



Основни проблеми пред бъдещото развитие на системата на здравеопазване в България

ас. д-р Христо Иванов,
Университет за национално и
световно стопанство - София

Въведение

Близо четвърт век след началото на прехода към пазарна икономика в България, системата на здравеопазването продължава да бъде една от най-обсъжданите в страната. Извършената реформа в здравния сектор не успя да спомогне за подобряване на влошеното здравословното състояние на населението. Въпреки постоянното увеличаване на инвестирания ресурс, здравеопазването в страната продължава да се отличава с множество проблеми. Основната цел на настоящата статия е да изведе основните проблеми, които се явяват спирачка пред бъдещото развитие на системата на здравеопазването в България. За да бъде охарактеризирана системата на здравеопазването в страната, на първо място е необходимо да бъдат проучени световните здравни тенденции, които ще отправят редица предизвикателства към здравния сектор в България.

1. Световни тенденции в сферата на здравеопазването

Въпросите на здравеопазването и на провежданата здравна политика стават все по-актуални с изтичането на XX век. С настъпването на XXI век политическите лидери и учените все повече осъзнават необходимостта от глобално решение на проблемите на здравния статус на хората.

В отговор на тази необходимост през

септември 2000 г. лидерите на страните членки на Организацията на обединените нации (ООН) приемат Декларацията на хилядолетието. С нея страните членки поемат ангажименти за изграждането на по-мирно, благоденстващо и справедливо свят. Декларацията набелязва целите на хилядолетието за развитие:

- Преодоляване на крайната бедност и глада;
- Постигане на начално образование за всички;
- Насърчаване равенството между жените и мъжете и овластяване на жените;
- Намаляване на детската смъртност ;
- Подобряване здравословното състояние на майките;
- Борба с ХИВ/СПИН, малария и други болести;
- Осигуряване на устойчива околна среда;
- Създаване на глобално партньорство за развитие

Страните, подписали Декларацията, се ангажират до 2015 г. да постигнат целите на хилядолетието. Изводите за все по-нарастващото значение на здравните въпроси в световен мащаб се подкрепят от факта, че три от осемте изведени цели имат пряко отношение към въпросите на здравеопазването.

През 2005 г. в централата на ООН в Ню Йорк се провежда среща на държавните лидери, на която те потвърждават своя ангажимент за постигане на целите на хилядолетието до 2015 г. Всяка една страна следва сама да предприеме необходимите дейности за разработването на национални политики и стратегии, които да доведат до постигането на заложените цели.

Европейският съюз (ЕС) също осъзнава необходимостта от интернационални мерки за подобряване на здравния статус на жителите на отделните страни членки. В отговор на тази необходимост на 23.09.2002 г. е приета Програма за действие на Общността в областта на здравето (2003-2008). Предвижда се програмата да допълни националните политики и да допринесе за запазване на човешкото здраве и за подобряване на общественото здраве.

Главните цели на програмата са:

- Подобряване на информацията и знанието за подобряване на общественото здраве;
- Да повиши способността за бърз и координиран отговор на заплахите за здравето;
- Да подкрепи здравеопазването и предпазването от заболяване чрез обръщане на



здравните детерминанти към всички политики и дейности¹.

Предвижда се по този начин програмата да допринесе за:

- Осигуряването на високо равнище на здравеопазване в определянето и изпълнението на всички общностни политики и дейности;
- Справяне с неравенствата в здравеопазването;
- Насърчаване на кооперирането между страните членки.

За изпълнението на целите на програмата са предвидени дейности в четири главни направления: дейности, свързани с мониторинга и системите за бързо реагиране, дейности по ключови здравни въпроси, дейности, свързани със законодателството и дейности, свързани с консултации, знание и информация. Финансовата рамка за изпълнението на програмата възлиза на 312 милиона евро.

Политиката по здравеопазване в ЕС е отговорност на всяка една отделна страна членка. Все пак са налице редица сфери, в които отделните страни членки не могат сами да решават ефективно възникналите проблеми и където общите усилия на общностно равнище са необходими. Към тях се отнасят въпросите с общностно влияние като пандемии, биотероризъм и др., както и въпросите, свързани със свободно придвижване на стоки, услуги, хора и капитали.

Невъзможността на отделните страни да решават ефективно всички въпроси налага разработването на стратегически документ на ниво ЕС в сферата на здравеопазването. В отговор на тази потребност на 27.10.2007 г. година е приет документ със заглавие „Заедно за здраве: стратегически подход за ЕС за 2008-2013 г.“.

Основната цел на документа е здравната политика на общностно равнище да благоприятства за добро здраве, да защитава гражданите от заплахи и да подкрепя устойчивостта². Така изведената основна цел е декомпозирана на три специфични цели: подпомагане на доброто здраве в застаряващото население на Европа, предпазване на

гражданите от заплахи за здравето им и подкрепяне на динамични здравни системи и нови технологии.

В стратегията са изведени и четири фундаментални принципа за действия на ЕС в областта на здравеопазването: стратегия, основана на споделени здравни ценности; здравето е най-голямото богатство; здраве във всички политики; засилване на гласа на ЕС в световното здравеопазване. Към всички специфични цели и фундаментални принципи са изведени и необходимите действия за постигането им.

На 23 октомври 2007 година е приета втора Програма за действие на Общността в областта на здравето (2008—2013 г.). Необходимостта разработването на втора програма е продиктувана от отстояване на постигнатите резултати и от постигането на общностните цели в сферата на здравеопазването. „Програмата следва да развива постиженията на предходната Програма за действие на Общността в областта на общественото здраве (2003—2008 г.). Тя следва да допринесе за постигането на високо равнище на физическо и психично здраве и по-голяма равнопоставеност по здравни въпроси в рамките на Общността чрез насочване на дейности към подобряване на общественото здраве, профилактика на заболявания и разстройства у хората и отстраняване на източниците на заплаха за здравето, с цел борба със заболяемостта и преждевременната смърт. Тя също така следва да осигури на гражданите по-добър достъп до информация, предоставяйки им по този начин повече възможности за вземане на решения, които да защитават техните интереси по най-добрия начин“.³

Изведените цели във втората Програма за действие на Общността в областта на здравето (2008—2013 г.) са:

- подобряване здравната сигурност на гражданите;
- насърчаване на здравето, включително намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването;
- създаване и разпространяване на здравна информация и знания.

За постигането на така изведените цели

¹ Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002, adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008)

² Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, Commission of the European Communities, Brussels, 23.10.2007

³ Decision No 1350/2007/EC of the European Parliament and of the Council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-13)



са предвидени 321 500 000 евро.

В представените три стратегически документа на ЕС са налице редица слабости като: липсата на изследване на обкръжаващата среда, липсата на комуникация между отделните страни членки, необходимост от по-детайлно извеждане на отговорностите на всички равнища, както и липсата на извеждане и съпоставка на разполагаемите и необходимите за реализацията на документите ресурси. Една от най-значимите слабости на трите стратегически документа е свързана с липсата на взаимно обвързване между стратегията и програмите. От теоретична гледна точка, една програма трябва да има по-тесен обхват, да се реализира за по-кратък времеви период и трябва да служи за реализация на стратегията.

В края на 2011 г. се прави опит за преодоляването на посочената слабост като се прави предложение за регламент на Европейския парламент и на Съвета за създаване на трета многогодишна програма за действие на ЕС в областта на здравето за периода 2014-2020 г. В предложената програма, озаглавена „Здраве за растеж“, се подчертава връзката между икономическия растеж и доброто здравословно състояние на населението в ЕС. Документът е насочен към изпълнението на целите на стратегията „Европа 2020, стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж“.

Общите цели на програмата „Здраве за растеж“ са да се работи с държавите-членки за насърчаване на иновациите в здравеопазването и увеличаване на устойчивостта на здравните системи, за да се подобри здравето на гражданите на ЕС и те да бъдат защитени от трансгранични заплахи за здравето.⁴

За постигането на общите цели на програмата са предвидени четири специфични цели:

- Разработване на общи инструменти и механизми на равнището на ЕС за справяне с недостига на човешки и финансови ресурси, както и за да се улесни внедряването на иновациите в здравеопазването с цел да се допринесе за постигането на новаторски и устойчиви здравни системи;

- Подобряване на достъпа, включително извън националните граници, до медицински експертни познания и информация за специфични заболявания и разработване на съвместни решения и насоки, целящи повишаване на качеството на здравеопазването и безопасността на пациентите, за да се подобри достъпът на гражданите на ЕС до по-качествено и по-сигурно здравно обслужване;

- Набелязване, разпространяване и насърчаване на внедряването на утвърдените най-добри практики за икономически ефективни превантивни мерки по отношение на основните рискови фактори, а именно тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол, затлъстяването и ХИВ/СПИН, като се постави акцент върху трансграничното измерение, с цел профилактика на болестите и подкрепа за постигане на добро здраве;

- Разработване на общи подходи и доказване на ползата от тях за по-добра подготвеност и координация при извънредни ситуации във връзка със здравето с цел защита на гражданите от трансгранични заплахи за здравето.

За постигане на целите на програмата са разработени необходимите действия, които са обединени в четири главни направления: съдействие за постигането на новаторски и устойчиви здравни системи; подобряване на достъпа на гражданите до по-качествено и по-сигурно здравно обслужване; подкрепа за постигане на добро здраве и профилактика на болестите; защита на гражданите от трансгранични заплахи за здравето. За изпълнението на програмата са предвидени 446 млн. евро, които са в съответствие с предложените бюджетни средства за здравната програма в предложението „Бюджет за стратегията „Европа 2020“.

2. Основни резултати от проведените реформи в системата на здравеопазване в България

Световните и регионални съюзи и тяхното настоящо и бъдещо поведение формират част от обкръжаващата среда на България като цяло и в частност на системата и на здравеопазване. Изведените световни тенденции в сферата на здравеопазването отправят редица предизвикателства към здравната система на България. Здравните въпроси в страната стават

⁴ Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on establishing a Health for Growth Programme, the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014-2020, Brussels, 9.11.2011 COM(2011)



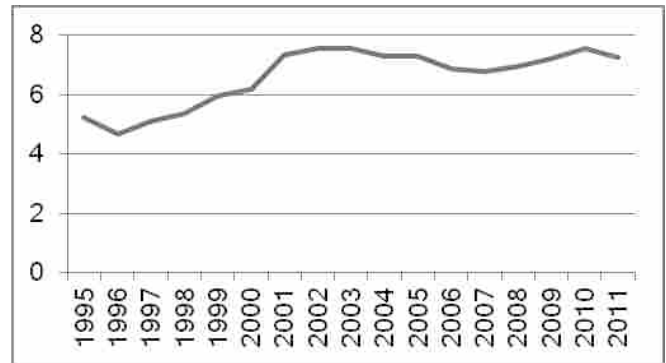
все по-актуални в следствие на две значими събития в най-новата история на страната: преходът към пазарна икономика и членството на страната в ЕС. Именно членството на страната в ЕС и в световни съюзи като ООН предопределят и редица изисквания към здравната система. Но необходимостта от промяна в системата на здравеопазването в България е наложена най-вече от влошаването на здравния статус на населението в годините след началото на прехода.

Осъществената здравна реформа в страната въвежда елементи, характерни за пазарната икономика като: самостоятелност на потребителите и доставчиците на здравни услуги, стимулиране на конкуренцията, въвеждането на договорни отношения и др. За реализацията на необходимите реформи са приети редица закони като: Закон за здравното осигуряване, Закон за лечебните заведения, Закон за здравето, Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина, Закон за здравословни и безопасни условия на труд, Закон за медицинските изделия и др., както и редица подзаконовни актове. Тези актове са неразривно свързани и следва да установят законовата рамка на здравеопазването на страната. Какви са основните резултати от проведената реформа до момента?

За нуждите на оценката на проведената реформа в здравеопазването са изследвани редица показатели. Първият от тях касае общите разходи за здравеопазване, изразени като процент от брутния вътрешен продукт (БВП) на страната. За периода 1995-2011 г. в България се наблюдава постепенно нарастване на стойностите на този показател. По данни на Световната здравна организация (СЗО) през 1995 г. разходите за здравеопазване са възлизали на 5,23% от БВП, а през 2011 г. достигат до 7,27%.

Графика 1

Общи разходи за здравеопазване в България, изразени като процент от БВП



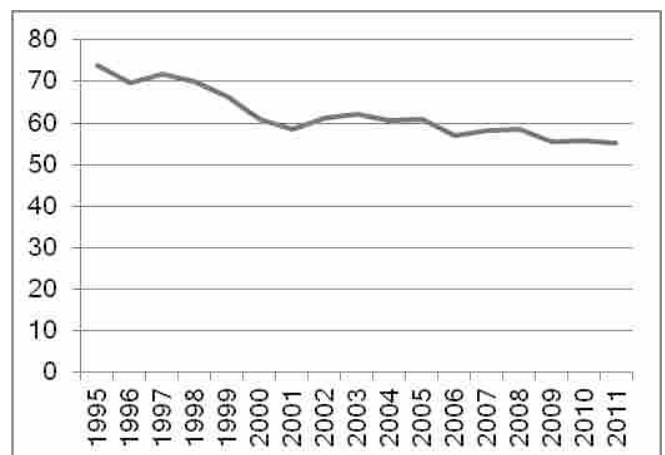
Източник: WHO, National accounts data,
Data extraction 24.10.2013

Въпреки отбелязаната тенденция, през 2011 г. България се намира на 22-ро място сред всички страни членки на ЕС по този показател, като изпреварва единствено Полша, Литва, Латвия, Естония и Румъния. Разходите за здравеопазване в страната значително изостават спрямо страните с най-висок относителен дял - Нидерландия 11.96%, Франция 11.63%, Дания 11.15%, Германия 11.06% и др.

За изследвания период в България се наблюдава тенденция на силно навлизане на частния сектор в сферата на здравеопазването. Ако през 1995 г. разходите за здравеопазване на държавния сектор, изразени като процент от общите разходи за здравеопазване, са възлизали на 73,96%, то постепенно до 2011 г. достигат до 55,31%. За периода на преход към пазарна икономика това е и една от най-желаните цели на управляващите здравната система в страната.

Графика 2

Разходи за здравеопазване на централното правителство в България, изразени като процент от общите разходи за здравеопазване



Източник: WHO, National accounts data,
Data extraction 24.10.2013

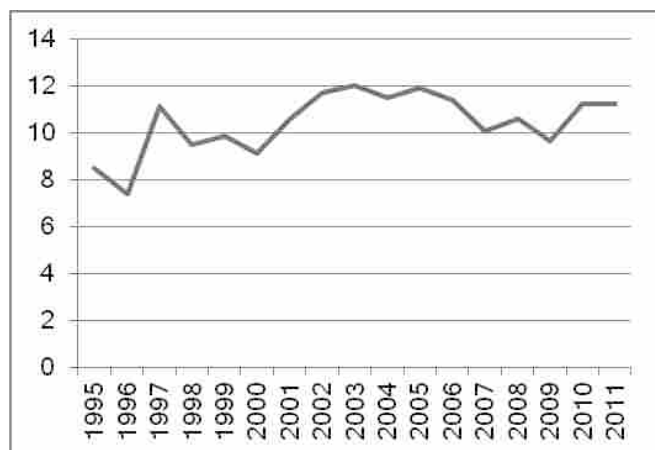


При сравнение на относителния дял на разходите за здравеопазване на централното правителство като процент от общите разходи за здравеопазване с другите страни в ЕС се очертава съвсем различна ситуация. През 2011 г. единствено Кипър е била с по-нисък относителен дял на правителствените разходи в общите разходи за здравеопазване. Нещо повече, седем от страните членки на Съюза имат повече от 80% дял на правителствените разходи, а 19 страни имат повече от 70%. Оказва се, че така желаното навлизане на частния сектор в здравеопазването в България се различава коренно като тенденция спрямо мнозинството от страните в ЕС, включително тези с най-висок стандарт на живот, където здравеопазването е изключителен правителствен приоритет.

Успоредно с изведените тенденции се наблюдават и други като постепенното нарастване на разходите за здравеопазване като процент от всички разходи на правителството. През 2005 г. правителствените разходи за здравеопазване са възлизали на 8,52% от общите правителствени разходи, като постепенно този процент плавно нараства и през 2011 г. достига до 11,28%.

Графика 3

Разходи за здравеопазване на централното правителство в България, изразени като процент от всички негови разходи



Източник: WHO, National accounts data,
Data extraction 24.10.2013

По този показател тенденциите в България са в синхрон с установените тенденции в ЕС. Въпреки отбелязаното постоянно нарастване, през 2011 г. едва четири страни в ЕС имат по-нисък процент на

правителствените разходи за здравеопазване от всички правителствени разходи. Те са Полша, Унгария, Латвия и Кипър. Страните в ЕС с най-високи стойности по изследвания показател са Нидерландия 20,56%, Германия 18,52%, Дания 16,37%, Франция 15,93%, Австрия 15,91% и др.

3. Основни причини за незадоволителното състояние на системата на здравеопазването в България

Осъщественият преход към пазарна икономика и старта на здравната реформа в България поставят все по-силно въпроса за състоянието на системата на здравеопазване в страната. Въпреки постоянното увеличение на средствата, инвестирани в здравния сектор, те не водят до по-добро, по-ефективно и по-достъпно лечение на пациентите. В подкрепа на това твърдение могат да се представят и данните на Евростат, касаещи продължителността на живота в страните членки. Очакваната продължителност на живота на жените в България за 2011 г. е била 77.8 години, а при мъжете 70.7 години. По този показател при жените България заема последно място, докато при мъжете страната заема 25-то място в ЕС, като изпреварва единствено Латвия и Литва.

Не по-малко тревожни са данните за показателя години на здравословен живот. Според данни на Евростат, за България стойностите на показателя при жените намаляват от 71.9 години през 2006 г. на 65.9 години през 2011 г. При мъжете също се наблюдава нежелана тенденция на намаление като през 2006 г. стойностите на показателя години на здравословен живот са били 66.2, а през 2011 г. намаляват до 62.1 години. Тези данни ясно доказват, че вземаните управленски решения и увеличаването на използвания ресурс не водят до преустановяване на процесите на влошаване на здравословното състояние на населението в страната.

През последните години в системата на здравеопазването се отбелязват редица неблагоприятни тенденции. Една от тях е свързана с факта, че голяма част от лечебните заведения изпадат в тежко финансово състояние, като по този начин не са в състояние да изпълняват основните си функции. Това до известна степен би могло да се обясни в недобрите мениджмънт на здравните заведения.



Но най-значимият фактор за незавидното финансово състояние на лечебните заведения е начина на заплащане на извършената медицинска дейност. С въвеждането на финансирането на болниците от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), извършената медицинска дейност се заплаща по клинични пътеки. В голямата си част клиничните пътеки са подценени – цените, по които се заплаща дейността са по-ниски от реално извършените разходи за лечение на съответния пациент. Вследствие на начина на заплащане на извършената медицинска дейност се налага на пациентите да заплащат за немалка част от оказваните им медицински услуги – избор на екип за оперативна интервенция, заплащане за консултативни и имплантанти и др.

Друга наблюдавана негативна тенденция в системата на здравеопазването, имаща отношение към недоброто финансово състояние на болниците, е свързана със забавяне на плащанията (или частичното изплащане) на изработените клинични пътеки от страна на НЗОК. Това води до повишаване на напрежението в сектора и до протести на лекари и медицински специалисти.

В началото на XXI век в системата на здравеопазването започват да навлизат частни болнични заведения. По правило техните финансови показатели са по-добри от тези на държавните и общински болнични заведения. Проблемът е, че в много от случаите в частните болници не се предоставят някои от здравните услуги, които са неизгодни от финансова гледна точка. В този случай пациентите са принудени да се обърнат към държавните и общински заведения за медицинска помощ.

Този извод за пореден път повдига въпроса за мястото на частния сектор в здравеопазването. В частния сектор основната движеща сила е постигането на печалба, а осигуряването на достъпно здравеопазване остава на втори план. Поради тази причина в голяма част от страните от ЕС държавния сектор дава над 70% от средствата за здравеопазване, а държавата е прехвърлила отговорност на частната инициатива там, където не е застрашен социалния ефект от здравните услуги.

В системата на здравеопазването са налице и други значими проблеми и спорни въпроси като: все още недобре развитата система за превенция, предложения за приватизация на

лечебни заведения, повишаване на изискванията на НЗОК към договорните партньори, неформалните плащания от страна на пациентите и др.

Най-големият проблем на системата на здравеопазването е свързан с поставянето на грешна основа на взаимоотношението човек-икономика. Трябва ли човекът да служи на икономиката или обратно? Трябва ли системата на здравеопазването да служи на пациентите или обратното?

Изискванията на тези взаимоотношения са свързани с това, че е необходимо икономиката да служи на човека, а не обратното, че е необходимо системата на здравеопазването да служи на пациентите. По този въпрос Лудвиг Ерхард заявява „В началото на размишленията по тази тема ще си позволя да цитирам изречението, което винаги повтарям: Мярка и съдник за това, кое е добро и кое е лошо в икономическата политика, не са догмите или гледните точки на отделните обществени групи, а изключително човекът, потребителят, народът. Една икономическа политика може само дотолкова и дотогава да се признава за добра, доколкото тя просто служи на човека и му носи благополучие”.⁵

Питър Дракър счита, че „в сферата на интелектуалния труд, качеството не е нито минимум, нито спънка, а същността на продукцията. Преценявайки работата на един учител, ние не се интересуваме от броя на учениците, които той може да обучава. Интересуваме се колко ученици научават нещо – това е въпрос на качество. Оценявайки дейността на една медицинска лаборатория, въпросът колко на брой тестове могат да се обработят на апаратурата, с която е оборудвана, е второстепенен в сравнение с въпроса колко от резултатите са надеждни. Това се отнася дори за работата в архивите. Следователно основната цел на производителността на умствения труд е постигането на качество – и не минимално, а поне оптимално, ако максималното е невъзможно. Едва тогава идва ред на въпроса „Какъв е обемът, количеството на работата?””.⁶

В днешни дни често се обръща много по-сериозно внимание на признаците, а не на

⁵ Ерхард Лудвиг, *Благодеяние за всички*, Университетско издателство стопанство, С., 1993 г., стр. 121-122

⁶ Дракър Питър, *Мениджмънт предизвикателствата през XXI век*, „Класика и стил” ООД, С., 2005 г., стр. 148



причините за състоянието на дадена икономическа система. Много често икономистите считат, че с контролирането в зададени граници на определен набор от медицински и икономически показатели (брой преминали болни, обръщаемост на леглата, стойност на един леглоден, стойност на един лекарствен и др.) ще решат сложилите се проблеми в системата на здравеопазването. Икономическата реалност в България доказва, че механичното придържане на някои от показателите в определени норми не води до решаването на проблемите на хората.

Заклучение:

При взаимоотношението човек-икономика, човекът трябва да бъде поставен на първо място. Всяка една икономическа политика трябва да служи на човека, а не на икономиката. Основната цел на системата на здравеопазване следва да бъде насочена към оказване на качествена, безотказна и адекватна на здравните потребности на населението медицинска помощ на всички етапи от лечението на пациента – профилактика, диагностика, лечение, възстановяване и рехабилитация. Само политика, която е подчинена на нуждите на пациентите, може да се счита за приемлива.

Библиография

1. Drakur Pitur, Menidzhmunt predizvikelstvata prez XXI vek, Klasika i stil OOD, S., 2005
2. Erkhart Ludvig, Blagodenstvie za vsichki, Universitetsko izdatelstvo Stopanstvo, S., 1993
3. Manov Vasil, Ot khazartna kum inteligentna i ekonomika, Asi Print OOD, S. 2011
4. Shneider Bertrand, Skandal i sram (Bednost i izostanalost v kraya na XX vek), doklad na Rimskiya klub, Universitetsko izdatelstvo „Stopanstvo”, S. 1995
5. Stiglitz Joseph, Sen Amartya, Fitoussi Jean-Paul, Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress
6. Wallace Hellen, Pollack Mark A., Young Alasdair R., Policy-Making in the European Union, Sixth Edition, Oxford University Press, 2010

7. Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems (2006/C 146/01)

8. Decision No 1350/2007/EC of the European Parliament and of the Council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-13)

9. Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002, adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008)

10. Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on establishing a Health for Growth Programme, the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014-2020, Brussels, 9.11.2011 COM(2011)

11. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, Commission of the European Communities, Brussels, 23.10.2007

12. United Nations Millennium Declaration, Resolution adopted by the General Assembly, 18 September 2000

13. European Union: www.europa.eu

14. Eurostat: [ww.epp.eurostat.ec.europa.eu/](http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu/)

15. World Health Organization: <http://www.who.int/en/>