

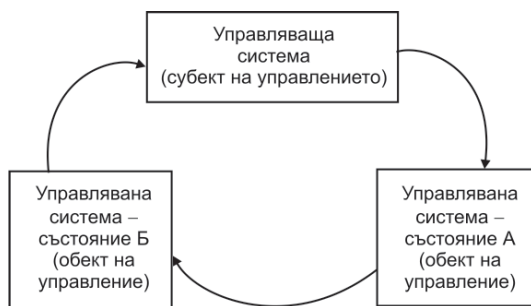
## ЗДРАВНИЯТ МЕНИДЖМЪНТ – ОСНОВЕН ФАКТОР ЗА РЕАЛИЗАЦИЯ НА ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА

### 1. Здравният мениджмънт като управленски процес

Здравният мениджмънт е наука, която е основана върху общата теория на управлението и е надградена със специфичните характеристики на здравеопазването – социална медицина.

Здравният мениджмънт е целенасочен процес, свързан с контрола, управлението и регулирането на здравната система в рамките на определена социална среда и взаимоотношенията ѝ с другите сфери на социалния живот, съобразен същевременно и с ограничените ресурси.

Както всеки управленски процес, здравният мениджмънт представлява целенасочено въздействие на една система (управляваща) върху друга система (управлявана), с оглед постигането на определени цели и реализация на здравнополитическата стратегия (**фиг. 5**).



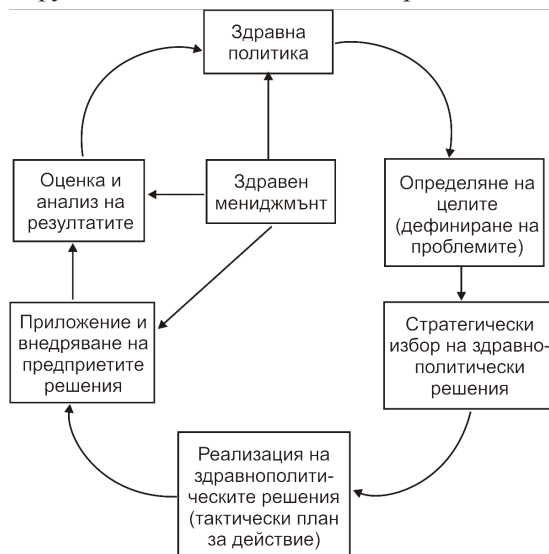
**Фиг. 5.** Управленски процес в здравеопазването

В ролята на управляваща система най-често са Парламент, Комисия по здравеопазване, Министерски съвет, Министерство на



здравеопазването. Подходящ пример за преминаване на здравната система от състояние А в състояние Б е здравната реформа в България, която промени здравната система от състояние на държавен монополизъм в състояние на здравноосигурителна система – плуралистичен тип на солидарно здравно осигуряване и равнопоставеност на собствеността.

Втората съществена част от понятието здравен мениджмънт (освен науката за управлението) е социалната медицина – наука за общественото здравеопазване. Още през 1920 г. Winslow формулира понятието **обществено здравеопазване** – наука и изкуство за превенция на заболяванията, удължаване на живота и промоция на здравето чрез организираните усилия на обществото. В това кратко и актуално и до днес определение за обществено здравеопазване ключово място имат организираните усилия на обществото за реализация, внедряване и контрол на здравнополитическите решения – това е основната територия на действие на здравния мениджмънт (фиг. 6). Следователно, ефективността на здравната политика зависи основно от функциите и качеството на здравния мениджмънт.



Фиг. 6. Здравният мениджмънт като част от здравната политика



Един от първите изследователи на управлението L. Mullins, разглежда здравния мениджмънт като дейност в структурирана организационна среда, насочена към определени цели, реализирана чрез усилията на определени хора и чрез точни системи и процедури.

Тази теория без съмнение произлиза от класическия системен управленски подход на Taylor, но с развитието на съвременните здравноосигурителни системи и бързо променящите се взаимоотношения в социалните сфери, тя е все по-малко актуална и приложима.

Съвременните автори разглеждат все по-често управлението на здравеопазването от гледна точка на ентропията (хаоса). Целта на управлението е да регулира процесите в здравната система чрез намаляване на нейната ентропия. Според D. Hunter, въпреки усилията на управлението за преминаване на системата от ентропия към състояние на регулираност и определеност, хаосът и реакциите в условия на спешност ще останат ключов признак на мениджърската професия в здравеопазването. От това определение следват два важни извода – първо, здравният мениджмънт е изключително важна професия поради високото ниво на ентропия в здравната система, и второ – здравният мениджмънт е професия с високо ниво на стрес, несигурност и негативни емоции.

## **2. Здравна политика и стратегия. Типове здравна политика и здравни системи**

Здравната политика представлява система от дългосрочни законодателни и правителствени решения за опазване здравето на нацията чрез подобряване на здравеопазването.

Обяснението на противоречивия ход на реформите в съвременните здравни системи изисква изясняване на същността на здравната политика, която представлява основна и неразделна част от социалната политика на правителствата.

Обобщено социалната политика може да бъде разделена на две големи групи:



– **Либерален политически модел** – основава се на пазарни конкурентни взаимоотношения, където всеки физически или юридически субект е отговорен за съдбата си.

– **Социален политически модел** – основава се на социално ориентирана икономика, където държавата има отговорност в определена степен към различни обществени групи.

Различните типове социална и здравна политика пораждат и различни типове здравни системи. Основните критерии за класифициране на здравната политика са нейните цели и приоритети. В съвременния свят се наблюдават различни типове здравна политика в зависимост от нейната ориентация и подходите към здравните проблеми.

– Здравната политика може приоритетно да бъде насочена към диагностиката и лечението, или към профилактиката и промоцията на здравето.

– Здравната политика може да бъде фокусирана върху здравните проблеми на отделни социални групи или към здравните проблеми на цялото общество.

– Здравната политика може да бъде ориентирана към решаване на краткосрочни или дългосрочни проблеми.

Характеристиката на различните модели здравни системи, породени от различните типове здравна политика, може да бъде изградена върху следните критерии – роля на държавата по отношение на собствеността, източници на ресурсите и начините за тяхното управление, степен на конкурентност и пазарна мотивация, нива на задоволяване на здравните потребности, устойчивост на системата и т.н.

Съгласно тези критерии здравните системи могат да бъдат разделени на три основни типа:

– **Система на държавен монополизъм.** Държавата е собственик на здравните институции и ресурси. Управлението на финансовите ресурси е държавно централизирано.

Липсват пазарни елементи на конкурентност и саморегулация в здравната система. Медицинските дейности са ориентирани към предлагането, а не към търсенето, което е предпоставка за



ниска ефективност. Устойчивостта на системата се базира на държавната собственост и централизираното финансиране, но липсва развитие. Този модел на здравна система е характерен за бившите социалистически държави (модел на Семашко) и в голяма степен за Великобритания, Швеция, Дания (модел на Бевъридж).

– **Система на либерален плурализъм.** Характеризира се с икономически либерализъм и плуралистична собственост на ресурсите. Преобладава частният сектор, особено в първичната доболнична помощ. Съществува развита частна собственост и в болничната медицинска помощ, изградена върху основата на модерни високотехнологични специализирани клиники. Държавата гарантира добро здравно законодателство и има ограничена роля в организацията и реализацията на медицинската помощ. Финансирането се базира на множество източници, като основен е частното здравно осигуряване. Типичен представител на този модел здравна система е САЩ (модел на Кенеди).

– **Система на ограничен етатизъм.** Характеризира се с ограничена роля на държавата в икономическото управление. Основава се на силно здравно законодателство и значително участие на местното самоуправление. Собствеността на ресурсите е разнообразна – публична, държавна и частна. Съществуват развити пазарни механизми и целенасочено задоволяване на потребностите. Финансирането се осъществява чрез задължително здравно осигуряване, в което участват държавата, работещите и работодателите. Тази система е типична за Германия, Франция, Холандия, България и др. (модел на Бисмарк).

Независимо от типа здравна система традиционните принципи, стоящи в основата на здравната политика, са свързани с хуманните принципи на медицината – медицинска етика, права на пациента, информираност, справедливост, достъпност и др.

Съвременната здравна политика обаче, освен от социално-хуманни принципи, се нуждае и от висока ефективност. Поради това навлизат редица принципи с методологичен и организационен аспект:

– *Принцип на определяне на приоритетите.* Многообразието на здравните проблеми трябва да се сведе до няколко ключови



въпроса, които са от изключителна важност за решаване на проблемите в една здравна система. Например ключов медицински проблем е по-ниската продължителност на живота на българските граждани в сравнение с другите държави от ЕС.

– *Принцип на реалистичните и ефективни решения.* Здравнополитическите решения следва да се основават на съчетаването на необходимото (здравни потребности), възможното (налични ресурси), желаното (общественото мнение и очаквания) и полезното (ефективни медицински технологии).

– *Принцип на универсалност и достъпност.* Целта на всяка здравна система е да осигури относително еднаква достъпност и качество на медицинските услуги за цялото общество. Здравето на населението винаги е национален приоритет. Следователно отговорността за националните здравни системи е на правителствата, които са длъжни да привличат и координират всички частни и обществени сектори за решаване на въпросите, свързани със здравеопазването.

В организационно-технологичен аспект, съобразен с глобалната стратегия на Световната здравна организация (СЗО), са формулирани следните принципи на здравната политика:

– *Справедливост.* Всички хора трябва да имат равен шанс за пълно реализиране на своя здравен потенциал.

– *Информираност.* Всеки пациент трябва да бъде добре информиран както за собственото си здравно състояние, така и за проблемите на здравната система като цяло. Мотивираното население трябва да участва активно при определяне на приоритетите на всяка здравна политика.

– *Етичност.* Тя се отнася както за вземането на медицински решения, така и до въпроси, свързани с правата на пациента и с организационните промени в здравната система.

– *Промоция на здравето.* Акцент върху превенцията, профилактиката и здравословния начин на живот.

– *Междусекторно сътрудничество.* Партньорство между правителство, администрация, бизнес, неправителствени организации и синдикати с цел определяне приоритетите в здравеопазването и пътищата за постигане на набеязаните цели.



Независимо от вида здравна политика и система, съществуват общоприети принципи, които се основават на ясната социална ориентация. Един от основните здравнополитически експерти – Bloom, 1997 г., въвежда теорията за парадигмата на здравето, която разглежда здравното благополучие на населението и факторите на околната среда като две големи подсистеми на една обща система. Според теорията на Bloom, основните фактори, които влияят върху здравето, са наследственост, околна среда, стил и начин на живот и медицинско обслужване, като всеки от тях има различно относително тегло и принос за здравето, съответно 20%, 20%, 50% и 10%.

Най-същественният проблем на здравната политика произтича от комплексността и взаимообвързаността на различните фактори.

Като се разглежда базовата структура на здравната политика, могат да бъдат определени две основни части:

– *Дескриптивна част* – представлява фундаментално-теоретична част, която описва и анализира състоянието на здравеопазването. Обхваща факторите, влияещи на здравето (демографски, икономически, социални, екологични и др.), здравните потребности (определят се след анализ на здравното състояние на обществото) и здравните цели и приоритети (всяко правителство ги определя и приема чрез Национална здравна стратегия).

– *Прескриптивна част* – включва медицинските дейности, профилактиката и промоцията на здравето, както и подкрепата на здравната политика и нейната реализация от обществото, професионалните съсловия, политиците и бизнеса.

Винаги дескриптивната част предхожда прескриптивната по аналогия на лечебната дейност – първо се диагностицира едно заболяване и след това се определя най-подходящото лечение и се назначава избраната терапия.

Следователно, дескриптивната част на здравната политика е абсолютно задължителна. В последните десетилетия у нас много често дескриптивната част е подценявана, като здравните политики най-често се фокусират върху прескриптивната част. Това до голяма степен предопределя провала на здравните стратегии на редица правителства.



В съвременната здравна политика от изключително значение е да бъдат обхванати всички елементи на структурата на здравната политика, като се изпълняват в последователен логичен ред – първо се определят факторите, влияещи върху здравето на населението, след това се определят неговите здравни потребности и се поставят здравните цели и приоритети от всяко правителство. Стратегическите цели и приоритети са ключов елемент от социалната медицина и здравната политика. След това, в зависимост от набелязаните цели, правителството предлага план за действие с конкретни практически мероприятия и срокове – прескриптивната част от здравната политика. Решаването на здравните проблеми на обществото, а не само на професионалните претенции налага използването на широк интелектуален подход в здравната политика, особено в период на промяна и преструктуриране. Ключова роля в този процес имат общественото мнение и подкрепа, междусекторното сътрудничество и ангажиментът на цялата професионална общност, здравни политици и администратори.

### **3. Принципи и цели на европейската здравна политика**

Като се разглеждат съвременните модели на социално здравно осигуряване в Европа, могат да бъдат формулирани следните основни проблеми:

– Темпът на нарастване на разходите за здравеопазване е значително по-висок от ръста на brutния вътрешен продукт. Следователно, здравните разходи ежегодно увеличават размера си и като стойност, и като относителен дял. Това поставя на изпитание дори развитите икономически страни, които също се затрудняват да финансират здравните си системи.

– Увеличаване на тежестта върху реално работещата икономика. От една страна, демографските тенденции за застаряване на населението увеличават социалните групи на пенсионерите, които не произвеждат икономически продукт, но консумират все повече разходи за здравеопазване поради нарастването на заболяемостта от хронични заболявания. От друга страна, увеличените разходи принуждават държавите да съкращават предоставените пакети





здравни услуги в сектора на задължителното здравно осигуряване. Този процес без съмнение рефлектира в увеличаване на разходите за частно здравно осигуряване, голяма част от които се поемат от работодателите.

– Ежегодно увеличаване на дефицитите в сектора на здравеопазването и заплахата от финансова несъстоятелност на осигурителните и застрахователните дружества.

– Намаление на качеството на здравните грижи. Това е прогнозиран и очакван ефект в резултат на засилващия се стремеж за съкращаване на здравните разходи и подобряване на ефективността.

– Наблюдава се увеличаваща се неадекватност на финансиращите модели във връзка с неблагоприятните демографски процеси. В много страни основният принцип на социалните здравноосигурителни системи – солидарността, е поставен в центъра на редица дискусии.

Изследванията на редица здравни експерти достигат до извода, че практиката в развитите икономически европейски страни води до фрагментация на здравните схеми, което излага на опасност успешната взаимовръзка между отделните доставчици на медицински услуги и размива отговорността за резултатите. Пасивността на финансиращите механизми за поддържане на принципа на солидарността предопределя общите стимули към увеличаване на разходите. Здравноосигурителните вноски не корелират в никакъв случай на стойността и цената на здравната услуга. Следователно разходите на здравноосигурителните фондове, респективно приходите на доставчиците на здравни услуги не са свързани пряко със стойността на доставените от тях здравни грижи. Последното се отнася основно до слабите икономически държави в ЕС, в чиято група попада и България, където цените на медицинските дейности се определят единствено от размера на приходите и бюджета, а не от търсенето на здравни продукти и услуги.

Другият негативен ефект от това, че заплащаната здравноосигурителна вноска не е реалната стойност и цена на здравната услуга, е стремежът на потребителя (пациента) да употребява максимално количество и качество, и то толкова пъти, колкото преце-



ни, че е необходимо за неговото здраве. Следователно изводът е, че пациентите нямат никакви стимули да рационализират и съкращават потреблението на здравни услуги, защото не печелят нищо, а в условията на несигурност и неинформираност са склонни да се презастраховат чрез увеличаване на обема потребление. Тази специфика на социалното здравно осигуряване прави контрола върху ефективността на здравната система много труден.

Повечето правителства в ЕС са убедени, че държавата не е в състояние да упражнява всеобщ контрол върху здравната система, характерна със своето многообразие от центрове, вземащи решения, както и да извършва детайлни интервенции на различни нива с цел постепенно ограничаване свободата на действие на всеки индивид в системата. Въпреки това от страна на правителствата се полагат огромни усилия за овладяване на разходите, основно чрез намаляване на реимбурсните цени и рационализиране на краткосрочното търсене на здравни услуги.

В същото време частните здравноосигурителни фондове (в страните, където този сектор е икономически развит), противно на нормалната логика, много често нямат стимули и възможности да контролират здравните разходи.

Осигурителните и застрахователните дружества могат да намалят разходите за определени видове медицинска помощ, но не са в състояние да накарат лекарите да третират пациентите по различен начин в зависимост от членството им към определен здравноосигурителен фонд. За да стимулират по-доброто качество на медицинските услуги с цел подобряване на своите конкурентни позиции, почти винаги фондовете трябва да направят допълнителни разходи, за да приложат механизъм за наблюдение и контрол на качеството, но едва ли в резултат на това ще получат полагащите им се за тези усилия и разходи пазарни преимущества и печалба.

Анализирайки резултатите и ефективността си, осигурителните дружества стигат до изводите, че много по-лесно и бързо ще увеличат печалбите си чрез селекция на здравния риск, отколкото чрез подобряване на производствената ефективност и контрол на качеството. Освен това самата конструкция на здравната система



стимулира достигането до тези изводи, защото единният размер на здравната вноска (солидарност във финансирането) не е обвързан с индивидуалния здравен риск, което стимулира селекцията на пациентите.

В резултат на гореописаните недостатъци на социалните задължителни здравноосигурителни системи в редица държави от ЕС се предприемат принципни подходи за реформиране на здравното осигуряване. Основните подходи са:

– Гарантиране и запазване на принципа на солидарността, който предпазва индивидите от финансова несъстоятелност при появата на значителни здравни разходи.

– Диверсификация на индивидуалните потребности на осигурените лица в рамките на солидарността.

– Намалване на държавния контрол и увеличаване на усилията за подобряване на ефективността чрез стимулиране на конкурентноспособността.

– Дисциплиниране на пазара на здравни услуги чрез програми за самоучастие във финансирането на здравните услуги и образование в сферата на самоуправление на личните здравни разходи от пациентите.

Предложените подходи за реформи на здравноосигурителните системи имат и немалко критики, които подчертават, че преминаването на здравната система от състояние на финансиране към условия за активно купуване на здравни услуги създава определен натиск върху поведението на пазарните субекти и ги превръща в активни предприемачи. Всичко това създава реални условия за възникване на конфликт между стремежа за печалба на фондовете и стремежа на пациента към качество и достъпност до здравни продукти и услуги. Този конфликт може да съществува и на ниво доставчици на медицинска помощ, които също се стремят към максимализиране на финансовите резултати.

Известни са няколко механизма за въздействие и контрол на пазарното поведение на участниците в здравната система:

– Създаване на потребителски избор по отношение на финансиращите институции.



– Свобода на фондовете при определяне на премиите или включване на допълнителни услуги към нормативно определените пакети.

– Селективно договаряне между фондовете и доставчиците на здравни грижи.

– Разширяване на полето на отговорност и риск на фондовете, което води до повишаване на тяхната ефективност.

Всички посочени принципни подходи, залегнали в повечето европейски здравноосигурителни реформи, са свързани с децентрализация и засилване на конкуренцията. Повечето здравнополитически експерти обаче подчертават и възможните рискове от въвеждането на пазарни конкурентни принципи и доколкото те са съвместими със социалната политика.

Заплахите от въвеждането на конкурентни условия на здравноосигурителния пазар основно са свързани с нарушаването на принципите за справедливост, достъпност и ефективност на здравната система:

– Селекция на здравния риск.

– Конфликт между интересите на конкурентните фондове и обществените интереси.

– Селективното договаряне ограничава достъпа и пациентския избор.

– Липса на прозрачност относно отчетността на фондовете пред пациентите и обществото.

От друга страна, за да се гарантира основният принцип на социалните здравноосигурителни системи – солидарността, трябва да се приложат механизми, които от своя страна противоречат на конкурентните принципи:

– Неселективно договаряне с всички изпълнители на медицински услуги.

– Еднакъв размер на здравната вноска като относителен дял от трудовото възнаграждение.

– Еднакъв основен пакет здравни услуги.

– Задължително осигуряване за всички граждани.

– Въвеждане на механизми за разпределение на риска.

– Свободен избор на финансираща институция от пациентите.

Повечето здравни анализатори считат, че селекцията на осигурените лица е проблем, който се дължи на фиксирането на размера на здравноосигурителната вноска. Налагайки ограничения върху диференциацията на осигурителните вноски, държавата препятства кръстосаното субсидиране от нискорискови към високорискови пациенти и създава възможност за предвидими загуби на здравноосигурителните фондове от осигурените лица с висок здравен риск. По тази причина въпросните ограничения съдържат стимули за рискова селекция на осигурените лица. От друга страна, допускането на индивидуално различни размери на здравноосигурителните вноски влиза в конфликт с принципа на солидарността. Ефективен начин за справяне с рисковата селекция и постигане на субсидирана солидарност, без да бъде спряна конкуренцията между фондовете, е да се субсидират по-високите премии за потребителите с по-висок здравен риск от солидарен, изравняващ риска фонд.

Друг основен въпрос, който стои пред европейските здравни системи, е регулирането на договарянето между фондовете и изпълнителите на медицинска помощ. Това договаряне обикновено се извършва по два принципно различни метода:

– Селективно договаряне – на фондовете се дава право да селектират доставчици, с които да сключват договор. Този процес е обвързан с редица правила и процедури, отнасящи се до цени, обеми, открита информация, задължителни механизми за мониторинг и контрол на количеството и качеството на дейността.

– Колективно договаряне – фондовете се задължават да сключват договор с всички доставчици, като по този начин се постига осигуряване на достъпност и справедливост. Колективното договаряне е нормативно регламентирано в България и неговият израз е Националният рамков договор.

От предложения дотук анализ на съвременните здравни системи лесно можем да достигнем до извода, че различните типове организационни системи показват различни предимства и недостатъци. Това е и основната причина в Европа да съществуват представители на всички основни типове здравни системи: здравно-



осигурителна система (Германия, Франция, Холандия), данъчно финансирана здравна система (Великобритания, Швеция), здравна система, основана на частни здравни застраховки (Швейцария). Изследванията на редица автори на предимствата и недостатъците стигат до следните практически изводи:

– Здравният статус на населението в държави със здравноосигурителни системи показва по-слабо подобрене, отколкото при данъчно финансираните системи.

– Здравноосигурителните системи изостават от данъчно финансираните и от гледна точка на равенство и справедливост, но превъзхождат чувствително системата с преобладаващо частно финансиране в Съединените щати.

– Доплащането от страна на пациентите на здравни продукти и услуги в здравноосигурителните системи също е по-високо от данъчно финансираните системи, но от гледна точка на оптимизация на ефективността това се възприема като положителна тенденция.

– Здравноосигурителните системи генерират по-високи общи разходи за здравеопазване, отколкото данъчно финансираните системи.

– Удовлетворението на пациентите от здравеопазването е по-високо в страните със здравноосигурителни системи. Основен проблем при данъчно финансираните системи е ограничената достъпност и листите на чакащи за лечение пациенти.

Дискусиите за предимствата и недостатъците на здравните системи продължават все по-активно в цял свят, като един от основните въпроси е докъде може да се толерира наличието на частен сектор и как да се регулира в интерес на обществените здравни потребности.

Сравнителната оценка на типовете здравни системи е концептуално трудна задача и тя не може да бъде решена само по пътя на сравнителните финансово-икономически критерии, защото не се обхваща комплексният характер на здравеопазването в дадена страна.

За по-обективна оценка на здравните системи е необходимо да се използва група критерии, която да включва редица медицин-



ски и немедицински аспекти, като отговорност на държавата за здравеопазването, нива на достъп до медицинска помощ, източници на финансиране, начини на управление на здравните ресурси, права и отговорности на гражданите и др.

В зависимост от достъпа, собствеността и финансирането, някои теоретици предлагат различна класификация на здравните системи:

– **Отворена здравна система** – характеризира се със свободен избор на лекар и болница, директен достъп до специализирана медицинска помощ, преобладаващ дял на частните здравни заведения, заплащане на изпълнителите на медицинска дейност за извършена работа и постигнати цели в качеството.

– **Затворена здравна система** – характеризира се със силна държавна регулация, листи на чакащи за медицински прегледи, достъп до специализирана помощ само чрез направления от ОПЛ, преобладаваща публична и държавна собственост, финансиране на болниците чрез делегирани бюджети и заплащане на лекарите на фиксирано месечно трудово възнаграждение.

Затворените здравни системи са с по-нисък публичен разход за здравеопазване и са предпочитани от по-слабите икономически държави. Здравноосигурителната система в България е от затворен тип, но има някои белези на отворената система – лекарите не получават фиксирано месечно възнаграждение.

Съвременните социални общества в търсене на равновесие между нарастващите разходи, ограничените ресурси и запазване на достъпността, предприемат различни реформи на здравните си системи, независимо от какъв тип са те.

Въпреки националните специфики и под влиянието на глобализацията могат да бъдат разграничени някои **обща приоритети в здравната политика на европейските страни**:

– *Преориентация от скъпата болнична помощ към разширяване на първичните здравни грижи.* Над 65% от средствата за здравеопазване се усвояват за болнична помощ. Това важи и за бюджета на българската НЗОК. В повечето развити страни вече е прието, че е достигната оптималната степен на развитие на бол-



ничната помощ и повече легла не са необходими. Все по-често се търсят начини за по-рационално използване на наличната болнична инфраструктура и въвеждане на алтернативни форми на скъпото болнично лечение. Свърхмодерните и скъпи болнични комплекси се преоценяват като неадекватни за лечението на съвременната патология, която в голямата си част е хронична.

Опитът на много страни доказва, че голяма част от здравните потребности могат да се посрещат от първичната здравна помощ. Повишаването на нейното качество и ефективност заема водещо място в здравните реформи на европейските страни. Един от инструментите за постигане на тези цели е заместване на системата на заплащане на база капитация със система, свързана с постигнати резултати в качеството на лечение и контрола на хроничните заболявания. По този начин институцията общопрактикуващ лекар става основен организационен, терапевтичен и икономически фактор за всяка национална здравна система.

Утвърждаването на първичните здравни грижи не се отнася само до личния лекар, но и до широк кръг други специалисти – лекари по дентална медицина, акушерки, медицински сестри, фармацевти и др.

– *Промоция на здравето и профилактика на болестите.* През 1986 г. СЗО определя промоцията на здравето и профилактиката като приоритетна стратегия за глобалната здравна политика. Първичната профилактика се насочва основно към редуциране на водещите рискови фактори, които оказват влияние върху социално значимите заболявания. Отделя се приоритетно внимание на поведенческите рискови фактори и утвърждаването на здравословен начин на живот.

Епидемиологията става основата, върху която се развиват теорията и изследванията на превантивната дейност. Промоцията на здравето и начинът на живот се превръщат в новата философия на общественото здраве.

Само за едно десетилетие в развитите европейските страни бяха постигнати значими резултати по отношение на рисковите фактори за сърдечно-съдови заболявания – тютюнопушене, наднормено тегло и обездвижване.





*– Повишаване на ефективността на здравната система.*

Основната цел е задържане на темпа на нарастване на разходите с едновременно въвеждане на нови технологии, гарантиращи повишаването на качеството. Факторите, оказващи най-силно влияние върху нарастването на разходите, включват: застаряване на населението, като следствие от увеличената продължителност на живота, увеличение на хроничните заболявания като пряк резултат от застаряването на населението, повишени очаквания и претенции на обществото към здравеопазването, както и въвеждането на все по-нови и по-скъпи медицински технологии и продукти.

Редица здравнополитически експерти установяват съществуването на икономически „омагьосан кръг“ в здравеопазването – всеки нов иновативен продукт или технология водят до подобряване на терапевтичните резултати и удължаване на продължителността на живота, което рефлектира върху застаряване на населението и увеличаване на колосалните здравни разходи за лечение на хроничните заболявания, които нарастват прогресивно с увеличаване на възрастта. Следователно, здравеопазването се самовъзпроизвежда и стимулира търсенето на здравни услуги и задълбочава неовладения ръст на разходите.

Съвременните изследвания на ефективността на здравните системи доказват, че няма пряка и пропорционална връзка между здравни ресурси (финансови, кадрови, технологични) и здравна ефективност. Изводът е, че ефективността се постига чрез качествен здравен мениджмънт.

*– Пазарна ориентация на съвременните здравни системи.*

Все повече страни се ориентират към въвеждане на пазарни конкурентни принципи в здравните си политики. Следователно се наблюдава изместване на здравнополитическите приоритети към подобряване на ефективността за сметка на социални принципи като солидарност и достъпност. Разчита се, че конкуренцията в пазарни условия ще доведе до по-висока икономическа ефективност, до добър контрол и качество на медицинските услуги, както и до по-рационално използване на ресурсите.



В Източноевропейските страни от бившия социалистически блок конкурентните условия се въвеждат чрез здравна реформа, фокусирана върху преминаване от държавно финансирана здравна система към ресурсно осигуряване чрез задължително здравно осигуряване. Трябва да се има предвид обаче, че пазарният механизъм в здравеопазването е средство, а не цел. Следователно този механизъм до определена степен трябва да бъде регулиран и контролиран, за да се гарантира постигане на основната цел на всяка здравна система – осигуряване на общественото здраве.

По тази причина и ролята на европейските правителства продължава да бъде съществена в регулативно отношение – контрол върху качеството, цените и достъпността, гарантиране на справедливо финансиране, подпомагане на здравеопазването на определени социални групи и др.

– *Гарантиране на качеството чрез контрол и оценка на здравните дейности.* Непрекъснато се внедряват нови методи за контрол на качеството на медицинските дейности – методични указания, терапевтични стандарти, медицински консенсуси, дългосрочни програми за продължаващо обучение и квалификация, акредитация на здравните заведения, лицензионни режими и др.

Системата за гарантиране и повишаване на качеството се развива в две взаимосвързани насоки – внедряване на нови диагностични и терапевтични технологии и развитие на информационните технологии и внедряването им в здравеопазването.

– *Децентрализация и регионализация на здравната система и медицинските дейности.* Основен стремеж на повечето съвременни здравни политики е децентрализирането на управленските решения и усиляване ролята на местното здравеопазване – областно и общинско ниво.

Тази стратегия е продиктувана от два основни фактора – обществен натиск за по-голяма отзивчивост и достъпност до здравните заведения и необходимост от засилване на регионалното между-секторно сътрудничество. Децентрализацията също е свързана и с приоритетите за увеличаване на първичните извънболнични здравни грижи и профилактиката. Регионалната здравна система трябва



да удовлетворява напълно здравните потребности на съответната област с изключение на малка част високоспециализирани и скъпи дейности.

– Широко внедряване на принципите на съвременния здравен мениджмънт и повишаване на неговата ефективност.

#### **4. Стратегия и приоритети на здравната политика в България**

В началото на 90-те години на 20-и век здравната система в България е от класически тип държавен монополизъм, изградена на следните основни принципи – монополно държавно финансиране и управление, универсален безплатен пакет медицински услуги за обществото, централно планиране, забрана за частна медицинска практика и териториален принцип на достъп до медицинска помощ без право на избор. През този период организационната структура на здравната система натрупва редица негативи – неефективно разпределение на финансовите ресурси, ежегодни финансови дефицити в болничната медицинска помощ, свръххоспитализации, пренасяне на здравната мрежа с медицински персонал, нерегулирана частна медицинска практика в доболничната помощ и стоматологията, неадекватно ниски трудови възнаграждения на медицинския персонал, пълна липса на стимули и контрол за постигане на качество и пълно отсъствие на професионален здравен мениджмънт.

Посочените негативи на държавно финансираната здравна система до 1998 г. се отразяват негативно на общественото здраве, като се влошават редица здравни показатели:

– Повишена обща смъртност, намалена средна продължителност на живота, висока заболяемост, болестност и смъртност от социално значими заболявания.

– Доказана неефективност на съществуващата до този момент здравна система, пораждаща небалансирано развитие и диспропорции както в ресурсното осигуряване, така и в качеството на медицински услуги.



– Несъответствие на националното здравеопазване с общите тенденции и принципи на развитие на здравните системи в страните от ЕС.

Всички гореописани проблеми са основната причина за вземане на политическо решение през 1998 г. и стартиране на радикална здравна реформа. Стратегическите приоритети на здравната реформа са свързани с подобряване на здравето на нацията чрез оптимизиране на резултатите в следните направления от общественото здравеопазване:

– Създаване на условия за намаляване на детската смъртност.

– Ограничаване на заболяемостта, смъртността и инвалидизацията от социално значими заболявания чрез разработване и изпълняване на здравни програми.

– Ограничаване на рисковете за здравето и осигуряване на безопасна работна среда.

– Намаляване на рисковите фактори за здравето на хората в неблагоприятно положение.

– Подобряване на психичното здраве на населението.

Българската здравна реформа приема ценностите на европейската здравна политика – плурализъм, демократичност, равнопоставеност, достъпност, солидарност, споделена отговорност за здравето и се опира на следните основни принципи:

– Създаване на собствен модел здравна система, в който се отчитат националните традиции, култура, история, цели, интереси и ценности.

– Социална ориентация на реформата – гаранция за достъпност и качество на всички граждани.

– Плурализъм и равнопоставеност на формите на собственост.

– Създаване на конкурентна среда и реализиране на високо качество на здравните услуги чрез създаване на пазарни механизми при разпределението и управлението на ресурсите и постигане на ефективност и ефикасност.

– Разпределение на отговорностите за здравето на нацията между институциите, обществото, гражданите и медицинските професионалисти.



– Непрекъснатост, последователност, прозрачност и обществено съгласие за процеса на здравната реформа от гражданите и медицинските професионалисти.

Здравната реформа, като част от цялостното обновяване на България, започва със законодателни промени през 1998 г. и приемането на няколко основополагащи закона – Закон за здравното осигуряване, Закон за лечебните заведения и Закон за аптеките и лекарствата в хуманната медицина. Всички законодателни промени през този период са съобразени с тенденциите и изискванията на бъдещото членство на България в Европейския съюз.

През 2001 г. бе приета Национална стратегия „По-добро здраве за по-добро бъдеще на България“ и План за действие към нея, през 2008 г. – Национална здравна стратегия за периода 2008–2013 г.

Основните направления на двете стратегии, в които се развиват здравната политика и реформа, могат да бъдат обобщени по следния начин:

*А) Развитие на икономическите взаимоотношения в здравеопазването*, които трябва да отговарят както на съвременните пазарни конкурентни условия, така и на тенденциите за повишаване на ефективността и ефикасността чрез подобряване на съотношението разход/полза.

Изпълнението на тази стратегическа цел включва:

– *Реформи в областта на лечебната помощ*. Законодателно се осигурява отделянето на собственика и изпълнителя на медицинска помощ от финансиращия орган. Регламентира се автономията на трите пазарни субекта – потребител, изпълнител на медицинска помощ и финансираща институция. Демонополизирането на лечебната помощ и насърчаването на нейната конкурентноспособност продължават в посока развитие на частния сектор в здравеопазването. Това е обективно необходимо и социално оправдано за постигане на по-добър баланс в здравната система, както и за адекватно задоволяване на здравните потребности и търсене на медицински услуги от гражданите. Освен това на създаването на конкурентни взаимоотношения се възлагат и надеждите за професионално удовлетворение и повишаване на квалификацията на ме-



дицинските специалисти. Едновременно с развитието на частната инициатива много здравнополитически експерти обръщат особено внимание върху въпроси, свързани със защита на интересите на потребителите, медицинските специалисти и социалната приемливост, като се фокусират върху изисквания за високо качество, регламентирана отговорност и контрол върху цените, разходите и ефективността. В изпълнение на тези изисквания се създават редица законови и подзаконови нормативни актове, като Национален рамков договор, Наредба за акредитацията на лечебните заведения, Наредба за медицинските стандарти и др. Създадена е и специализирана Агенция за медицински одит, чиято основна функция е да контролира качеството както при изпълнителите на медицинска помощ (лечебните заведения), така и при финансиращите институции (публичен и частни здравноосигурителни фондове).

– *Реформа на финансиращия модел на здравната система.*

Финансирането се разделя на два сектора – държавно и обществено. Държавата създава и финансира центровете за спешна медицинска помощ, центровете за трансфузионна хематология, лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ, домовете за медико-социални грижи за деца, ведомствените лечебни заведения към Министерски съвет, Министерство на отбраната, Министерство на вътрешните работи, Министерство на правосъдието, Министерство на транспорта.

Стартира създаването на здравноосигурителна система. Приоритетите и целите са определени единствено в посока развитие на задължителното здравно осигуряване, реализирано чрез един публичен фонд – Национална здравноосигурителна каса. Нормативно е въведено и допълнително доброволно здравно осигуряване, финансирано от конкуриращи се частни фондове.

– *Подобряване на ефективността на здравната система чрез задължително оптимизиране на съотношението разход/полза.* В тази посока са декларирани различни политически и финансови приоритети, свързани както с инвестиционна дейност и разработване на проекти, така и с финансиране на общественото здравеопазване.



Б) *Задоволяване на здравните потребности на нацията.* Основните деклариращи здравнополитически цели са свързани с достъпност, високо качество, справедливост, равнопоставеност, своевременност и достатъчност. Приетият план за действие обхваща следните области:

– *Промотивно-превантивна дейност.* Първото направление включва осигуряване за всички граждани на необходимата подкрепа за здравословен избор на начин на живот и поведение. Второто направление се отнася до отстраняване, обезопасяване и ограничаване на факторите, които предизвикват заболявания, усложнения и намаляване на работоспособността и социалната активност на гражданите.

Посочените задачи включват повишаване на ефективността на държавния здравен контрол, предотвратяване на епидемичните заболявания, осъществяване на национални и регионални профилактични програми. Основната компетентност в областта на промотивно-превантивните дейности се възлага на хигиенно-епидемиологичната служба, която трябва да бъде координатор и инициатор на подобни програми. В областта на превантивните дейности са приети и редица нормативни актове, като Закон за храните, Национален план за действие в областта на околната среда, Закон за здравословните и безопасни условия на труд и др.

– *Реформа в лечебната дейност.* Извънболничната медицинска помощ се осъществява от лечебни заведения за първична медицинска помощ (ПИМП) и за специализирана медицинска помощ (СИМП). Лечебните заведения за болнична помощ се класифицират като многопрофилни и специализирани болници, които могат да бъдат за активно лечение, за долекуване или за рехабилитация.

Определени са следните приоритети: удължаване на реформата в извънболничната помощ (запазване на самостоятелността на индивидуалните и груповите практики, регулиране на взаимодействието между първична извънболнична и спешна помощ, подобряване на достъпността и своевременността на първичната помощ, развитие на обучението и специализацията по обща медицина, създаване на система за мониторинг и спазване на правилата за



добра медицинска практика и етичните принципи), осъществяване на реформа в болничната помощ (намаляване броя на болничните легла, развитие на система за управление на качеството в болничната дейност, развитие на обществените комуникации и маркетингови проучвания, финансово стабилизиране на болниците без комерсиализация на дейността).

В резултат на реформата в болничната помощ се прогнозира засилване на автономията на болничните заведения по отношение на вътрешната им организация. Те ще сключват трудови договори със собствения си персонал, ще могат да влизат в договорни отношения помежду си и ще носят отговорност за разходите, свързани с изпълнението на сключените договори, собствените им управленски разходи, както и за средствата за стимулиране на персонала.

Това изисква болничните управители да прилагат гъвкави и координирани подходи към клиничната дейност, като използват инструментите на здравния мениджмънт.

Основната характеристика на реформата в системата на лечебната помощ е радикално промененият правен статут на собствеността на лечебните заведения. Университетските болници и националните центрове са публична държавна собственост, многопрофилните областни болници – смесена държавно-общинска собственост, а лечебните заведения извън областните центрове са изцяло общинска собственост. По този начин частично се премахва държавният монополизъм по отношение на собствеността.

– *Реформа в областта на лекарствоснабдяването и фармацевтичната промишленост.* Първи приоритет е разработването на стратегии на Национална лекарствена политика. Въведени са европейските изисквания и стандарти по отношение разрешаването за употреба на лекарствените продукти, клиничните изпитвания, цените и техния контрол, производството на медикаменти, дистрибуцията, класификацията на лекарствените продукти според начина им на отпускане, задължителните данни върху опаковката и рекламата.

– *Реформа в управлението на здравеопазването.* Очертава се необходимостта от подобряване на взаимодействието между





Министерство на здравеопазването, НЗОК, съсловните организации на лекари и лекари по дентална медицина, както и съдействие от пациентските организации.

Най-съществената част от здравната реформа в България е промененият модел на финансиране и преминаване към социално здравно осигуряване – съвременна система за социална здравна защита на населението, гарантираща определен пакет здравни услуги при спазване принципите на солидарност, справедливост, равнопоставеност при ползване на медицинска помощ, задължително участие във финансирането и отговорност при опазване на собственото здраве.

Социалният задължителен здравен пакет включва медицински и дентални дейности за предпазване и ранно откриване на заболявания, извънболнична и болнична медицинска помощ за диагностика и лечение на заболявания, медицинска рехабилитация, неотложна медицинска помощ, грижи при бременност, раждане и майчинство, аборти по медицински показания, стоматологична и зъботехническа помощ, медицински грижи при лечение в дома, предписване и отпускане на лекарствени продукти за домашно лечение, медицинска експертиза на трудоспособността и транспортни услуги по медицински показания.

Определеният по този начин обхват на основния пакет здравни услуги, чието получаване е право на всяко осигурено лице, на практика е неограничен и не е финансово обезпечен с ресурсите на здравноосигурителната система.

Така се генерира обемът на предвидените за плащане, но неплатени от НЗОК медицински услуги, което в крайна сметка формира дефицита на безплатни услуги за здравноосигурените граждани. Намаляването на обхвата на пакета и въвеждането на допълнително здравно осигуряване или регламентирано кешово доплащане за здравните услуги е адекватният подход към тази ситуация, който на практика се прилага във всички развити европейски здравни системи.

Липсата на подобни здравнополитически решения в България доведе до появата на основните негативни последствия от здравна-



та реформа – лошо качество, всеобхватна корупция и бариера пред достъпността.

## 5. Участници в българската здравна политика

Основен участник във формулирането на здравната политика, стратегията, целите и плана за постигането им е държавата чрез нейната законодателна власт (парламент) и изпълнителна власт (правителство). Водеща роля в правителството по отношение на здравнополитическите решения има Министерство на здравеопазването, а в парламента – Комисията по здравеопазване.

**Комисията по здравеопазване** в Народното събрание на България има статут на постоянна комисия и изпълнява следните основни функции:

- Подпомага дейността на Народното събрание в областта на здравеопазването и упражнява парламентарен контрол спрямо Министерство на здравеопазването.

- Предлага и разглежда законопроекти, декларации и обръщения, като изготвя доклади, предложения и становища по тях.

- Дава становища по очакваните последици за държавния бюджет от прилагането на бъдещ закон или решение в сферата на здравеопазването.

- Прави оценка на прилагането и ефективността на законите в здравеопазването.

- По предложение на Министъра на здравеопазването, Управителя на НЗОК или народни представители разглежда актуални проблеми на българското здравеопазване.

- Комисията по здравеопазване е инициатор и организатор на обществени дискусии, публични обсъждания и пресконференции във връзка с дейността ѝ.

**Министерският съвет** на Република България упражнява изпълнителната власт в сферата на здравеопазването чрез Министерство на здравеопазването и собствени комисии и комитети. Такива правителствени структури са:

- Комисия по цените на лекарствените продукти.



- Комисия по Позитивния лекарствен списък.
- Комисия по прозрачност.
- Централна комисия по етика.
- Национален съвет по безопасност на храните.
- Етична комисия по трансплантациите.
- Национален съвет по наркотичните вещества.
- Национален съвет по медицинска експертиза.
- Национален комитет по профилактика на СПИН и полово предавани болести.

**Министерството на здравеопазването (МЗ)** провежда държавната политика в сферата на здравеопазването, като се стреми да обслужва обществения интерес максимално ефективно и ефикасно. Структурата на МЗ се състои от дирекции и инспекторат, чиито функции се определят от устройствен правилник за работата на МЗ. Министърът на здравеопазването е централен едноличен орган на изпълнителната власт със специална компетентност и следните основни функции:

- Ръководи националната система за здравеопазване и осъществява контрол по опазване здравето на гражданите и държавния здравен контрол, спешната медицинска помощ, трансфузионната хематология, стационарната психиатрична помощ, медико-социалните грижи за деца, трансплантациите, здравната информация и развитието на здравните дейности в лечебните заведения.

- Представя в Народното събрание годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия.

- Осъществява методическо ръководство и контрол на лечебните заведения към Министерски съвет и Министерствата на отбраната, вътрешните работи, правосъдието и транспорта.

- Провежда държавната здравна и лекарствена политика.

Министърът на здравеопазването реализира нормативните си отговорности в разнообразните сектори на здравната система и общественото здраве чрез система от специализирани и консултативни органи, сред които основни са:



– *Висш медицински съвет.* Обсъжда и дава становища по приоритетите на Националната здравна стратегия, етичните проблеми на медицината, проектите за нормативни актове на Министерски съвет в областта на здравеопазването и от компетентността на Министъра на здравеопазването, годишния доклад на Министъра на здравеопазването и проектобюджета, научните приоритети в областта на медицината, годишния прием на студенти и специализанти и видовете специалности от професионалната област здравеопазване.

– *Изпълнителна агенция „Медицински одит“.* Контролира качеството на медицинските дейности в лечебните заведения и дружествата за доброволно здравно осигуряване, участва в изграждане на система за тотално управление на качеството на национално ниво, участва в законодателните инициативи за управление на качеството в медицинската помощ, доразвива изискванията на стандартите в здравеопазването и индикаторите за оценка на качеството, изгражда система и национален регистър за медицинските грешки и нежеланите сериозни инциденти в лечебните заведения, участва в национални и международни програми, насочени към подобряване на качеството и ефективността на използваните ресурси в здравеопазването.

– *Изпълнителна агенция по лекарствата.* Осъществява надзор върху качеството, безопасността и ефективността на лекарствените продукти, контролира пазара на медицинските изделия, осъществява контрол върху трансфузионната система съгласно нормативните изисквания за кръводаряването и кръвопреливането, издава разрешение за провеждане на клинични изпитвания на лекарствени продукти, осъществява контрол върху производството, вноса, съхранението, търговията на едро и дребно, клиничните изпитвания и рекламата на лекарствените продукти, извършва лабораторни анализи при съмнение за отклонение в качеството, ефективността и безопасността на медикаментите и предприема предвидените мерки, организира системата за лекарствената безопасност, издава сертификати за добра производствена практика, съгласува инвестиционните проекти за строителство на нови или преустрой-



ството на съществуващи обекти за производство на лекарствени продукти, осъществява консултантска, научна, информационна и издателска дейност в областта на лекарствения сектор, координира и участва в дейности, свързани с фармакопейни въпроси.

– *Изпълнителна агенция по трансплантация*. Координира и контролира дейностите в областта на трансплантациите, извършвани в лечебните заведения, предлага на Министъра медицински стандарти по трансплантация на органи, тъкани и клетки, както и медицински критерии за подбор на донори и реципиенти. Създава и поддържа публичен и служебен регистър, като събира, обработва, съхранява и предоставя информация във връзка с трансплантациите, организира международния обмен на органи, тъкани и клетки, разпределя осигурените за трансплантация органи и контролира разпределението на тъканите и клетките, проучва и анализира медицинските, правните, етичните, религиозните, икономическите и социалните последици от трансплантацията, участва в разработването на национални стратегии и програми, контролира дейностите по осигуряване на качество и безопасност на тъканите и клетките, представя на всеки три години доклад в Европейската комисия относно извършваните дейности по осигуряване на качество и безопасност при експертизата, вземането, обработката, преработката, етикетирането, съхраняването, присаждането, контрола и проведените инспекции.

– *Национални центрове*: по радиобиология и радиационна защита; по обществено здраве и анализи; по заразни и паразитни болести; по наркомании; по трансфузионна хематология и др.

**Регионалните здравни инспекции (РЗИ)** управляват реализацията на националната здравна политика на областно ниво. Създадени са през м. януари 2011 г. чрез обединяване на функциите и структурата на бившите Регионални центрове по здравеопазване и Регионалните инспекции по опазване и контрол на общественото здраве.

Регионалните здравни инспекции осъществяват контрол върху регистрацията и здравната дейност на лечебните заведения на територията на съответната област; контролират изпълнение-



то на медицинските стандарти и организацията за осигуряване на качеството на медицинската дейност; внедряват информационни технологии в областта на здравеопазването, събират, регистрират, обработват, съхраняват, анализират и предоставят здравна информация за нуждите на националната система за здравеопазване; планират, организират, ръководят и контролират медицинската експертиза в съответната област; организират здравните дейности при бедствия, аварии и катастрофи; извършват проверки по жалби на граждани, свързани с медицинското обслужване; координират дейностите по изпълнение на национални и регионални здравни програми; предлагат на Министъра на здравеопазването броя на местата за специализации и следдипломни квалификации; контролират спазването на здравните изисквания към обектите с обществено предназначение, продуктите, стоките и дейностите, свързани със здравето на човека и околната среда; контролират разпространението на заразните болести; отговарят за промоцията на здравето и интегрираната профилактика на болестите; извършват лабораторен контрол на факторите на жизнената среда; разработват и изпълняват регионални програми и проекти в областта на опазването на общественото здраве; извършват консултативна и експертна дейност, свързана с проектиране, строителство и реконструкция на сгради и обекти с обществено предназначение, нови технологии и съоръжения за производство на продукти, оказващи влияние върху здравето на човека и др.

В процесите на здравна политика участват също така и множество други социално-икономически субекти и организации – съсловни и синдикални организации, бизнес организации, пациентски организации, осигурители и застрахователи (НЗОК, доброволни здравноосигурителни дружества).

Основният проблем за приемането и реализацията на здравната политика е постигането на баланс на интересите на различните участници с цел формулиране на Национална здравна стратегия, съответстваща на обществените потребности за подобряване на общественото здраве. Водеща роля за постигането на баланса между различните обществени, политически, икономически и други инте-



реси се отрежда на компетентните анализи на експерти по здравна политика и здравен мениджмънт.

Основните фактори, които влияят върху здравната политика, могат да бъдат определени като съвкупна триада от неразделно свързани части – здравни потребности и приоритети на обществото, налични ограничени здравни и икономически ресурси и обществени ценности като справедливост и солидарност. Тези три фактора отразяват взаимодействието на необходимото, възможното и желаното, като допирните им точки определят територията на реалистичната здравна политика.