

ОБЩЕСТВЕНО И ЧАСТНО ПРОИЗВОДСТВО НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ

След усвояване на материала в тази глава Вие ще можете:

- Да се запознаете с въпроса за собствеността в икономическата теория ;
- Да дефинирате кога са необходими частното и общественото производство на здравна помощ;
- Да се запознаете с формите на производство на здравна помощ;
- Да се запознаете с развитието на обществения сектор в здравеопазването на България;
- Да се запознаете с развитието на частния сектор в здравеопазването на България;
- Да направите социално-икономическа оценка на новата обществено –частна система за производство на здравни услуги.

1. Въпросът за собствеността в икономическата теория

Въпросът за собствеността върху веществен и невеществен капитал, вложен в дадено производство, както и върху продукта, произведен с него е кардинален в икономическата теория. Повечето икономически школи и особено по-тясно свързаните с либералните позиции на основателя на икономическата наука -Адам Смит отстояват тезата за необходимостта от частна собственост върху средствата за производство и произведените с тях продукти като условие за ефективно производство, успешно функциониране на

пазара и за постигане на обществено благосъстояние. В основата на частната собственост като икономическо отношение стои личният интерес на собственика, който се превръща в предприемач и поема финансов риск като влага своя капитал в стопанска дейност с цел да го увеличи. Именно нарастването на частния капитал е важна гаранция за личното, социалното благосъстояние и икономически растеж на държавата и служи за не по-малко благородни обществени цели (чрез преразпределителните механизми на държавата, дарителство).

От друга страна съществуват и позициите на марксовата икономическа теория и някои нови радикални течения, според които обществената собственост е единствената прогресивна форма на собственост. Стопанската практика на бившите социалистически страни и тяхното гигантско изоставане от страните с пазарно стопанство сринаха тази теория.

В теорията за общественото благосъстояние, която е особено адекватна на произвежданите в здравеопазването блага, въпросът за собствеността се обвързва с характера на произвежданите услуги и стоки. Или по-точно според нея съществува нормативна връзка между вида на благата и начина на тяхното производство.

<p>Частното производство на здравни услуги е рационално и необходимо при: 1) чистите частни блага, характерни с: делимостта на ефекта, позволяващ изключването на гратисчии; конкурентност в производството и потреблението; липса на значими външни ефекти и</p>
--

без особена ценност за обществото (например - медицински козметични услуги, фитнес, лечение на кариес при възрастни хора);

2)**смесени публични блага**, които имат делим ефект (например - стоматологични услуги, амбулаторни здравни услуги и други), не реализират значими външни ефекти и не представляват особена ценност за обществото. Обикновено те се явяват частна алтернатива на общественото производство.

Общественото производство на здравни услуги и здравни стоки е необходимо и рационално при:

1)**чистите публични блага** (обществена профилактика и държавен санитарен контрол)

2)**смесени публични блага**, които имат делим ефект, но реализират големи външни позитивни ефекти за обществото или други потребители . За тях изключването е нежелателно поради нанасяне на загуби за обществото (минимален пакет от лечебни здравни услуги, психиатрична болнична помощ, спешна медицинска помощ, социално здравно осигуряване)

3)**ценните блага** (програми за намаляване на стерилитета, профилактика на социално-значими заболявания, програма за борба със СПИН, програма за здравословно поведение на младите).

В годините на корпоративната и акционерната собственост, борсовата търговия и възхода на мениджмънта като стопански фактор се родиха и някои **съвременни възгледи, които игнорират в голяма степен ролята на собствеността**, а издигат като по-важни фактори за икономиката - **предприемаческите и управленските умения на професионалистите, които управляват собствеността.**

Как различните икономически възгледи за собствеността повлияха върху формирането на здравната политика и реформите в страните трансформирали централизираното планово стопанство в смесена пазарна икономика?

За разлика от почти тоталната либерална ориентация към частно производство и нов мениджмънт на производствените и икономическите системи на индустриални, търговски и други потребителски блага, всички страни запазиха в голяма степен обществения характер и подкрепа (например финансова, законова, ресурсна, протекционистична) на производството или на осигуряването на здравни услуги и стоки, важни за здравето на населението. Също така се прилагат нови форми на публичен мениджмънт под въздействието на възгледа за водещата роля на управлението пред собствеността (например такъв възглед се защитава от проф. Р.Салтман, който препоръчва обществената конкуренция като удачно решение за здравеопазването). Във всички страни в преход **се разшири частния медицински сектор**, но в комбинация с обществено финансиране и други форми на обществена подкрепа като постепенно се изгражда единна обществено-частна система на здравеопазване.

2.Обществено производство на здравни услуги

В повечето развити страни общественото производство на здравни услуги изпълнява мисията на гарант на правото за здраве в общата система на здравеопазването. Неговият обхват е много голям в страните с национални здравни служби (Великобритания, Испания,

Италия, Гърция, скандинавските страни и др.) и преобладава в страните със социалноосигурителни здравни системи. В по-малка степен присъства в САЩ, Сингапур и други страни, които предпочитат частната собственост върху активите в здравеопазването.

Общественото производство на здравни услуги в развитите страни обхваща преди всичко институциите за опазване на общественото здраве (екологично здраве, социална медицина, обществена хигиена и санитарен контрол), спешната медицинска помощ, контролните органи, минимално необходими програми за медицинската наука и образование, психиатрична консултативна и болнична помощ гарантираща достъпа на групи лица в неравностойно положение.

То представлява много важен стожер и гарант за изпълнение на принципите на здравната политика, залегнали в международната стратегия “Здраве във всички политики”. Между тях могат да се изтъкнат тези **съвременни принципи на здравната политика, които изискват обществено производство на определени видове дейности :**

- **справедливост** - осигуряване на всички хора на еднакви възможности да реализират своя здравен потенциал, включително чрез подобряване условията на живот и труд и повишаване качеството на физическата и социалната среда;
- **държавна закрила на здравето** - изразява социално-защитна, нормативна , институционална , финансова, управленческа и друга подкрепа на държавните и обществените органи за спазване на правата на гражданите за здраве и здравна помощ.
- **укрепване на здравето и профилактика на болестите**- отразява приоритетността на профилактичната медицина и парадигмата за

позитивното здраве пред лечебната медицина, насочена към негативното здраве.

- **развитие на медицинската наука и образование** - държавата участва като собственик, финансов източник и регулатор в областта на медицинската наука и образование, за да контролира и гарантира качеството и обществените ползи от науката и образованието.
- **междусекторно сътрудничество** - необходимо е сътрудничество на правителствени органи от различни ведомства и равнища, което може да се осъществява и координира от публични органи;
- **международно сътрудничество** в областта на здравето и други.

Основни **форми** на общественото производство са неговите институции - здравни органи, здравни, учебни и научни заведения. Обичайният **статут** на тези структурни единици е на “публични бюджетни организации”. Съществува и практика на създаване на институти и здравни заведения - обществена собственост, работещи като публични търговски субекти. Например във Великобритания болниците са обединени в “тръстове” и имат голяма икономическа самостоятелност.

3. Обществено производство на здравни услуги в България в периода преди здравната реформа от 1999-2000 г.

3.1. Обхват на обществената система на здравеопазване

Общественото здравеопазване в България има исторически традиции още от края на миналия век, но като всеобхватна, достъпна и държавно монополизирана (до 1991г) система, то се развива законово и екстензивно след 1945г и особено след приемането на

Закона за народното здраве през 1973г. До 1999г то е форма на обществено производство на здравни услуги, финансирано главно от общите централни и местни данъчни приходи.

По закон в обществената система са се предлагали всички видове здравни услуги - публични блага (обществената профилактика), смесени публични блага (всички болнични и повечето доболнични здравни услуги) и частни блага (рехабилитация, медицински козметични услуги, зъбопротезиране и др.).

С новата Конституция на Република България (1991) и последвалите я законови изменения се запазва общественият и държавно гарантиран характер на здравното обслужване, но се въвежда обхват на достъпното здравно обслужване в публичните здравни заведения. От този обхват се изключиха типични частни блага като медицински козметични услуги, медицински и здравни услуги по желание на пациента.

3.2.Форми на обществено производство

Общественото производство на здравни дейности до 1999г в България се осъществява съгласно Закона за народното здраве (1973г ;с многобройни изменения) в две основни форми:

- **здравни органи** с управленчески и контролни функции - ХЕИ, НИЛС , ЦУ на МЗ, районни центрове по здравеопазване и други
- **публични здравни заведения и структури**, с лечебни и нелечебни функции - по смисъла на закона те се създават, преобразуват и закриват от Министерския съвет по предложение на министъра на здравеопазването за нуждите на общественото здравеопазване и представляват юридически лица на бюджетна издръжка.

Предложението се съгласува с общинския съвет, когато публичното здравно заведение обслужва предимно население на общината; съответния министър или ръководител на ведомство, когато публичното заведение обслужва работещите в отбраната, вътрешните работи и Строителни войски; ректора на висшето медицинско училище, когато в публичното здравно заведение се осъществява и учебна и научна дейност.

Съгласно закона общините трябва да създават условия за безплатно ползване на медицинско обслужване и достъпна медицинска помощ в публичните заведения; да предоставят средства за оборудване, обзавеждане, основен и текущи ремонти; да предоставят средства и условия за следдипломна квалификация на работещите в публичните здравни заведения.

Видове публични здравни заведения до 1999 г.:

1. Амбулаторно-поликлинични - селски здравни служби, самостоятелни поликлиники, стоматологични поликлиники, центрове за спешна медицинска помощ
2. Болнични заведения - от общ тип; специализирани; центрове; самостоятелни диспансери; клинични и диагностични лаборатории; болници със специални функции.
3. Здравни заведения за опазване здравето на майката и детето - домове за майката и детето; детски ясли
4. Национални центрове за опазване на общественото здраве - Национален център за обществено здраве, Национален център по здравна информация и др.
5. Санаторно-курортни и лечебно-оздравителни заведения

6. Институти - Висши медицински институти, Институт за спешна медицинска помощ "Пирогов" и др.

Източник : Закон за изменение и допълнение на Закона за народното здраве, ДВ 12, 1997

Собствеността върху имуществото на здравните заведения в обществения сектор съгласно Закона за държавната собственост (1996) и Закона за общинската собственост (1996) се подразделя на :

- **държавна публична** - за здравни заведения, задоволяващи национални потребности ;
- **общинска публична** - за здравни заведения, задоволяващи регионални и общински потребности ;
- **общинска частна** - нетипичен случай на създаване на общинска фирма "Юниордент"(градска детска стоматологична поликлиника в София).

При публичен характер на собствеността, тя не може да се използва за генериране на печалба и за стопанска дейност.

След 1990г общественият сектор на здравеопазването включва в наследство огромна здравна мрежа, многобройни и разнообразни здравни структури, прекалено голям брой висши медицински кадри (разполагаме с 345,8 лекари и 65,2 стоматолози на 100 000 души население при средни стойности за Европа - 330 и 43) и болнични легла (1061 болнични легла при средно за Европа- 717,2 легла на 100 000 души население), недостатъчно модерни технологии. При това в повечето здравни заведения липсва необходимото внимание към болния, както и елементарен уют и комфорт за пациента.

Дейността на обществените структури на здравеопазването намалява постепенно в периода на преход. Например от 1989г до

1996г броят на посещенията на един жител намалява от 7,2 на 5,9 посещения, посещенията по домовете от 0,6 на 0,4 на един жител, и при стоматолозите от 2,1 на 1,4 на един жител. Намалява и обема дейност на диспансерното наблюдение. Броят на хоспитализациите също намалява от 19,8 на 17,7 на сто души население.

3.3.Дефекти на общественото производство на здравни услуги

Редица научни и приложни разработки допринесоха за обосноваване и разкриване на основни недостатъци на общественото производство на здравни услуги, които са предимно наследени от периода на социализма, но не намериха решение или се задълбочиха в етапа на преход.

а)Хроничен недостиг на средства и декапитализация

Очевидна характеристика на обществената здравна система е **хроничният недостиг на средства** (повече по този въпрос в следващите глави) и **декапитализирането** на обществените здравни заведения. Той не е така явен в началото на периода на преход, но постепенно се стига до ситуацията, когато редица от здравните заведения не могат да функционират нормално (това са и част от причините за ограничената дейност на здравните заведения), а голяма част от материалната база е физически и морално амортизирана. Като се добави и липсата на материален стимул и достойно заплащане на персонала картината става доста мрачна. През 1996г реалната работна заплата в здравеопазването е 28,5% спрямо 1990г, а относителната работна заплата е 65% от средната за страната. През същата година реалните здравни разходи по

съпоставими цени от 1990г представляват само 35% от разходите през 1990г. Инвестициите в обществения сектор намаляха до 3,5% през последните години.

б) Неадекватност на модела “Семашко”

Ясно назря **конфликта между ограничените възможности за нормално финансиране и универсалната широкомащабна и екстензивна здравна система.** Намалява адекватността на модела “Семашко”, по който е била построена, финансирана и управлявана здравната система в социалистическия период от развитието на страната. Здравната мрежа бе изградена в страна с повече от 60 % селско население и с неразвита инфраструктура (транспорт, комуникации и пр.). Това определи нуждата от множество здравни заведения разположени в максимална близост до населението. Относително малко са и централните здравни заведения концентрирали мощна диагностична и лечебна апаратура и високоспециализиран персонал. Такъв тип здравна мрежа можеше да се управлява по централизиран начин. Днес този модел се показва неадекватен.

в) Териториално неравенство в разпределението на ресурсите

Друг важен дефект на обществената система на здравеопазване е **значителното териториално неравенство** (между здравните региони съвпадащи с границите на бивш окръг и новите области) в разпределението на здравните ресурси в общественото здравеопазване. Констатират се и много големи различия в териториалната дислокация на ресурсите на общинската здравна служба. Това се отнася за разпределението на финансовите ресурси,

за легловата база, за медицинския персонал и пр. и води до неравномерно осигуряване на здравните потребности на населението от отделните териториални единици.

г)Хоризонтална и вертикална неравномерност в разпределението на ресурсите

Сериозен дефект в общественото здравеопазване е наличието на **значителни диспропорции в хоризонталното и вертикалното разпределение на ресурси.**

Отделни здравни заведения, с едни и същи медицински функции и с приблизително еднаква мощност (измерена например в брой болнични легла) имат изключително големи различия в размера на текущите си разходи - както в абсолютен размер, така и в структура. Разликите в стойността на показателя "разход на едно болнично легло" за отделни болници например са над 200 %. Още по-големи са различията, при анализирани на разходите на един преминал болен по медицински отделения . При някои специалности те достигат 500%.

Вертикалното разпределение на ресурсите в българската обществена система на здравеопазването също не е особено рационално. То се отличава с концентриране на повече ресурси в по-скъпоструващи и по-специализирани дейности (болнична и тясноспециализирана помощ) отколкото в промоция и профилактика на здравето, в първична и доболнична помощ. Това прави системата по-неефективна от гледна точка на разходите, с които се постигат социалните и здравни цели.

д)Излишни разходи и неефективност

Съществен дефект на обществената система на здравеопазване е наличието на значителен неизползван капацитет и изразходването на **излишни постоянни разходи** за неговата поддръжка. Налице са различия в използването, а оттук и в натоварването на ресурсите на отделни заведения.

От проучванията се знае, че 55 % от леглата имат средна степен на използване 74 %. Над 90 % степен на използване имат само 1 % от всички легла, а 18 % от леглата имат над 80 % степен на използване. Средна степен на използване - около 60 %, имат 20 %, между 50 и 60 % имат 4 %, а между 40 и 50 % - 2 % от леглата .

Общо за всички общински болници стойността на издръжката на "незаети леглодни" за 1992 г. представлява 17.74 % от общия бюджет на стационарите. Или - около една пета от разходите за годишна издръжка на стационарите се изразходва за издържането на "незаети леглодни".

Политиката за редукция на болнични легла след първите акредитации е в ход, но до 1999 г. около 20% от финансовите ресурси се изразходват за неефективни и излишни структурни звена, длъжности и капацитет.

Неефективността на общественото производство на здравни услуги проличава и в показателите :**удължен болничен престой** (в България в първата половина на 90-те години е 13-14 дни и е около 2 пъти по-дълъг от този в развитите европейски страни); **нисък оборот на едно легло**; **непоказани хоспитализации и прием по социални индикации** (немалка част от приетите болни могат да се лекуват по домовете или при условията на дневен стационар) и други.

е)Икономика в сянка

С помощта на по-стари и нови емпирични доказателства се доказва наличието на **сенчести пазарни отношения** като сериозен дефект в общественото здравеопазване и на регулацията на частния сектор. Те се явяват паралелни на общественото осигуряване на здравни услуги или пък крият необявени и недеklarирани доходи в частния медицински сектор. Те възникват там, където държавната или обществената система не може да предостави необходимото качество и своевременност на търсената здравна помощ, както и достатъчно алтернативност на избора. По данни на някои експерти този вид плащания са разрастваща се язва във всички бивши социалистически страни и в условия на консервативни обществени системи на здравеопазване и ниски доходи на медицинските кадри. Например в Унгария и Румъния неформалните плащания в общественото здравеопазване обхващат от 20 до 25% от общите здравни разходи.

През 1994г Катедра “Управление на социално-културните дейности” в УНСС провежда първото специализирано проучване на черния пазар в здравеопазването на България с помощта на фондация Отворено общество (вж. Делчева Е. - 1997) .Прилага се директен микроикономически метод чрез анкета и интервю на потребители на обществени здравни услуги. Резултатите показват, че почти всеки трети потребител е въвличен в неформални (черни, паралелни) пазарни отношения , възлизащи на средна стойност от 0,37 (за преглед при лекар) до 2,8 (за операция) от минималната работна заплата за периода.

В началото на 1998г анкета на MBMD показва, че разпространението на корупцията в здравеопазването е на четвърто място според оценките на населението след митници, съдебна система и полиция и се споделя от 51% от анкетираните лица, а в началото на 1999г според проучване на “Витоша рисърч” - корупцията сред лекарите е поставена на второ място

след митниците. Тези тенденции се потвърждават и от проведено проучване от УНСС през януари 1999г (Делчева и кол. -1999). Според него 44,6% от квазирепрезентативна извадка или 54% от ползвалите обществения сектор са заплащали неформално за здравни услуги (на лекар или стоматолог) в обществения сектор. Това означава, че икономиката в сянка е заела трайно място в обществения сектор на българското здравеопазване.

ж)Намаляваща удовлетвореност на населението

Измерената **степен на удовлетвореност на потребителите от обществените здравни услуги** сравнена с предходни години **бележи тенденция към снижаване** и понастоящем **достига много ниска величина** (само 14% от респондентите са изцяло удовлетворени от обществени здравни услуги).

Според проучване на УНСС към началото на 1999г (Делчева и кол. -1999) 77% от анкетираните лица не са напълно удовлетворени от обществени здравни услуги. От тях 28% са изцяло неудовлетворени, а 49% - частично удовлетворени. Може с основание да се твърди, че неудовлетвореността от обществени здравни услуги нараства в периода след 1990г.

Причините за неудовлетвореност са свързани с дефицит на качество и ресурси и с ограниченията на свободния избор на лекар от пациента. Това означава, че функционирането на обществената здравна система не осигурява в достатъчна степен търсените и необходимите за потребителите ефикасни и технологично ефективни здравни услуги.

Тези изводи сигнализират за потребност от промяна в здравната система, която да съхрани достъпността и добрите традиции в българската

медицина, но и която да изгради естествени саморегулиращи се механизми и да стимулира осигуряването на високо качество, ефективност и внимание към пациента.

4. Частно производство на здравни услуги

4.1. Размери на частния сектор в развитите страни

Частният сектор в здравеопазването на развитите страни се явява реален носител преди всичко на неолибералните теоретични възгледи, но неговото функциониране обикновено е обект на регулиране и контрол от демократичните институции на обществото.

Мястото му във всички развити и демократични страни е съществено не толкова като дял от собствеността върху здравеопазните структури, колкото като изпълнител на обществено необходими функции. **Значителните различия в обхвата и значимостта на частния сектор в здравеопазването на различните страни са резултат на техни исторически, политически, икономически, религиозни и др. особености.**

Частната собственост заема най-значителен дял в извънболничната здравна помощ. Относителният дял на свободно и частно-практикуващите медицински специалисти, оказващи амбулаторна помощ варира от 5% в Швеция, Дания, Финландия до близо 100% в Германия, Белгия, Австрия, Холандия, Канада и др. При стоматолозите този дял е 50--70% в почти всички развити страни. Аптеките и оптиките, домовете за стари и хронично болни лица, са също една изключително развита област на частната собственост.

Мястото на частния сектор в болничната помощ е по-скромно, поради изискванията за големи инвестиции и наличието на добре оборудвани и функциониращи държавни и общински болници. Най-нисък е делът на частния болничен сектор в скандинавските страни и Канада (до 5% от болничните легла). В Германия 35% от леглата са в частни болници, работещи “не за печалба” и 15% - в частни болници, работещи “за печалба”. Във Великобритания 1/6 от болниците и по-малка част от леглата са частно притежание като почти половината от тях са на благотворителни организации с идеална цел. В САЩ, страната с най-пазарно ориентирано здравеопазване 55% от болниците (64% от леглата) за краткосрочен престой са частни, неработещи за печалба и само 14% от болниците (10% от леглата) са ориентирани към печалба .

4.2.Форми

Според **степената на разделение и коопериране на труда** се срещат три организационни **форми на частна медицинска практика** :

- **Индивидуална практика** - на самостоятелно практикуващ медицински специалист, който може да бъде подпомаган от секретарка, медицинска сестра , а в някои случаи и от помощник-лекар (лекарски, стоматологични практики, частнопрактикуващи акушерки, физиотерапевти и др.)
- **Групова практика** - обединение на частнопрактикуващи медици, упражняващи дейност със сродни или допълващи се медицински профили, споделящи професионалния риск, но запазващи своята икономическа самостоятелност (група от общопрактикуващи лекари, група от психотерапевти, група за консултативни прегледи и др.)

- **Институционална форма** - икономически самостоятелна и организационно обособена по-сложна структура във вид на здравно заведение (болница, клиника, диагностичен център, лаборатория и т.н.)

Индивидуалната и груповата практика са по-приложими в първичната и извънболничната специализирана медицинска помощ, докато болнични частни услуги се предлагат само от институционализирани здравни заведения.

Често се прави смесване между понятията **“частна медицинска практика”** и **“свободна медицинска практика”**. Частнопрактикуващият е собственик на вещественния капитал, с който работи. Той се явява инвеститор и предприемач като поема финансов риск. За разлика от него свободнопрактикуващият не е инвестирал средства в апаратура и други необходими дълготрайни активи. Той може да работи на хонорар при друг собственик на кабинет, здравно заведение и т.н., но не е истински предприемач.

Според **организационно-правния статут** на частната медицинска практика в развитите страни се срещат две форми:

- **Търговска (стопанска) организация** - частна структура, работеща със статут “за печалба”, подобно на обикновените пазарни участници, които са подложени на общото данъчно облагане на търговските фирми и чиито собственици могат да получават дял (дивиденди) от положителния финансов резултат;
- **Нетърговска (нестопанска) организация** - частна организация с идеална цел, работеща с непечеливш статут, обуславящ освобождаването от данъчно облагане на положителния финансов резултат, при условие, че той се реинвестира за целите на организацията (а не се усвоява под формата на дивиденди).

Гореизложените данни подкрепят становището, че основно място в частния медицински сектор на развитите страни заема нетърговската форма, което е една специфика за развитието на частния сектор в този отрасъл. Друга специфична черта (рядко срещана в други отрасли и особено в индустрията) е вграждането на частните структури в обществената система на здравна помощ, възлагането на обществени поръчки и съответно обществено финансиране за договорената дейност.

Причините за симбиоза между частна собственост и обществено финансиране са в значимата роля на частния здравен сектор в обществото за постигане на максимална здравна и социално-икономическа ползност от неговата дейност в условията на обща ограниченост на ресурсите.

4.3.Роля в обществото

Опитът на страните с традиции в пазарното стопанство и с добре изградени и функциониращи системи на здравеопазване показва, че частният сектор обикновено е вграден добре в общата здравеопазна система и изпълнява важни функции за общественото здравеопазване.

Функции на частния сектор в общественото здравеопазване:

- Стимулатор на иновационното развитие и конкуренцията в здравеопазването;
- Еталон за качество на медицинското обслужване ;
- Индикатор на слабите места в общественото здравеопазване;

- Повишава алтернативността на избора на пациента;
- Допълва общественото производство на здравни услуги и облекчава обществените бюджети ;
- Представява по-добрата за обществото алтернатива на черния пазар (сенчестата икономика в държавния сектор).

Същевременно много автори посочват и недостатъци на частния сектор в здравеопазването, които се отразяват неблагоприятно върху общественото благополучие. Например като такива се изтъкват : необоснованото увеличаване на количеството здравни услуги и нарастване на здравните разходи; акцент върху лечебната, а не върху превантивната медицина; ограничаване на достъпа до частна здравна помощ за някои категории лица; разкъсване на интегрираната система за здравеопазване и т.н.

Тогава коя е печелившата обществена стратегия спрямо частния сектор в здравеопазването?

От една страна, е необходимо да се стимулира и подпомага неговото развитие, за да се извлекат всички ползи за обществото. Примерни начини на обществена подкрепа могат да бъдат инвестиционни преференции, привилегировани банкови кредити, данъчни облекчения особено за работещите със статут “не за печалба”, обществени поръчки за здравни услуги и т.н. В практиката на повечето развити страни частните структури сключват договори вкл. и със социалните здравно-осигурителни фондове и оказват услуги на осигурените в тях лица.

От друга страна, за ограничаването и предотвратяването на дефектите на частния сектор е нужна добра законова уредба с рамки на частната практика, ясни правила на “играта”, гаранции за

добра медицинска практика, строг съсловен контрол върху качеството, развитие и участие на различни институции на демократичното общество в процеса на обществен избор и контрол върху тяхната дейност.

5. Развитие на частния сектор на здравни услуги в България в периода преди здравната реформа от 1999-2000 г.

5.1. Начини за формиране

Съществуват два основни начина за формиране на частния сектор на здравни услуги - чрез **частна инициатива (от долу нагоре)** и **чрез приватизация (от горе надолу)**. При първия начин частният сектор се формира стихийно съобразно инициативата на личностите, някои от които се превръщат в предприемачи (влагат капитал в ново начинание) и пазарната конюнктура. При него ролята на правителството е да създаде определени рамки и правила за пазарното функциониране на частните здравни услуги.

Приватизацията е целенасочен и обществено организиран начин за смяна на собствеността от публична държавна или публична общинска в частна. При него правителството участва най-активно : първо- при създаване на правилата за приватизация в социалната сфера; второ - при проектиране и организацията на цялостния процес; трето- при самата реализация и контрола върху последиците от нея и т.н.

Частният сектор на здравните услуги в България до края на 1999г се формира само по пътя на частната инициатива (от долу

нагоре), чиято нормативна база бе навреме подготвена и приета. С приемането на Закона за лечебните заведения се дава правото за прилагане и на втория начин (приватизация), с което частният сектор нараства значително.

5.2.Форми и регистрация до 1999 г.

Съгласно изменение в Закона за народното здраве през 1991г и последвалите го подзаконови нормативни актове се регламентира упражняването на частна медицинска практика в България в две основни форми :

- **Индивидуална** - упражняване на частна практика от правоспособни медицински специалисти в кабинети или по домовете на пациентите;

Съгласно изменения в Закона за народното здраве (окт. 1997г) се либерализираха условията за разкриването на частна медицинска практика от новодипломирани лекари и стоматолози, които нямат стаж в здравно заведение (дотогава се изискваше най-малко двегодишен трудов стаж в здравно заведение за упражняване на частна практика по обща медицина и стоматология).

Развитите в България форми на частна медицинска практика всъщност включват в себе си смес от двете изяснени вече категории “частна медицинска практика ” и “свободна медицинска практика”. По данни на НСИ само 1/3 от всички регистрирани практикуващи имат собствен кабинет и са инвестирали капитал. Следователно от гледна точка на този критерий в обхвата на частно-практикуващите се намират повече свободно-практикуващи. От гледна точка обаче на нормативната база на МЗ такава разлика не се прави. Данъчното

законодателство също не отчита този критерий, а изхожда само от организационно-правния статут на регистрираното физическо или юридическо лице.

Индивидуалната практика се разкрива при **регистрационен режим**. Регистрацията се извършва в общината, на чиято територия се установява практиката и изисква документ за правоспособност, заключение от органите на Държавния санитарен контрол (при разкриване на частен кабинет), както и удостоверение за вписване в регистъра на районната колегия на лекарите или стоматолозите. От полувисшите и средни медицински кадри частна практика могат да имат само зъботехниците. Частната практика на масажисти и кинезитерапевти остава извън обхвата на Закона за народното здраве и се подчинява само на изискванията на Търговския закон . За разлика от другите страни, в които е разрешена частната практика за акушерки, медицински сестри и други медицински кадри със средно специално образование, в България се прие дискриминационен подход спрямо тези категории медицински специалисти.

- **Институционална - здравни заведения**, които първоначално можеха да се разкриват от физически и юридически лица, но съгласно по-късно изменение в Закона за народното здраве (февруари 1997) - само от юридически лица.

За разкриване на частно здравно заведение се изисква **разрешителен режим** , т.е. открива се административна процедура за издаване на разрешение от министъра на здравеопазването след становище на Висшия медицински съвет. Частното здравно заведение трябва да се помещава в самостоятелна сграда, а за получаване на разрешение се изисква дълъг списък от документи, между които и

заклучение от органите на Държавния санитарен контрол, разрешение за ползване на помещението за тези цели, становище от Районния център за здравеопазване и др. Режимът за разкриване на частни здравни заведения се либерализира с изменението в Закона за народното здраве от окт. 1997г. по отношение на изискването за профила на дейността на юридическите лица- собственици (отхвърли се рестрикцията за единствен предмет на дейност в областта на здравните услуги).

5.3.Размери и развитие на частния сектор

а)Брой на частнопрактикуващите и частните здравни заведения

Въпреки големия ентузиазъм, който показаха медицинските специалисти за разкриване на частна практика (индивидуална форма) до 1994г (вж. табл.1), през 1995 и 1996г се забелязва спад както в темповете на изменение (табл. 2), така и в интензивния показател за частно-практикуващите (табл. 3). През 1996г равнището на частнопрактикуващите (спрямо общата съвкупност на лекарите и стоматолозите) се изравнява с това през 1993г, а през 1997 започва да се доближава до това през 1994г. Вероятните причини за тази цикличност са влошените социално-икономически условия и забавянето на закона за здравното осигуряване. Интересно е, че очакванията за този закон (който разширява пазара) през 1996г и 1997г са по-силен фактор, отколкото задържащото влияние на инфлационната вълна и финансовата дестабилизация в страната.

За 1997г 70% от стоматолозите, 27% от лекарите и около 30% от зъботехниците (80% от практиката на средните и полувисшите

медицински кадри) имат разкрита индивидуална практика. Съгласно изменения в Закона за народното здраве от февруари 1997г. се регламентира само частна практика на лекари, стоматолози и зъботехници.

Таблица 1 Брой на частно практикуващите за периода 1992-1998г.

Категория	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Лекари	4124	7445	9424	7385	7885	989	994
Стоматолози	2594	3692	4556	3362	3595	2	2
Специалисти със средно и полув. мед.обр.	572	957	1265	1169	1313	427	532
						2	4
						139	143
						9	0

Източници: Статистически справочници -1993г, 1997г, 1999 г.

Таблица 2 Динамика на частно практикуващите за периода 1992-1998г. (в %)*

Категория	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Лекари	100	181	127	78	107	125	101
Стоматолози	100	142	124	74	107	119	125
Специалисти със средно и полув. мед.обр.	100	167	133	93	112	107	102

*- всяка следваща година към предходната

Таблица 3 Частно практикуващи лекари и стоматолози на 100 души лекари и стоматолози

Категория	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Лекари	15	26	38	25	27	35	34
Стоматолози	46	64	82	61	65	82	107

По данни на МЗ към края на 1997г броят на регистрираните частни здравни заведения е 107 като 49 са от поликлиничен тип , 30 са болници и останалите 28 са лаборатории вкл. зъботехнически такива. Частните амбулаторни заведения (поликлиники и лаборатории) общо представляват около 2% от всички амбулаторни заведения, а частните болници - 10% от всички болнични заведения. Разкритите болници и стационари са с незначителен брой легла - общо 107 , които са 0,12 % от болничните легла в страната.

б) Дейност

Пространството, което заема българският сектор за частни здравни услуги не е добре дефинирано поради липса на пълна статистика за дейността на всички форми и участници на частна практика. До 1998г по-голямата част (по наша оценка най-малко 90%) от дейността на частнопрактикуващите остава в полето на сенчестия и неформален бизнес. Регистрираната амбулаторна дейност е около 96 пъти по-малка от тази на публичния сектор (всички частни посещения при и от лекарите и стоматолозите са 609 743 при 59 500 000 амбулаторни медицински и стоматологични посещения в публичния сектор). Регистрираната болнична дейност е 600 пъти по-малка от тази в публичния сектор (преминали болни през частните здравни заведения - 2592 при 1,4 млн в обществения сектор). Даже да предположим, че регистрираната дейност е 10% от цялата дейност,

отново ще се получат данни за **маргиналният размер на частния медицински сектор в българското здравеопазване.**

Развитието на частния здравен сектор до 1999г. се отличава с неравномерност по отношение на медицинския профил. Най-интензивно се развиха стоматологичните, терапевтичните (вътрешни болести), акушер-гинекологичните, офталмологичните, педиатричните и неврологични лечебни услуги, както и някои диагностични услуги като зъбни рентгенови снимки, ехография и нетрадиционната медицина в по-големите градове. Факторите, които влияят върху разрастване на пазарното предлагане в определен медицински профил включват икономическия характер на предлаганите услуги (частните блага и благата с невисоки производствени и постоянни разходи са най-предпочитани), дефицитът на качествено, внимателно и своевременно обслужване в публичните структури, цените на производствените фактори, структурата на лекарите и стоматолозите по специалности (интернистите, стоматолозите, хирурзите и педиатрите заемат първите четири места по относителен дял сред всички висши медицински кадри) и други.

По-голямата част от предлаганите по пазарен път здравни услуги се отнасят към **частните блага** (повечето стоматологични услуги, зъботехническите услуги, козметичните услуги, рехабилитационни услуги) и **смесените публични блага** (всички здравни услуги, които могат да намалят загубите от заболяемост, усложнения, хоспитализация, временна и трайна нетрудоспособност или смърт) тъй като съдържат и публични социални ефекти, които се консумират от други хора и институции. Например частните лекари имат право да издават болнични листа (по такъв начин влияят върху

социалноосигурителната система и работодателя) като реализираните негативни външни ефекти съвсем не ги интересуват. В този период станаха известни редица случаи (описани в медиите) на търговия с болнични листа.

Сред частните здравни услуги **не се срещат чисти публични блага**, които са с неделим ефект и се консумират от цялото общество. Може би една от причините е, установеният и запазеният държавен монопол върху дейността по обществената профилактика и държавния санитарен контрол.

Също така много **слабо присъстват на пазара здравни структури с високи производствени разходи** - частни рентгенови кабинети, частни мощни болници. Най-скъпоструващите дейности като болници за голяма хирургия (напр. трансплантации, сърдечни операции и т.н.), хемодиализа и други не се предлагат в частния здравен сектор.

Според мнението на потребителите липсата на търсени частни услуги не се нарежда сред първите три причини за неудовлетвореност от частния сектор. Все пак 20% от респондентите посочват този проблем, което сигнализира за луфтове в частния пазар.

5.4. Социално-икономическа оценка на частния сектор

Изследваните дефекти на частния сектор на здравни услуги до 1999г (Делчева и кол. - 1999) се разделят на две групи - **дефекти на младостта и досегашната конструкция**, които са преодолими и **естествени и потенциални дефекти**, които ще се съхранят поради икономическата природа на здравните услуги.

Към **първата група дефекти** се отнасят общата недоразвитост, неравномерност в териториалното развитие и непълнота на пазара, липса на достатъчно предприемачество и смесване между публична и частна дейност за работещите в общественения сектор, откъснатост на частния сектор от общественото здравеопазване. Тези дефекти като цяло са отстраними.

Втората група дефекти се представя от информационната асиметрия между пациент и лекар, от монополната сила на медицинското съсловие при нееластично търсене от цената и дохода и от наличието и потенциала за значително несъвършени пазарни структури от страна на предлагането - олигополи и монополистична конкуренция (повече по този въпрос в следващата глава). Като цяло те са неотстраними поради особеностите на здравните услуги.

Независимо от дефектите на детството и потенциалните проблеми частният сектор на здравни услуги разкри и някои свои **предимства пред общественото производство**. Той позволи на част от българското население да разбере какво означава внимание и качество на грижите и здравната помощ. По данни от анкетно проучване удовлетвореността от частни здравни услуги е много по-висока от удовлетвореността от обществени услуги. За съпоставка само 7% от респондентите са изцяло неудовлетворени от частни здравни услуги в сравнение с 28% тотална неудовлетвореност от обществени такива. В зоната на позитивните оценки също има голяма разлика - 31% са напълно удовлетворени от частни здравни услуги в сравнение с 14% пълна удовлетвореност от обществени здравни услуги. Очевидно е, че частният сектор предлага по-голямо качество и внимание, икономисва времето на пациента и той се чувства по-удовлетворен.

Той натрупа един значителен ресурс от съвременни медицински технологии във време, в което обществените здравни заведения се декапитализираха. Показва нагледно какво означава ефективна организация на медицинското обслужване като въведе по-масово амбулаторната хирургия и дневния стационар и съкрати 3-4 пъти средния престой на преминал болен. Илюстрира “тесните места” на обществената здравна система като запълваше луфтовете и икономисваше средства на бюджета. Ето защо независимо от маргиналният размер на частния сектор и неговата недоразвитост съчетанието на частна собственост и производство на здравни услуги (разбира се при прилагане на различни нови форми на обществена подкрепа и финансиране) е удачно и перспективно за общественото благосъстояние и за здравето на българското население.

6. Новата общественно-частна система на здравеопазване

6.1. Лечебни заведения

С приемането на Закона за лечебните заведения през 1999г. настъпиха **радикални промени в икономическата организация на здравеопазването**. Собствеността върху всички публични лечебни заведения и структури с малки изключения се трансформира от публична в държавна и общинска **частна собственост (държавни и общински предприятия)**, което позволява включването им в пазарните процеси на националната икономика, както и извършването на приватизационни сделки. Това означава, че здравеопазването навлезе в **нов етап - изграждане на смесена общественно - частна система**, която е финансирана главно от обществени източници -

социално здравно осигуряване на базисен пакет услуги и бюджетни субсидии за някои дейности и инвестиционни цели.

Съгласно цитирания закон съществуват три основни вида лечебни заведения според собствеността върху имуществото им:

- **Държавни** - когато държавата притежава повече от 50% от имуществото
- **Общински** - когато общината притежава повече от 50% от имуществото
- **Частни** - когато други физически или юридически лица притежават повече от 50%.

Всички те са **равнопоставени** независимо от собствеността и уредбата си. Според Закона за общинската собственост и Закона за държавната собственост държавните и общинските заведения могат да бъдат публични и частни.

Основните **организационни форми** на новата общественостна система на здравеопазване повтарят известните три форми на частния сектор:

- **Индивидуална практика**
- **Групова практика**
- **Институционална** - по- комплексно заведение

Лечебните заведения са организационно-обособени структури на функционален принцип, в които лекари и лекари по дентална медицина самостоятелно или с помощта на други специалисти осъществяват всички или някои от следните дейности:

1. диагностика, лечение и рехабилитация на болни;
2. наблюдение на бременни жени и оказване на родилна помощ;

3. наблюдение на хронично болни и застрашени от заболяване лица;
4. профилактика на болести и ранно откриване на заболявания;
5. мерки за опазване и укрепване на здравето;
6. трансплантация на органи, тъкани и клетки.

В лечебните заведения може да се извършва обучение на студенти и следдипломно обучение на медицински специалисти.

За разлика от предходната нормативна уредба, в Закона за лечебните заведения се приема понятието “лечебно заведение”, което се отнася за всички организационни форми.

Видове лечебни заведения според вида на дейността:

I. Заведения за извънболнична помощ

1. Амбулатории за първична извънболнична медицинска помощ

- индивидуална практика
- групова практика

2. Амбулатории за специализирана извънболнична медицинска помощ

- индивидуална практика
- групова практика
- медицински, дентален и медико-дентален център
- диагностично-консултативен център

3. Самостоятелни медико-диагностични или медико-технически лаборатории

II. Заведения за болнична помощ

1. Болници

- болница за активно лечение

- болница за долекуване и продължително лечение
- болница за рехабилитация
- болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация;

III. Други лечебни заведения

1. Центрове за спешна медицинска помощ
2. Центрове (бивши диспансери)
3. Домове за медико-социални грижи
4. Хосписи
5. Центрове за трансфузионна хематология
6. Диализни центрове
7. Тъканни банки

Източник: Закон за лечебните заведения, 1998, с изм. до 2011

Извънболничната здравна помощ се композира само от частни (приватизирани или пререгистрирани частни субекти) и общински структури - индивидуални, групови практики, диагностични, медицински и дентални центрове и лаборатории.

Видове общински частни лечебни заведения:

1. Медицински, дентални и медико-дентални центрове
2. Диагностично-консултативни центрове
3. Самостоятелни медико-диагностични или медико-технически лаборатории
4. Общински болници
5. Центрове (диспансери)
6. Хосписи

Болнична помощ се предоставя от разнообразни според формата на собственост и вида болнични заведения - от държавни заведения, общински заведения, както и от частни заведения на физически и юридически лица (с повече от 50% собственост). Повечето пререгистрирани или новорегистрирани лечебни заведения са **държавна частна** или **общинска частна собственост**. Едновременно с тях се съревновават и **частни лечебни заведения на физически и юридически лица**.

Видове държавни частни лечебни заведения:

1. Университетски болници
2. Национални болници
3. Областни и междуобластни болници

Освен лечебните заведения, които са държавна частна и общинска частна собственост, законодателят запази **публичния характер на собствеността** на редица заведения, които предоставят публични услуги за определени ведомствени или социални контингенти или дейности със значими екстернални ефекти за обществото като спешна медицинска помощ, трансфузионна хематология и стационарна психиатрична помощ.

Видове държавни публични лечебни заведения:

4. Центрове за спешна медицинска помощ
5. Центрове за трансфузионна хематология
6. Държавни психиатрични болници
7. Домове за медико-социални грижи
8. Ведомствени лечебни заведения към МО, МВР, МП, МТ и ММС

Характерът на собствеността показва и коя институция има право да разкрива определен вид лечебно заведение. Центровете за спешна помощ, Центровете за трансфузионна хематология и ведомствените лечебни заведения се създават **само от държавата** по предложение на министъра на здравеопазването или други министри и ръководители на ведомства. Болничните лечебни заведения за психиатрична помощ се създават от държавата и от други лица. Домовете за медико-социални грижи се създават от държавата, общините и други юридически лица.

Редът на създаване и регистрация е различен при индивидуалните практики и останалите форми. Също така има различия и между създаването на заведения за извънболнична и за болнична помощ, както и за държавните публични заведения. Общото в процеса на разкриване на лечебни заведения е необходимостта от включване в регистър на всяка форма по Закона за лечебните заведения в Районния център за здравеопазване (Регионална здравна инспекция) или в МЗ.

Лечебно заведение за извънболнична помощ -индивидуална практика се създава чрез :

- регистрация на правоспособния лекар / дентален лекар като **едноличен търговец** по Търговския закон ;
- регистрация по Закона за лечебните заведения в Районния център за здравеопазване (Регионална здравна инспекция от 2011 г.).

Прилага се **регистрационен административен режим** за разкриването на заведения за извънболнична медицинска помощ и

хосписи и **разрешителен режим** за болничните заведения, домовете за медико-социални грижи, центровете (бивши диспансери), диализните центрове и тъканни банки.

Лечебно заведение за извънболнична помощ - групова практика , лаборатория или център:

- се създава от физически или юридически лица, от държавата или общината чрез учредяване на **търговско дружество или кооперация**
- се регистрира в Районния център по здравеопазване (Регионална здравна инспекция от 2011 г.).

Лечебно заведение за болнична помощ:

- се създава от държавата, общината, физически или юридически лица чрез учредяване на **търговско дружество** по Търговския закон или **кооперация** по Закона за кооперациите;
- получава разрешение от министъра на здравеопазването
- се записва в регистъра на МЗ

6.2.Здравни заведения

Здравните заведения са структури на националната система за здравеопазване, в които медицински и немедицински специалисти осъществяват дейности по опазване и укрепване здравето на гражданите.

Законът за народното здраве бе определил като здравни заведения Хигиенно епидемиологичните инспекции и националните центрове за обществено здраве. Новият Закон за здравето (който замени Закона за народното здраве) дефинира като здравни заведения националните центрове за обществено здраве, както и Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК), училищните здравни и дентални кабинети, оптиките и аптеките. Хигиенно епидемиологичните инспекции се преименуваха в Регионални инспекции за опазване и контрол на общественото здраве (РИОКОЗ), а от началото на 2011 г. се обединиха с Районните центрове за здравеопазване в Регионални здравни инспекции и в Закона за здравето се третират като органи на държавния здравен контрол. Орган е и Националният център по радиобиология и радиационна защита.

Националните центрове, НЕЛК и Регионалните здравни инспекции са изцяло **държавна публична собственост**, бюджетни институции (второстепенни разпоредители с бюджетния кредит), които не работят на пазарни или квазипазарни принципи. Здравните и денталните кабинети към училищата също не са участници в пазарни отношения. Те могат да се създават в публични или частни : детски градини и училища; домове за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителска грижа към Министерството на образованието и науката; специализирани институции за предоставяне на социални услуги. Финансовите отговорности на държавата и общините за издръжка на здравните кабинети се определят със Закона за държавния бюджет.

Оптиките и аптеките са предимно **частна собственост** на физически и юридически лица. Оптиките осъществяват здравни консултации по проблеми на зрението, предприемат мерки за корекция на зрението и извършват изработка на очила и материали за очна оптика. Регистрират се в Регионалните здравни инспекции и са пазарни субекти. Аптеките са здравни заведения – пазарни субекти със статут и дейност, определени със Закона за лекарствата и аптеките в хуманната медицина.

Табл. 4. Лечебни*, здравни заведения и здравни органи по вид и легла в тях за периода 2000 - 2004 г.**

Лечебни и здравни заведения	2000 г.		2001 г.		2002 г.		2003 г.		2004 г.	
	Брой	Легла	Брой	Легла	Брой	Легла	Брой	Легла	Брой	Легла
БОЛНИЦИ	25 3	567 49	24 4	527 12	25 1	469 29	24 9	450 70	25 7	435 97
Многопрофилни болници	14 3	392 70	14 0	38 279	14 0	33 512	13 5	32 404	14 0	31 337
Специализирани болници	80	101 67	10 4	14 433	11 1	13 417	11 4	12 666	11 7	12 260
Университетски болници и нац. центрове с легла	12	420 5								
ДИСПАНСЕРИ	53	435 8	49	4 272	49	4 101	49	4 101	46	4 112
ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ – инст. форма	83 6	160	11 90	367	14 23	381	14 55	523	14 89	669

без легла										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* лечебните заведения не включват индивидуалните и груповите практики, които са представени в отделна таблица.

** здравните заведения не включват здравни кабинети, оптики, аптеки и НЕЛК.

Източник: Статистически справочник, 2001; Статистически справочник, 2005; Сб. Здравеопазване, 2001; Сб. Здравеопазване, 2004

**Табл. 5. Индивидуални и групови практики за извънболнична помощ,
сключили договор с НЗОК за периода 2000 - 2005 г.**

(брой)

Годи на	Първична извънболнична медицинска помощ			Специализирана извънболнична медицинска помощ			Дентална помощ		
	ИП	ГП	Лека ри в ГП	ИП	ГП	Лека ри в ГП	ИП	ГП	Дент ални лека ри в ГП
2000	4 184	154	961	951	7	18	5 431	32	87
2001	4 180	163	1 035	1 305	319	49	5 528	34	134
2002	4 358	173	942	1 754	38	97	5 192	35	122
2003	4 426	183	925	1 944	59	134	5 422	103	335
2004	4 445	188	919	2 139	66	196	5 463	104	383
2005	4 366	198	922	2 173	78	206	5 405	105	411

Източник: отчети за дейността на НЗОК, www.nhif.bg

Забележка : ИП - индивидуални практики; ГП - групови практики

От данните в двете таблици за видовете лечебни и здравни заведения и техният леглови капацитет проличават тенденциите на обособяване на лечебни заведения с профил на дейността само в отделните нива и дейности на вертикално интегрирания здравеопазен процес. Променя се радикално структурата и легловия капацитет на лечебните заведения за извънболнична помощ. Спрямо началото на реформата - 2000 г. има нарастване в броя на лечебните заведения за извънболнична помощ с 20%. Структурата на лечебните заведения за извънболнична помощ се отличава с преобладаващ дял (над 80%) на индивидуалните практики на общопрактикуващи лекари, общопрактикуващи дентални лекари и специалисти.

Най-голям интерес в специализираната извънболнична помощ се отбелязва към разкриване на самостоятелни медико-диагностични лаборатории (техният брой нараства 3 пъти от началото на реформата и заедно с лабораториите в състава на ДКЦ, МЦ и МСЦ е няколко пъти по-голям от лабораториите, които обслужваха амбулаторни пациенти преди 2000 г.) и медицински центрове (броят им през 2004 г. е 2 пъти по-голям от този в началото на реформата и много по-голям от броя на бившите поликлиники).

Подобно на процесите в извънболничната медицинска помощ се осъществява свиване на денталната здравна мрежа състояща се от дентални центрове (броят на денталните центрове намалява с 50% в сравнение със стоматологичните поликлиники от 1999 г), както и раздробяване и индивидуализация на преструктурираната стоматологична мрежа, която вече се състои от индивидуални и групови практики, дентални центрове и стоматолози в медико-дентални центрове. Индивидуалните практики на дентални лекари

заемат 97% от броя на лечебните заведения за извънболнична дентална помощ.

Протича ясно изразен процес на редуция на легла в болничната помощ, който обаче не е съпроводен от намаляване на броя на болниците. Броят на леглата в тях се понижава с 31% за периода 1999 - 2004 г., а броят на болниците нараства с 20%. Наблюдава се процес на специализация на здравната мрежа за болнична помощ изразен в трикратно нарастване на броя на специализираните болници. Средният размер на една многопрофилна болница се намалява от 250 легла през 1999 г. до 224 легла - през 2004 г. По-интензивното реструктуриране в сектора специализирани болници се отразява в двукратното намаляване на средния размер на специализираната болница от 212 легла (1999 г.) на 105 легла (2004 г.). Болници "гиганти" с над 1000 легла почти не се срещат в последните години на периода, докато нараства броят на малките по капацитет болници.

Единствените интегрирани лечебни структури с голямо социално значение в новореформираната система на здравеопазване остават диспансерите. Общият брой на диспансерите намалява с 22%. Броят на леглата в тях се редуцира с 6% спрямо 2000 г. и с 4% спрямо 1999 г.

Най-силно изразено реструктуриране на лечебни заведения се наблюдава в подсистемата от санаториални заведения, които от 80 през 1999 г. с 9000 легла общо достигат 2 през 2004 г. с 12 пъти по-малко легла - 740. През 2000 г. се извършва консолидация на голяма част от санаториумите, пререгистрирани като болници за рехабилитация в холдинг. Реформата създаде нов вид лечебно заведение - хоспис, което обслужва определени нужди от медико-

социална помощ, палиативни и по-продължителни грижи. Броят на разкритите хосписи нараства почти със 100% до 2002 г, след което се забелязва пререгистриране в друг вид лечебни заведения или закриване (спад с 16% спрямо 2002 г.) поради липса на обществено финансиране.

6.3.Социално-икономическа оценка

От позициите на икономическата теория на благосъстоянието нормативната и икономическата реформа в общественото здравеопазване е напълно логична и правилна стъпка. Чрез нея частните и смесените публични блага с делим ефект (лечебните и индивидуално профилактичните здравни услуги) справедливо се възлагат за производство на частни субекти или на обществено-частни субекти, но под строгия надзор на различни държавни и обществени регулативни институции. Чистите публични блага (обществената профилактика), смесените публични блага с големи външни ефекти (психиатрична болнична помощ, спешна помощ, хемотрансфузионни дейности) и особено достойните блага (медицинска наука и образование, национални здравни програми и др.) продължават да се произвеждат от държавата, но при реализиране на нов публичен мениджмънт.

Въвеждането на плуралистична обществено -частна система при задължително и доброволно здравно осигуряване и обществено финансиране позволява разкрепостяване на икономическите и организационните форми на здравно обслужване и на здравен мениджмънт, а включването на конкурентни отношения и на повече

частно предприемачество стимулират по-добри резултати - повече качество на здравното обслужване и по-добро качество на живота.

Формирането на цялостна система на здравеопазване с обществени и частни елементи би трябвало да спомогне за преодоляване на дефектите на недоразвитостта и откъснатостта на частния здравен сектор. Системата на здравеопазване трябва да стане по-гъвкава и ориентирана към потребностите на пациентите и обществото. Същевременно остават неизбежни иманентните и потенциалните дефекти на пазара на здравни услуги, които са присъщи на природата на тези икономически блага, за които ще стане дума в следващата глава. Как могат да се избегнат и ограничат и кои алтернативи предстоят за избор - това са въпросите, които ще бъдат разгледани там.

КАЗУС

Как възприемате предприемачеството в здравеопазването в аспекта на развитието на частния сектор на здравно обслужване? Съгласни ли сте с цитираната теза? Кога частната структура може да изпълнява своята обществена мисия?

Частната практика в здравеопазването е по-скоро допълнителна дейност, реализирана в извънработно време от специалисти, които са с основно работно място в държавната система (78-80% от регистрираните частно практикуващи по данни на НСИ). Около 35% от частнопрактикуващите медици

работят в кабинети по договор на територията на обществените здравни заведения, а останалите са собственици или наематели на частни кабинети и/или работят по домовете. Формата на частно-държавно съществуване облекчава пациентите, подобрява финансовата осигуреност на държавното заведение и намалява финансовия риск за частния лекар. Въпреки това този хибрид не трябва да бъде толериран, тъй като при него се размива границата между обществени и частни субекти, между парични и стокови потоци. Изискванията за ясни правила на пазара, независими и конкуриращи се производители на здравни услуги, в случая не могат да бъдат спазени. Освен това двигател на прогреса може да бъде само този частен субект, който осъществява рисковата инвестиция, каквато в случая липсва.

Из : “Пазарно проникване в здравеопазването” от М.Попов и Е.Делчева, сб. мат. от нац. конференция на УНСС, дек. 1994г

Въпроси за самоподготовка:

1. Кога е необходимо и целесъобразно общественото и частното производство на здравни услуги?
2. Как се развива общественият сектор в здравеопазването през годините ?
3. Как се развива частният сектор в здравеопазването след 1990 г.?
4. Каква е структурата на новата общественно-частна система на здравеопазване?

КЛЮЧОВИ ПОНЯТИЯ:

Частно производство на здравни услуги (private production of health services) - рационално и необходимо е при **чистите частни блага и смесените публични блага**

Обществено производство на здравни услуги (public production of health services) - необходимо и рационално е при **чистите публични блага, смесените публични блага и ценните блага.**

Здравни заведения (health establishments) - дефинирани в Закона за здравето ; структури на националната система за здравеопазване, в които медицински и немедицински специалисти осъществяват дейности по опазване и укрепване здравето на гражданите.

Лечебни заведения (health care establishments) – дефинирани в Закона за лечебните заведения ; организационно-обособени структури на функционален принцип, в които лекари и лекари по дентална медицина самостоятелно или с помощта на други специалисти осъществяват всички или някои от следните дейности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гладилов Ст., Евг. Делчева, Икономика на здравеопазването, Принцепс, 2009
2. Делчева Евг., Черният пазар в здравеопазването, в: Социо-културният пазар, Стопанство, 1996, с. 30-37
3. Делчева Е. и кол., Пазарни и непазарни дефекти в социално-културната сфера, Стопанство, 2000, 196с.
4. McGuire Al., J.Henderson, G.Mooney, The Economics of Health Care, Int. Library of Economics, London, Routledge & Kegan Paul, 1988

