1%	0.0%	-37.80	-20.3%
МЦПД (турци, напрегната извадка, здравно-неосигурени); N=364	17.6%	59.6%	22.3%	0.5%	0.0%	-47.15	-35.8%
МЦПД (роми, напрегната извадка) N=2543	48.0%	37.7%	14.0%	0.3%	0.0%	-66.70	-59.6%
МЦПД (роми, напрегната извадка, здравно-неосигурени); N=551	51.7%	34.3%	13.8%	0.2%	0.0%	-68.75	-61.8%

Прави впечатление, че като цяло респондентите в МЦПД са песимисти. Средният респондент няма много по-добри показатели по критерий субективно благосъстояние от здравнонеосигурения респондент. Наистина в групата на най-големите песимисти има по-малко домакинства, но общо в долните две групи (много лошо и лошо финансово състояние) са съсредоточени почти половината респонденти в извадката (49.6%). Като лошо или много лошо определят финансовото състояние на домакинствата си съответно 65.5% от здравно-неосигурените в МЦПД, 53.9% от анкетираните и 60.5% от определилите се като здравнонеосигурени в изследването на публичните бюджети (НПЗН).

Едно от възможните обяснения за тази разлика е, че в изследването на публичните бюджети липсва селското население, макар че твърдението, че сред жителите на селата нивата на песимизъм са по-високи е донякъде спекулативно. Не са ни познати изследвания в България, които да го потвърждават. Друг важен факт е че хората, попаднали в извадката на изследването на публичните бюджети са такива, които са регистрирани като здравнонеосигурени. Както беше споменато в хода на интервютата се оказа, че една немалка част от тях не се считат за такива, било защото не знаят или защото не желаят по някаква причина да разкриват пред други, че са загубили здравноосигурителния си статус. Може да се каже, че групата на

здравнонеосигурените в МЦПД е много по-малко разслоена (съсредоточена във втория квинтил), основно за сметка на свиването на горните три квинтила, т.е. чрез намаляване на дела на онези, които смятат, че финансовото състояние на домакинствата им е добро, много-добро или богато. При здравнонеосигурените турци това групиране е още по-подчертано, а при здравно-неосигурените роми тежестта се измества към най-долния квинтил 57.1% от анкетираните оценяват финансовото състояние на домакинството си като много лошо, а още 34.3% като лошо.

Подреждането в скалата на субективната доходна бедност е изключително логично и предсказуемо и съответства на подреждането по обективни показатели. Най-добро е самочувствието на общата извадка в МЦПД, т.е. на средния български гражданин. Здравнонеосигурените и малцинствата се поставят сами в по-ниски доходни категории, като двата ефекта се натрупват- здравнонеосигурените турци и роми се чувстват още по-бедни от останалите турци и роми. Тази логичност на самооценката обаче, както ще видим по-долу, е по-скоро изключение, отколкото правило при субективните скали, които дават системни, но интуитивно неочаквани подреждания. Една от ключовите тези по отношение на субективните индикатори е, че те работят по-добре в богатите страни, отколкото в бедните.

3.2.4. Образователна маргинализация (образователна бедност)

Образователната маргинализация дефинирахме през въпрос 403. „Какво е вашето образование?“ от НПЗН. За сравнение от въпросника на МЦПД беше използван въпрос 4 от раздел 5В: Обучение- общо. Въпросът гласи: „Кое е най-високото ниво на образование, завършено от Вас?“

Използваната образователна номенклатура в двете проучвания е сходна, но в МЦПД има значително повече детайли, които за съжаление не могат да бъдат използвани в сравнителен план. В таблицата по-долу са дадени само основните образователни степени.

Таблица 3.8. Образователна марганилизация

Проучване	Образование			
	Начално	**Основно**	**Средно**	**Висше**
НПЗН (обща извадка)	5.4%	17.4%	64.5%	12.7%
НПЗН (самоопределили се като здравнонеосигурени)	7.8%	21.1.%	59.8%	11.3%
МЦПД (обща извадка)	14.9%	25.4%	44.0%	15.7%
МЦПД (здравнонеосигурени)	16.5%	27.1%	42.2%	14.3%

МЦПД (турци, напрегната извадка)	40.5%	40.1%	18.3%	1.2%
МЦПД (турци, напрегната извадка, здравнонеосигурени)	45.16%	37.37%	15.59%	1.88%
МЦПД (роми, напрегната извадка)	43%	38.5%	16.8%	1.9%
МЦПД (роми, напрегната извадка, здравнонеосигурени)	44.76%	35.71%	17.86%	1.67%

Както в НПЗН, така и в МЦПД не се наблюдава съществена разлика в образованието според здравноосигурителния статус нито като цяло, нито в рамките на отделни етнически групи. Разбира се, въпреки това имаме всички основания да смятаме, че степента на маргинализация на тези от здравнонеосигурените, които имат по-ниско образование, е по-голяма.

Жилищна бедност: За оценяване на жилищната бедност са използвани следните въпроси (Таблица 3.9.) и (Таблица 3.10.):

Таблица 3.9. Критерии за оценяване на жилищната бедност

Въпросник НПЗН	**Въпросник МЦПД**
Размер на жилището	Модул 1 Жилище, въпрос 6 „Каква е площта на жилището заедно с обитаемите и спомагателните помещения?“
Жилищна площ на човек от домакинството	Модул 1.6 /Модул 2. Състав на домакинството. Въпрос 1 (Преброяване)
Достъп до течаща вода	Модул 1. Жилище, въпрос 7 „Има ли в жилището водопровод?“
Душ извън дома, но в сградата	Модул 1. Жилище, въпрос 7 „Има ли в жилището баня?“
Душ извън сградата	Модул 1. Жилище, въпрос 7 „Има ли в жилището баня?“

Таблица 3.10. Резултати от ценката на жилищната бедност

Жилище Проучване	$м^2$/човек (средно/медиана)	До 15 $м^2$/12$м^2$/10^2 на човек	Без достъпдо течаща вода	Без душ в дома
НПЗН (обща извадка)	24.28/22.25	22.3% /11.9%/6.5%	2.2%	6.9%
НПЗН (самоопределили се като здравно неосигурени)	24.14%/22.25%	26.4%/14.9%/8.3%	3.1%	10.2%
МЦПД (обща извадка)	26.63/22.5	21.6%/11.2%/7.3%	0.8%	9.1%
МЦПД (здравно неосигурени)	20.29/17.5	41.8%/27.9%/21.2%	1.6%	14.7%
МЦПД (турци, напрегната извадка)	21.28/18.60	35.6%/18.0%/12.0%	4.9%	46.1%
МЦПД (турци, напрегната извадка, здравно неосигурени)	23.24/20.00	24.20/10%/5.5%	9.6%	45.4%
МЦПД (роми, напрегната извадка)	23.33/19.00	40.2%/29.8%/23.8%	19.6%	52.5%
МЦПД (роми, напрегната извадка, здравно неосигурени)	13.75/12.00	68.5%/52.3%/40.9%	17.7%	46.4%

По отношение на размерите на жилището и на наличната жилищна площ се забелязват значими разлики между общата извадка и подгрупата на здравно-неосигурените в МЦПД. Медианната жилищна площ на човек в общата извадка на МЦПД е 22.5кв.м, докато сред групата на здравнонеосигурените е 17.5 кв.м - здравнонеосигурените разполагат средно с 5 кв.м. Обособихме и 3 групи домакинства, живеещи в най-пренаселени жилища. Групите са до 15 кв.м, до 12 кв.м и до 10 кв.м на човек включително.

Веднага прави впечатление, че здравнонеосигурените в МЦПД са свръх-концентрирани в пренаселени жилища. Над 40% от тях разполагат с до 15 кв.м жилищна площ при 21.6% в общата извадка, почти двойно по-висок дял. Делът от здравнонеосигурените, живеещи в най-пренаселените жилища (до 10кв.м на обитател включително), е почти 3 пъти по-висок от обичайния сред населението (21.2%, спрямо 7.3%). Малката жилищна площ на човек от домакинството се дължи и на факта, че здравнонеосигурените обитават по-малки жилища, но разликата не е чак толкова значима. По-голямата част от ефекта се дължи на факта, че здравнонеосигурените живеят в по-големи домакинства.

В НПЗН разликите между тези, които се определят като здравноосигурени, и тези, които се определят като здравнонеосигурени, по отношение на разпола-гаемата жилищна площ на човек от домакинството е незначителна.

В достъпа до течаща вода и до баня (душ) в дома има съществена разлика по етнически признак. В рамките на самите етнически малцинства не се наблюдава разлика по тези два показателя между здравноосигурените и здравнонеосигурените. В НПЗН и в общата извадка на МЦПД 2007 има такава разлика, но при много ниски дялове – сред населението като цяло домакинствата без достъп до течаща вода и без душ в дома са твърде малко. В НПЗН 2.2% от общата извадка са без достъп до течаща вода срещу 3.1% от здравноосигурените. В МЦПД 2007 съответните дялове са 0.8% и 1.6%. По отношение на наличието на душ в дома разликата в МЦПД е 9.1% към 14.7% във вреда на здравнонеосигурените.

Здравна маргинализация (здравна бедност): Здравната маргинализация оценяваме по два основни компонента - субективното здравословно състояние и хроничните заболявания.

Субективно здравословно състояние е оценено в по един въпрос в НПЗН и МЦПД.

НПЗН - Раздел 3: Въпрос 300. (Като цяло как оценявате здравословното си състояние през последните 18 месеца?; много добро, добро, задоволително, лошо, много лошо)

МЦПД - Раздел 6: Здраве, въпрос 2. (Как най-общо оценявате здравословното си състояние?; отлично, добро, задоволително, лошо, не зная) Двете скали не са съвсем идентични, но са съпоставими. Скалата от МЦПД е несиметрична. Приравнили сме 4-те й степени (без „не зная“) към горните 4 степени на скалата от НПЗН. За обработка на субективните скали отново прилагаме метода на Евростат, използван при обработката на различни субективни скали за нагласи.

В НПЗН и МЦПД има по един въпрос за хроничните заболявания.

В МЦПД, Раздел 6: Здраве, въпрос 17 гласи: „Страдате ли от хронично заболяване, което продължава повече от 6 месеца?“ Този въпрос следва да се разбира като„страдате ли от поне едно хронично заболяване”. Въпросът в НПЗН (Раздел 3: Въпрос 301) гласи: „Боледувате ли от следните хронични заболявания...?“, като следва изброяване на заболяванията без уточнение за продължителността на боледуването. Приемаме, че тези, които са дали положителен отговор на поне един от въпросите за конкретни хронични заболявания, са отговорили идентично с респондентите от МЦПД, които са заявили, че страдат от хронично заболяване.

Таблица 3.11. Здравна маргинализация

Здравна маргинализация Проучване	Субективна самооценка на здравословното състояние (позитивен баланс, изчислен по метода на Евростат)	Хронични заболявания (с продължителност повече от 6 месеца)
НПЗН (обща извадка)	70.2	26.0%
НПЗН (самоопределили се като здравнонеосигурени)	63.6	27.8%
МЦПД (обща извадка)	57.3	26.5%
МЦПД (здравнонеосигурени)	68.8	14.7%
МЦПД (турци, напрегната извадка)	65.9	21.3%
МЦПД (турци, напрегната извадка, здравнонеосигурени)	78.2	10.7%
МЦПД (роми, напрегната извадка)	66.2	20.0%
МЦПД (роми, напрегната извадка, здравнонеосигурени)	72.2	9.3%

В МЦПД 28.9% от тези, които са казали, че са здравноосигурени, са се самоопределили като хора с отлично здраве, а 45.7% с много добро. При тези, които са казали, че са здравнонеосигурени, съответните дялове са 21.4% и 59.2%. Сумарно

74.6% от здравноосигурените са субективно поне в добро здраве, а при здравнонеосигурените 80.6%. Съответно 11.1% от здравноосигурените се чувстват в лошо здраве срещу 5.6% при здравнонеосигурените. Като цяло балансът при здравнонеосигурените е по-добър спрямо средния (68.8 към 57.3).

Парадоксалният извод е, че здравнонеосигурените се чувстват по-добре от здравноосигурените, макар разликата да не е голяма. Етническите малцинства от напрегнатата извадка се чувстват по-добре в здравословно отношение от средното за страната, а здравнонеосигурените сред тях се чувстват още подобре.

В НПЗН подобен парадокс не се наблюдава, но по-лошата самооценка на тези, които са заявили, че са здравнонеосигурени, е с много малка дистанция от средната. Като цяло скалата в НПЗН дава сходен баланс в самооценката на здравословното състояние с този в МЦПД, а резултатите на самоопределилите се като здравнонеосигурени са много близки до тези на здравноосигурените.

Изреждането на хронични заболявания от страна на респондентите също поражда парадокс. В НПЗН по този показател няма съществена разлика между здравноосигурените (26%) и неосигурените (27.8%).

В МЦПД данните за основната извадка са на практика идентични с тези от НПЗН (26.5%). При здравнонеосигурените и етническите малцинства обаче се проявяват същите парадокси както при субективното здраве. Само 14.7% от здравнонеосигурените декларират, че страдат от хронично заболяване. Самодекларираната хронична заболеваемост при турците и ромите е средно съответно с 6.5 и 7.8 пъти по-ниска. А неосигурените турци и роми са съответно най-малко засегнати от хронични заболявания (10.7% и 9.3%).

Самооценките на здравния статус са много интересни именно с парадоксите, които демонстрират. Тези „парадокси“ обаче имат своето логично обяснение. Ако погледнем отговорите по отношение на хроничните заболявания, прави впечатление, че здравнонеосигурените са изключително „здрави“ в субективен план в сравнение със здравноосигурените. Една натрапваща се икономическа интерпретация може да бъде, че здравнонеосигурените са хора в добро здраве, съответно със слабо търсене на здравни услуги, които не желаят да плащат за нещо, което не потребяват, т.е. не харесват солидарната система. Тази теза може да бъде подкрепена с резултатите от отговора на въпроса, който директно пита за отношението към солидарната система. Тази интерпретация обаче не издържа сериозна критика.

Системно в проучванията на Институт „Отворено общество“ се очертава феноменът на изключително занижените критерии за здраве сред маргинализи-раните групи и особено сред ромите. Сред тези групи човек може да се чувства „здрав“, когато не е болен на легло или няма хронични заболявания със сериозни усложнения. Като цяло данните за повечето субективни измерители на бедността извън дохода и потреблението не потвърждава популярната теза, че уязвимите групи са склонни към неоправдано „оплакване“. Подобна теза понякога се използва, за да се покаже, че реалният доход или реалното потребление на някого са се повишили, докато той субективно не се е почувствал по-богат или даже напротив, дава още по-ниска субективна оценка на благосъстоянието си. Тази теза обаче не среща никакво емпирично потвърждение извън данните за субективното благосъстояние (през въпроси за дохода или потреблението). Но дори при тези данни „обяснителната сила“ на аргументите за неоправданото „черногледство“ на тези, които се намират на дъното на социалната скала, е крайно съмнителна.

Внимание заслужава едно друго обяснение, предложено от социолога Алексей Пампоров по отношение на високите резултати на здравнонеосигурените (роми) при самооценката на здравния им статус. Става дума за тезата, че това са действително по-здрави хора, които, чувствайки се добре в здравословно отношение, са решили, че няма нужда за момента да плащат за услуга, от която не се нуждаят. Вероятно тази хипотеза действително е валидна за част от случаите, но струва ни се, не може да бъде основна. Основното обяснение трябва да се търси в различното субективно разбиране за това какво означава „да си добре“ и „да си зле“. Това може да се илюстрира чрез данни за възрастовото разпределение на здравнонеосигурените. В общата извадка на МЦПД и сред българите средната и медианата на възрастта сред здравнонеосигурените са по-ниски с няколко процентни точки- ефект, който може да се обясни изцяло с по-големия обхват на осигуреността сред възрастните, голяма част от които са пенсионери. Децата до 17г., които също са осигурени, са далеч по-малко на брой сред населението. Сред ромите и турците модата и медианата сред здравнонеосигурените не се различават от тези сред всички роми и турци, и двата показателя са около 38 години. Сред етническите малцинства здравнонеосигурените като цяло не са по-младата част от населението и следователно основният аргумент да смятаме, че са по-здравата част от населението, отпада.

Многомерна бедност: При оценката на многомерната бедност бяха използвани всички изброени и анализирани по-горе индикатори с изключение на образованието.

От една страна, се оказа, че в образованието няма значими разлики между осигурените и неосигурените. От друга страна, имаше трудности с преобразуването на данните за завършена образователна степен или етап в единен индикатор (например брой години, прекарани в образователната система). Така броят на индикаторите става 7, разделени в 5 групи. По-долу е представен анализът на многомерната бедност в МЦПД 2007, тъй като тези данни позволяват най-пълно сравнение по признак здравна осигуреност и по етнически признак.

При анализа ясно се очертава степента на маргинализация както на здравнеосигурените, така и на етническите малцинства. Ясно се вижда също, че здравната маргинализация по етнически признак се „наслагва“ върху липсата на здравна осигуровка. Вижда се, че сред здравноосигурените над 30% не са бедни в нито едно от 7-те измерения, а други около 30% са бедни само по едно измерение. По принцип неблагоприятното положение на даден индивид по едно или дори две измерения може да се разглежда като случайно или временно (неустойчиво състояние), което може да бъде променено. Разбира се, бедността по два показателя вече представлява сериозен риск за трайна маргинализация и изисква предприе-мането на мерки, за да се спре процесът на „затъване“. Все пак в подобни случаи индивидът очевидно има ресурс в други сфери (други от разглежданите измерения), за да се измъкне от неблагоприятното състояние, в което е попаднал. Например ако е беден в монетарно изражение, но е в добро здравословно състояние и гледа с оптимизъм на живота, вероятно има ресурс да се справи с маргинализацията. Същото може да се каже, ако индивидът живее например в лоши условия, но има вече приемлив доход, който би му позволил в един момент да се премести на друго място или да инвестира в ремонт на жилището си.

Маргинализацията в три или повече измерения обаче в повечето случаи може да се разглежда като сигнал за трайно „затъване“, за тежка форма на бедност (в широкия смисъл), от която индивидът няма ресурс да се измъкне сам. За съжаление такава е ситуацията при около половината от здравнеосигурените, около 60% от здравнеосигурените турци и над 80% от здравнеосигурените роми. За сравнение само 21.5% от българите са попаднали в капана на многомерната бедност, като тези от тях, които са бедни по 5, 6 или 7 показателя, са пренебрежимо малко.

3.3. Стратегии за справяне с липсата на здравно осигуряване и проблемите на здравнонеосигурените лица

Както вече споменахме, сред неосигурените лица можем да открoим група на хора, които предпочитат да си плащат за медицинско обслужване. Все пак те са малцинство спрямо тези, които не работят, изпитват финансови затруднения и т. н.

В този смисъл би било логично да очакваме, че мнозинството от хората, които не са здравноосигурени, търсят някакви начини да се справят с възникналия проблем. Това, което можем да констатираме, е, че неосигурените лица в редки случаи се обръщат за съдействие към службите за социално подпомагане или към други държавни служби, за да решат проблема със здравните си вноски. Основната причина за това е, защото не са информирани, че има такава възможност (54%). Има и една немалка група, която посочва най-разнообразни причини за нежеланието си да се обърне към съответните държавни служби, сред отговорите все пак можем да видим липсата на доверие в институциите, че могат да решат проблемите, декларацията, че това не интересува съответния респондент, и т. н.

Значителен дял от неосигурените респонденти (Таблица 3.12) не са се обръщали към службите за социално подпомагане за уреждане на въпроса с вноските си, защото смятат, че не са информирани и не познават правата си (42.7%). Тук определено има една група хора, които просто нямат доверие в системата (19.8%). Има и група от здравнонеосигурени лица, които считат, че търсенето на такова съдействие и по-конкретно отиването в служба за социално подпомагане е под достойнството им. Всъщност в рамките на проведени фокус-групи по проекта за наблюдение на публичните бюджети също се оказа, че при всички случаи търсенето на съдействие от държавни институции, особено от социалното подпомагане, се разглежда като неприемлива алтернатива за тези, които работят.

Защо не сте се обръщали към службите за социално подпомагане за поемане на здравните ви вноски? (%)

Таблица 3.12. Анализ на неосигурените респонденти

Не е информиран, не е наясно с правата си	42.7
Не се е налагало	11.6
Живее и работи в чужбина	5.7
Няма смисъл; липса на доверие в институциите	19.8
Справям се сам, когато се наложи, си плащам	4.9
Безработен, беден, няма пари да оправи задълженията си	2.7

Работи без договор, непостоянна работа	1.0
Няма право, не е социално слаб	1.7
Не желае, не се интересува от това	6.2
Лична небрежност	0.9
Друго	2.9
Общо	100.0

На тези, които все пак са поискали социална помощ, в повечето случаи им е отказано. По-голямата част от тях са жени, от български и ромски етнически произход, до 40-годишна възраст. Почти половината от тези, на които им е отказана помощ, не знаят каква е причината за това.

Съвсем незначителна част от здравнонеосигурените лица (1,8%) са подали молба-декларация за заплащане на медицинска помощ като здравнонеосигурено лице от началото на 2007 г. В повечето случаи молбите не са били удовлетворени. Причините, поради които здравнонеосигурените лица не са подавали молби, са многобройни, но най-често са свързани с това, че хората не са били информирани за съответната възможност или не са били болни.

3.3.1.Ползване на здравни услуги

В рамките на изследването се поинтересувахме доколко и по какъв начин лицата, които не са осигурени, ползват здравни услуги.

По принцип 84% от здравнонеосигурените лица не са посещавали общопрактикуващ лекар през последните 12 месеца, а 94.5% не са посе-щавали болница през същия период от време. Можем да предположим, че това е свързано с добрия здравен статус на респондентите (77 на сто преценяват здравното си състояние като добро и много добро). Всъщност при провеждането на фокус-групи по същото изследване се натъкнахме на интересен факт- лица без осигуровки решават да платят сумата, която дължат, ако им се налага да бъдат лекувани- например разберат, че им предстои операция и т. н.

Все пак тогава, когато за последен път им се е наложило да ползват медицинска помощ, на 89.1% от хората, които не са здравноосигурени, е била отказана медицинска помощ (при последното им посещение в болница).

Тогава най-често неосигурените лица е трябвало да заплатят (на половината от тези респонденти е било поискано да заплатят) такса за прегледа или друго плащане. В някои случаи им е искана само потребителска такса или изобщо не е изисквано

заплащане. 83% от респондентите, на които им е поискано да заплатят, са заплатили поисканата такса.

Макар че около половината респонденти (51.3%) смятат, че безплатното здравеопазване е онова, което е съществувало в България преди 1989 г., почти 83.4% от отговорилите са напълно или частично съгласни твърдението с, че не трябва да се заплаща услуга, която не се ползва. Това показва, че като цяло сред изследваните лица има слабо разбиране на смисъла на солидарността в здравната система.

Може би и затова част от респондентите не биха проявили активност, ако разберат, че работодателят им не плаща осигуровките за тях. За над една трета това автоматично означава, че ще подадат сигнал до компетентните органи. За още 14% това би се случило само ако сигналът е анонимен. За една малко над една пета не би имало смисъл да се предприема подобна стъпка, тъй като според тях това няма да промени нищо.

3.3.2. Здравен статус и обща информация за респондентите

По-голямата част от респондентите (77%) оценяват личното си здравословно състояние през последната година като добро и много добро. Можем да приемем, че действително здравето на изследваните лица е добро, тъй като много малка част от тях са посочили, че боледуват от различни хронични заболявания.

Боледувам от следните хронични заболявания (%) (Таблица 3.13.):

Таблица 3.13. Заболяемост от хронични заболявания

Сърдечносъдови заболявания	8.1
Дихателни заболявания	5.5
Заболявания на опорно-двигателния апарат	6.2
Неврологични заболявания	7.0
Онкологични заболявания	1.6
Гастро-интестинални заболявания	6.3

Провокирахме хората да оценят качеството на здравното обслужване, получавано от различни специалисти. Трябва да подчертаем, че по-голямата част от тях посочват, че не са посещавали общопрактикуващ лекар (45%), специалисти в доболнична помощ (68%), звена за спешна и неотложна помощ (75%), частни кабинети/клиники (66%) или болници (71%).

Това са най-вече мъже (61%) с българска етническа принадлежност (78%). Една трета от тях са на възраст до 30 години. 61% са със завършено средно образование, но

13 на сто - с основно. 24 на сто от тези хора посочват, че през последните три месеца работят на трудов договор.

Най-ниско са оценени здравните услуги, предоставяни от звената за спешна и неотложна помощ (средна оценка 3,68), а най-високо- частните кабинети и клиники, които нямат договор със здравната каса (добра оценка 4,58).

Средна оценка за качеството на здравното обслужване от (Таблица 3.14):

Таблица 3.14 Средна оценка на качеството на здравно обслужване

Общопрактикуващ	4.37
Специалист доболнична помощ	4.07
Звена спешна и неотложна помощ	3.68
Частни кабинети/ клиники (без договор с НЗОК)	4.58
Лекар специалист, работещ в болница	4.18

Данните от изследването показват, че малко над една трета от всички интервюирани, ако разберат, че работодателят не плаща здравните осигуровки, при всички случаи биха сигнализирали компетентните органи. 40% от тях през последните 3 месеца работят на трудов договор, а 36% не са работили. 21% от всички интервюирани обаче не биха сигнализирали, тъй като са убедени, че не би имало никакъв ефект. Приблизително половината от тези хора не са работили през последните три месеца, а 12 на сто от тях са се самоопределили като роми.

За да изследваме нагласите относно стойността на здравеопазването, провокирахме респондентите да споделят какво разбират под „безплатно здравеопазване". Повече от половината от запитаните смятат, че това е когато всякаква медицинска помощ е безплатна както преди 1989 година. 17% смятат, че ако си плащат здравните осигуровки, всичко останало трябва да бъде безплатно. Само 12 на сто смятат, че не съществува безплатно здравеопазване никъде по света.

Попитахме кои членове от домакинството освен респондента не са осигурени. Прави впечатление, че по-голямата част от отговорите са, че всички членове от домакинството са здравноосигурени (64% от случаите). Почти всички (89%), отговорили така, са с българска етническа принадлежност, със средно и висше образование.

Най-често освен респондента здравнонеосигурен е и съпругът/партньорът (18%). От тях 30% са се самоопределили като роми, а повече от половината са с българска

етническа принадлежност, съответно 47% са с основно и по-ниско образование. 42% не са работили през последните три месеца, а 17% са били на временна работа.

Основни изводи

Фактът, че част от респондентите са посочили неверни данни за статута си по отношение на здравното осигуряване, показва наличието на страх- в този смисъл институциите, които трябва да се обърнат към тези групи, е необходимо да намерят правилния подход, за да не получат насреща невярна информация.

Социодемографското разпределение на изследваните лица, които посочват, че не са здравноосигурени, показва, че е по-вероятно това да са млади хора, с ниско или средно образование, идващи от домакинства с ниски доходи, със засилено присъствие на представители на ромската етническа група. Не е изненадващо, че мнозинството от респондентите произлизат от домакинства с много ниски доходи, но процентът на заможни домакинства потвърждава хипотезата, че не само финансовите проблеми водят до изключване и самоизключване от системата за здравно осигуряване. Все пак трябва да посочим, че данните показват и наличие и на други профили, които трябва да бъдат взети предвид при формулирането на политики – например за хората, които работят за известно време в чужбина, за младите хора и т. н. Познаването на тези профили може да послужи за формулиране на адекватни политики, които да се базират на различни подходи към различните целеви групи. Например съществува група хора, която е пребивавала по-дълго в чужбина, за да работи. Тези хора не са направили необходимото, за да се информират, макар че от страна на НЗОК и НОИ е дадена информация. Тук опираме до по-общия проблем: че понякога информационната кампания от страна на институциите не е достатъчна- те трябва и да измерят ефектите от нея. Тук най-вероятно може да се потърсят практични решения- информационни табла на ГКПП, в паспортните бюра и т. н. Би трябвало и да се помисли за това как може да бъдат възстановени правата на хора, които не са били здравноосигурени, но започват работа на трудов договор и понеже все още дължат вноски, се водят неосигурени.

За хората от нискостатусните групи рискът за отпадане от здравно-осигурителната система е по-висок. Това са хора с основно и по-ниско образование, с временна работа или безработни, от ромски произход. Повечето от тях са мъже. Често при тези респонденти съпругът/партньорът също има прекъснати здравно-осигурителни права.

Причините за това хората да не са здравноосигурени според интервюираните лица са основно две- безработицата или личният избор да не се плащат вноски. Би трябвало да се потърси по-детайлно как да се въздейства върху тази група, която тъй или иначе плаща директно- най-вероятно тези хора не проявяват разбиране относно солидарния принцип на здравната система, но за сметка на това може да им се покаже за какво точно дават парите си.

Здравнонеосигурените лица не разбират характера на солидарната система. Те не са съгласни да плащат нещо, което не ползват. Следователно е необходимо държавните институции, включително НЗОК, да продължат да разясняват на разбираем език какъв е принципът на действие и къде отиват парите от вноските на всеки един българин.

Здравнонеосигурените лица не търсят съдействие от държавните институции, за да решат проблемите си. Причините за това са разнообразни, но сред тях има и хора, които са обезверени- т.е. пред държавните институции стои предизви-кателството да спечелят наново доверието на хората. Има и респонденти, които считат, че прибягването до социални помощи и т. н. е под достойнството им- тук също е важно да се помисли за необходимите политики. Например не може ли гражданите да не се обръщат директно към службите за социално подпомагане (които, както и бюрата за безработни, сякаш се отнасят до определени категории хора, някак си възприемани като „втора ръка")? Комуникацията между институциите и гражданите би трябвало да бъде по-гъвкава- например кореспонденция по пощата.

Като цяло здравнонеосигурените не подават молби-декларации. Какво се получава? Администрацията предприема мерки, за да стигне до тези хора, но те не се възползват от това. Т.е. трябва да се търси някакъв по-добър начин за комуникация и за убеждаване. Тъй като НЗОК разполага с данните на съответните лица, може да бъдат използвани различни методи за директна комуникация (директната поща).

Голямата част от запитаните преценяват, че имат добро и много добро здравословно състояние. Това е едната вероятна причина тези лица да не плащат здравни вноски, тъй като не им се налага да получават здравна помощ в момента.

ИЗВОДИ ТРЕТА ГЛАВА

1. Социодемографското разпределение на изследваните лица, които посочват, че не са здравноосигурени, показва, че е по-вероятно това да са млади хора, с ниско или средно образование, идващи от домакинства с ниски доходи, със засилено присъствие на представители на ромската етническа група. Не е изненадващо, че мнозинството от респондентите произлизат от домакинства с много ниски доходи, но процентът на заможни домакинства потвърждава хипотезата, че не само финансовите проблеми водят до изключване и самоизключване от системата за здравно осигуряване.

2. За хората от нискостатусните групи рискът за отпадане от здравно-осигурителната система е по-висок. Това са хора с основно и по-ниско образование, с временна работа или безработни, от ромски произход. Повечето от тях са мъже. Често при тези респонденти съпругът/партньорът също има прекъснати здравно-осигурителни права.

3. Здравнонеосигурените лица не разбират характера на солидарната система. Те не са съгласни да плащат нещо, което не ползват. Следователно е необходимо държавните институции, включително НЗОК, да продължат да разясняват на разбираем език какъв е принципът на действие и къде отиват парите от вноските на всеки един българин.

4. Здравнонеосигурените лица не търсят съдействие от държавните институции, за да решат проблемите си. Причините за това са разнообразни, но сред тях има и хора, които са обезверени- т.е. пред държавните институции стои предизви-кателството да спечелят наново доверието на хората. Има и респонденти, които считат, че прибягването до социални помощи и т. н. е под достойнството им- тук също е важно да се помисли за необходимите политики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Перспективите и проблемите в българското здравеопазване са много и кумулативно свързани. Приоритетите в областта на здравеопазването се измениха през последните няколко години. Повече като че ли се търсеха решения, засягащи глобалното развитие на страната, и развитието на здравеопазването остана малко встрани. Промяната, която стана на ниво Министерство на здравеопазването, увеличи надеждите за промяна в сектора. От друга страна, обаче, времето е твърде кратко. В крайна сметка, сме изправени пред ситуация, в която дискусията за концептуалното развиите на здравеопазването може би трябва да се върне на първоначалното ниво- как да разширим достъпа до качествени здравни услуги срещу колкото се може по-приемлива цена. Задачата иска по-добри лекари, по-модерна техника, от една страна, а от друга- ефективен мениджмънт на наличния финансов ресурс. Трябват ни по-добре подготвени мениджъри и по-добри лекари, защото в противен случай, здравната реформа няма да се състои.

Проблемите изобщо в здравеопазването се нуждаят не от частично решение, а от цялостна концепция. Когато се променя модел в областта на здравеопазването, трябва да се извървят две стъпки- да има публичен дебат по проблема (а такъв досега не се е състоял и това е лоша характеристика) и, второ, решението за промяна трябва да се вземе с относителен консенсус. И лекарите, и експертите в областта на общественото здравеопазване, и здравноосигурителите, и пациентите трябва да са убедени, че това е добрият модел и да са готови да понесат и последиците, и трудностите, които предстои да бъдат преодолени.

Другият задължителен елемент е човешкият ресурс, управленският състав. На запад хората, които работят в системата на здравеопазването, се обучават по специална методология. Тези хора трябва да интегрират в себе си логиката на медика с логиката на икономиста. Логиката на медика е логика на крайния резултат- пациентът да е здрав. Логиката на икономиста е търсене на ефективните механизми на управление на материалния ресурс. Управленските кадри в системата на здравеопазването трябва да имат специална подготовка. Не е достатъчно само да са добри мениджъри, както не е достатъчно само да са блестящи лекари.

Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване обединява дружествата, които в резултат на своята дейност в областта на доброволното

здравно осигуряване са натрупали немалък капацитет за оказване на експертна помощ при формирането на една по-добра концепция за развитието на българското здравеопазване и здравно осигуряване, която ограничава възможността за създаване на нови проблеми без да се решат съществуващите. Обществениият интерес налага този потенциал да бъде използван, и ако политиците ни работят за обществото, то и хората могат да им бъдат полезни.

Страната ни е изправена пред сериозни предизвикателства за усъвършенстване на българския социален модел и необходимостта от привеждането му в съответствие с достиженията на европейското законодателство. В този смисъл могат да се формулират следните приоритети в социалната политика и политиката по заетостта в България през следващите няколко години :

- нарастване на доходите и сближаване качеството на живот чрез провеждане на активна социална политика, съобразена с критериите, стандартите и постиженията на ЕС;
- нарастване на доходите от труд;
- продължаване на реформите в пенсионната система;
- провеждане на активна социална политика за преодоляване на негативните демографски тенденции, целенасочено инвестиране в социалното развитие на децата и младежите и създаване на равни възможности за социално възпроизводство;
- гарантиране на равни възможности, предотвратяване и премахване на дискриминацията по пол, възраст, увреждане, етническа принадлежност и др.;
- провеждане на активна политика за повишаване на квалификацията и насърчаване на заетостта за хората в неравностойно положение на пазара на труда;
- гарантиране на социалната защита и интеграцията на уязвимите групи от населението;
- стимулиране на връзката между учебните заведения и бизнеса и продължаващото през целия живот обучение;
- намаляване на регионалните диспропорции.

ИЗПОЛЗВАНА И ЦИТИРАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Архив на главната дирекция на народното здраве. Годишник за 1930, т. I.
2. Борисов, В. Стратегически здравен мениджмънт - философия и практика, 2006.
3. Бяла книга. Програма за адекватни, сигурни и устойчиви пенсии. Европейска комисия, Брюксел, 2012, COM(2012) 55 окончателен.
4. Врачовски, Д., С. Будева, И. Кръстителски. Здравноосигурителни системи и финансиране на здравеопазването, Свищов, 2003.
5. Въведение в промоцията на здравето на работното място Харта от Отава, СЗО, 1986г., http://hp-whp.ncphp.government.bg/uploads/files/101.pdf.
6. Данева, Иванка. Инвестиционна политика на пенсионните и здравноосигурителните фондове. Издателство ВУЗФ, С., 2010.
7. Гълъбов, Стоян. „Сладките години“ в две епохи или пенсионните системи на Царство България и НРБ. http://socbg.com/2014/05сладките-години-в-две-епохи-или-пен.html. посетена 19.02.2016 г.
8. Данева, Иванка. Частните пенсии неизбежна алтернатива. Списание „Диалог“, бр. 4, 2008.
9. Декларация от Алма Ата на СЗО, септември 1978 г. http://www.searo.who.int /LinkFiles/ Health_Systems_declaration_almaata.pdf.
10. Делчева, Е., С. Гладилов. Икономика на здравеопазването. С., Принцепс, 2003.
11. Димитров, Станислав. Организация и управление на пенсионноосигурително дружество. Издателство „Св. Григорий Богослов“, С., 2012.
12. Димитров, Станислав. Развитие на капиталовите пенсионни фондове. Издателство „Св. Григорий Богослов“, С., 2013.
13. Димитрова, С. Мениджмънт на ресурсите в динамично променящата се среда на сигурност. Примакс-Русе, 2014.
14. Доклад по Закона за държавния бюджет за 2009 г., Министерство на финансите.
15. Европейска социална харта (Ратифицирана от 38-то Народно събрание на 29.03.2000 г., ДВ, бр.30 от 11.04.2000 г. изд. Министерство на труда и социалната политика, обн., ДВ, бр.43 от 4.05.2000 г., в сила от 1.08.2000 г.

16. Закон за бюджета на държавното обществено осигуряване за 2011 г.

17. Закон за бюджета на НЗОК, 2002 - 2007 г.

18. Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011 г.

19. Закон за здравето.

20. Закон за здравното осигуряване. изм. ДВ, бр. 59 от 20 юли 2007 г.

21. Закон за здравното осигуряване.

22. Закон за държавния бюджет 1999 - 2008г.

23. Закон за народното здраве. С., 1941.

24. Закон за общественото здравеопазване. С., 1950.

25. Закон за лечебните заведения.

26. Здравеопазване. Статистически справочници, Национален център по здравна информация, София, 2000 - 2006 г., Крайни потребителски разходи на домакинствата, Национален статистически институт, годишно издание.

27. Зиновиева, Д. Медицинско право, изд. Сиела 2004 г.

28. Информационна система „Апис - право“.

29. Исторически преглед на социалноосигурителното законодателството. 135 години социално осигуряване в България. НОИ, С., 2015.

30. Кацаров, Ив. Към пълно финансово заздравяване на работническите осигуровки. Известия на Главна дирекция на труда иобществените осигуровки, №5 и №6, 1942.

31. Кодекс за социалното осигуряване.

32. Константинов, Н. Социално осигуряване в България 1888 - 1951. С., НОИ, 2001.

33. Куситасев, К. Постиженията на народното здраве у нас след 9 септември 1944 г. Медицински летописи, №3, 1947;

34. Куситасев, К. Да градим здравеопазването в димитровски дух. Здравно дело, №5, 1949.

35. Лилов, Ив., Здравната застраховка на народа. Медицински летописи, април 1947, №4, и Труд №7, 22.09.1947.

36. Марков, М. Технология и ефективность социального управления. Пер. с болг. М. 1982.

37. Младенова, Адриана, Анализ на публичните пенсионни фондове по света. Институт за пазарна икономика, 2008, стр. 3-8.

38. Месечен бюлетин за изпълнението на бюджета, Януари: 2009, Министерство на финансите.

39. Многоцелево проучване на домакинствата от 2007 г., Световна банка, Институт „Отворено общество“, София, 2007.

40. Мосиалос, Е., Томсън, С., Доброволното здравно осигуряване в ЕС, Дискусионен доклад №19, 2001.

41. Мръчков, В. Осигурително право, изд.Сиби 2010 г.- V-то изд.

42. Национална здравноосигурителна каса. Годишен отчет, 1999 - 2008 г.

43. Неформални плащания в системата на здравеопазването, Институт „Отворено общество“, 2008 г.

44. Основьі современного социального управления. М. 1999.

45. Основьі современного социального управления: теория и методология. М. 2000.

46. Панев, А., Здравеопазването в България. Здравно дело №5-6, 1950.

47. Правилник за устройството и дейността на Националната здравноосигурителна каса.

48. Радева, Веселка. Фашизмът и антифашизмът в българската пенсионна практика през 40-те - 60-те години на XX век. Научни трудове на Русенския университет, том 48, серия 6.2, Русе, 2009, стр. 297-299.

49. Развитие на капиталовите пенсионни фондове (финансови аспекти, резултати, решения и перспективи за България). Издателство на ВФУЗ „Св. Григорий Богослов“, С., 2012.

50. Салчев, П, Георгиева, Л. Принципи и практики в здравното и пенсионно осигуряване. Оптима НМН, С., 2008.

51. Семерджиев, Ц. Стратегия: среда ресурси способности планиране. С. 2007, с. 214.

52. Сборник от закони по обществени осигуровки. С., 1946.

53. Средкова, К. Осигурително право, изд. Сиби 2006 г. III-то изд.

54. Станкевич, В. Йоханес Гербер един от създателите на немската микроикономика на въоръжените сили С. УИ Стопанство, 1998, с. 98.

55. Статистически годишник, 1923 - 1924 г.; Кацаров, Ив., Обществено осигуряване. С.,1957.

56. Статистически годишник. С., 1942.

57. Стратегия за икономическо и социално обновление на Европа, обновена през 2005г., Европейски съвет от Лисабон 2000 г.-http://sf.mon.bg/lisabon_strategy.pdf.

58. Терзиев, В. Възможности за повишаване на ефективността на социалната адаптация на военнослужещи, освободени от военна служба. Издателство „Примакс“- Русе, 2014.

59. Терзиев, В. Въздействие на политиките на пазара на труда за осигуряване на заетост. Издателство „Дема Прес - Русе“, 2013.

60. Терзиев, В., Ничев, Н., Симеонов, С. Теоретични основи и модели на осигурителните системи. // Сборник доклади от научна конференция „Актуални проблеми на сигурността” 25-26 октомври 2018 г., Научно направление „Социални и правни аспекти на сигурността и отбраната”, НВУ „Васил Левски”, Велико Търново, България, 4, 2018, стр. 138-145, ISSN 2367-7465.

61. Терзиев, В., Ничев, Н., Симеонов, С. Здравеопазването като част от системите за социална защита – сравнителен анализ на развитието в страните от Европейския съюз. // Сборник доклади от научна конференция „Актуални проблеми на сигурността” 25-26 октомври 2018 г., Научно направление „Социални и правни аспекти на сигурността и отбраната”, НВУ „Васил Левски”, Велико Търново, България, 4, 2018, стр. 146-159, ISSN 2367-7465.

62. Терзиев, В., Ничев, Н., Симеонов, С. Историческо развитие на пенсионното осигуряване на военнослужещите в България. // Сборник доклади от научна конференция „Актуални проблеми на сигурността” 25-26 октомври 2018 г., Научно направление „Социални и правни аспекти на сигурността и отбраната”, НВУ „Васил Левски”, Велико Търново, България, 4, 2018, стр. 160-172, ISSN 2367-7465.

63. Тернер, Дж. Структура социологической теории. М. 1985.

64. Теория и методика социальной работьi. М. 1996.

65. Теория социального управления. К., 1996.

66. Тошкова, Витка и др. Изследвания по история на социализма в България 1944-1989. Том 2, Графимакс, С., 2010, стр. 307-355.

67. Финансиране и управление на здравеопазването теоритични основи, модели и тенденции, Отдел „Макроикономически анализи“, Дирекция „Бюджет“ на МФ2004 г.

68. Христосков, Йордан. Реформите в социалното осигуряване. Издателство на ВУЗФ, С., 2010.

69. Частни пенсионни схеми. Тяхната роля за адекватни и устойиви пенсии. Европейска комисия, Служба за публикации на Европейския съюз, Люксембург, 2010, стр. 12-13.

70. Dimitrova, S., V. Stoyanova and V. Gramatikov. Costs-Benefits Analysis-Foundation for the Decision-Making Process in the Bulgarian Armed Forces. Konference of University Defence Brno, p.59-75..

71. Terziev, V., Simeonov, S. The characteristics of social activities and policies. // 21 st International scientific conference: The teacher of the future, Budva, Montenegro, (07-09.06.2019), Institute of knowledge management – Skopje, Macedonia, 31, 2019, 6, pp. 1911-1916, ISSN 1857-923X (for e-version), ISSN 2545 – 4439 (for printed version).

72. Terziev, V., Simeonov, S. Difficulties in defining social work. // 21 st International scientific conference: The teacher of the future, Budva, Montenegro, (07-09.06.2019), Institute of knowledge management – Skopje, Macedonia, 31, 2019, 6, pp. 1989-1995, ISSN 1857-923X (for e-version), ISSN 2545 – 4439 (for printed version).

73. Terziev, V., Simeonov, S. Protection of vulnerable populations in Bulgaria. // Knowledge International Journal Scientific, August, 2019, Institute of Knowledge Management, Skopje, 33, 2019, 1, pp. 53-57, ISSN 1857-923X (for e-version), ISSN 2545 – 4439 (for printed version).

74. Terziev, V., Bogdanova, M., Kanev, D., Georgiev, M, Simeonov, S. The social assistance system in Bulgaria. // Proceedings of ADVED 2019 - 5th International Conference on Advances in Education and Social Sciences, 21-23 October 2019, International Organization Center of Academic Research, Istanbul, Turkey, 2019, pp. 391-397, ISBN: 978-605-82433-7-8.

75. Terziev, V., Bogdanova, M., Kanev, D., Georgiev, M., Simeonov, S. The social assistance system in Bulgaria. // IJASOS- International E-Journal of Advances in Social Sciences, International Organization Center of Academic Research, Istanbul, Turkey, 5, 2019, 15, pp. 1259-1265, (INT) e-ISSN: 2411-183X.

76. http://www.nhif.bg/.

77. http://www.mh.government.bg/.

78. https://www.archives.government.bg/.

СЪДЪРЖАНИЕ

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ 2

ВЪВЕДЕНИЕ 5

ГЛАВА ПЪРВА. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА И ИСТОРИЧЕСКО РАЗВИТИЕ НА ОСИГУРИТЕЛНИТЕ СИСТЕМИ И СОЦИАЛНАТА ЗАЩИТА 20

1.1. Теоретични основи и модели на осигурителните системи 20
1.2. Здравеопазването като част от системите за социална защита - сравнителен анализ на развитието в страните от Европейския съюз 45
1.3. Ретроспективен анализ и модели на осигурителната система в България 56
ИЗВОДИ ПЪРВА ГЛАВА 79

ГЛАВА ВТОРА. АНАЛИЗ НА РАЗВИТИЕТО И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА НА БЪЛГАРИЯ 80

2.1. Основни методологически подходи в изследване развитието на здравноосигурителната система на Република България 80
2.2. Основни принципи на функциониране на националната система за финансиране на здравеопазването 83
2.3. Състояние, проблеми и предизвикателства пред системата за здравно осигуряване в Република България 100
ИЗВОДИ ВТОРА ГЛАВА 117

ГЛАВА ТРЕТА. СТРАТЕГИЧЕСКИ ПОДХОДИ ЗА УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА В БЪЛГАРИЯ 118

3.1. Здравнонеосигурените лица в България - профил и причини 118
3.2. Анализ на бедността сред здравнонеосигурените в България 124
3.3. Стратегии за справяне с липсата на здравно осигуряване и проблемите на здравнонеосигурените лица 138
ИЗВОДИ ТРЕТА ГЛАВА 144

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 145

ИЗПОЛЗВАНА И ЦИТИРАНА ЛИТЕРАТУРА 147

СИМЕОН СИМЕОНОВ

ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА

Първо издание

ISBN: 978-619-7705-84-3

www.gabriell-e-lit.com

СИМЕОН СИМЕОНОВ

ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА

Първо издание

ISBN: 978-619-7705-84-3

© Симеон Симеонов, автор, 2025

© Мирослава Терзиева, корица, 2025

© Марин Георгиев, научен редактор, 2025

© Издателство gabriell-e-lit, София, 2025

платформа за електронни книги: https://e-books.gabriell-e-lit.com

www.gabriell-e-lit.com