ЛИБЕРАЛНА ЗДРАВНА ПОЛИТИКА И КОНСТИТУЦИОННИТЕ ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СОЦИАЛНАТА ДЪРЖАВА

М. Виткова

LIBERAL HEALTH POLICY AND SOCIAL COUNTRY CONSTITUTIONAL OBLIGATIONS

М. Vitkova

Резюме. След като пропихме достатъчно време в доказване на несъстоятелната теза, че пазарът ще реши всички проблеми на здравната система, е време отговорно да подходим към тяхното решаване. Европейският път на развитие на страната налага да се запази и развива солидарният модел на здравно осигуряване. Не бива в търсене на решения на финансовите проблеми на здравеопазването да се заиграваме с внушения, че т.н. демонополизация на НЗОК е панацея. Твърдението, че основната причина за лошото състояние на здравеопазването е недостигът на средства, е невярно. Организационният и управленски хаос в системата, разрушените връзки между отделните нейни структури са водещи. Финансовите проблеми са на втори план.

Summary. Having spent enough time in proving the inconclusive thesis that the market will solve all the problems of the healthcare system it is time to go to their solution. The European path of development of the country requires maintaining and developing the solid model of health insurance. It is not in the search for solutions to the financial problems of health care to play with the suggestions that the so-called. demonopolisation of the NHIF is a panacea. The claim that the main cause of the poor state of health is the lack of funds is false. The organizational and management chaos in the system, the broken links between its various structures are leading. Financial problems are second.

Време е да отчетем резултатите от либералните реформи и в здравеопазването, след като осезаемо усетихме горчивия вкус на плодовете им в индустрията, селското стопанство и всички други обществени сектори. Те са катастрофални както по отношение на здравните показатели, така и на ефективността на здравната система. Пазарната стихия, която превърна българското здравеопазване в аритметичен сбор от търговски субекти и всички лекари в търговци, закономерно натовари обществото с пъти повече разходи за здравеопазване, чието качество се движи пропорционално на разходите, но в обратна посока. Идеята за по-малко държава и повече пазар в здравеопазването доведе до липса на всякаква държавност в системата. Вместо развитие и усъвършенстване на здравната система в интерес на болния човек, ние постигнахме единствения резултат – разгром на общественото здравеопазване и тежко комерсиализиране на цялата система. Липсата на адекватен контрол върху разходите за здравеопазване води до генериране на ежегодни дефицити в системата, които се използват като мотив за изискване на доплащания от пациента без всякакво нормативно основание. Стотици хиляди граждани без доходи на практика са лишени от достъп до здравеопазване. Единственият им възможен контакт със системата е спешната медицинска помощ, което води до нейното претоварване с несвойствена дейност и превръщането ѝ в изкупителна жертва на сгрешената здравна реформа. Ликвидирахме поликлиниките и позволихме лекарски кабинети в гаражи и гарсонieri, и то в ХХI век. Разрушиха се всички структурни и организационни връзки в системата, което води до дезинтегриране на здравните грижи. Безконтролното и немотивирано от страна на държавата разкриване на нови болници, и то само в големите градове, освен че натоварва обществото с излишни разходи, има за последствие миграция на медицинските специалисти към тях и създаване на сериозни дефицити от кадри дори в областните градове. Като прибавим към това изтичането на медицински специалисти извън страната, скоро ще се озovem в ситуация на тежък дефицит и в количествен и в качествен аспект както на медицински сестри, така и на лекари. В здравната система липсват всякакви регламенти за какво пациентът трябва да доплаща, когато боледува, след като си е заплатил здравните вноски. Натоварихме го да плаща за избор на лекар и медицински екип, а сега – и за сестра и санитар. Поради това, че НЗОК

не заплаща всички медицински изделия при болнично лечение, се разгърна широко творчество на болничния мениджмънт да се заплащат от гражданите огромни суми при тежки заболявания, а дори и анестезии при определени манипулации. Под рубриката на „подоброу битови условия“ ползването на самостоятелна стая в болниците е на цена, по-висока от пет звезден хотел.

След като пропихме достатъчно време в доказване на несъстоятелната теза, че пазарът ще реши всички проблеми на здравеопазването, е време експерти, управляващи и опозиция отговорно да подхождат към нетърпящите отлагане проблеми на българското здравеопазване. Трябва да намерим решение на дисбалансите в приходи и разходи за здравеопазване. Структурните и управленски проблеми на системата няма да решим с безконтролното откриване на нови болници, нито с непрекъснати смени на директори в обществените лечебни заведения. Докога бедна България ще продължава да готви медицински специалисти за богата западна Европа, как да задържим младите лекари в страната. Видно това не може да стане, докато не се изработи методика за формиране на работните заплати в обществения здравен сектор, която да премахне огромните разлики в заплащането между отделните специалисти, някои от които са петцифрени суми, и не гарантираме привлекателно кариерно развитие за лекарите и специалистите по здравни грижи. Всички политически партии остро се нуждаят от надпартийна професионална дискусия по тези проблеми и от консенсусни решения за развитие на българското здравеопазване, а не от законови поправки „на парче“, които не само, че няма да решат нито един от поставените проблеми, а ще създадат нови, което обществото няма да приеме.

Финансирането на здравната система се нуждае от сериозен анализ на необходимия и възможен размер на средствата за здравеопазване. През 2014 г. средно страните от ЕС са отделили 8.2% от БВП за здравеопазване (Евростат). Германия е изразходвала 11% от БВП на страната, 3 973 евро на глава от населението, при 13% от общите разходи за сметка на пациента; Франция е изразходвала 11% от БВП, 3 582 евро на човек при 7% лично участие; Унгария – 7.2% от БВП, 757 евро на човек, 28% лично участие; Чехия – 7.6% от БВП, 1 125 евро на глава от населението, 13% лично участие; България – 8.5% от БВП, 504 евро на човек, 48% лично

участие на пациента, което представлява най-високия процент в ЕС.

Европейският път на развитие на страната налага да се запази и развива солидарния модел на здравно осигуряване. Ниският брутен продукт на страната, а не процентът от него е причина за невъзможността да се съизмерваме с европейските разходи за здравеопазване. За да се доближим до системите за финансиране в ЕС, трябва да се увеличат публичните разходи за здравеопазване и да се намалят личните разходи на гражданите, като държавата заеме своето място на равностоен участник в осигурителния процес по отношение на лицата, които тя осигурява. Тя трябва да преразгледа категориите граждани, за които е поела ангажмента да заплаща здравни вноски, да се освободи от заплащането за лица с високи доходи, за да поеме своите ангажменти към социално слабите категории граждани. Недопустимо е държавата да заплаща здравни вноски за 2/3 от населението на страната и да внася 1/3 от бюджета на НЗОК.

Всички възможни решения поставят предварително условие за актюерски разчети относно стойността на основния пакет здравни услуги. Без актюерска оценка на риска е невъзможно да се определи необходимият размер задължителна здравна вноска, но тази оценка изисква достоверни статистически данни, каквито у нас липсват. Липсват официални данни за заболяемостта на населението по обръщаемост за медицинска помощ, а болничната статистика е силно деформирана от обвързването ѝ с клиничните пътеки. Дисбалансът между обема здравни услуги в основния пакет и финансовите възможности на НЗОК за неговото осигуряване е очевиден факт. Това явление, ако не бъде коригирано с мотива за политическа целесъобразност, ще трупа само обществен негативизъм към здравното осигуряване изобщо. Поради предизвестения недостиг на средства от особена важност е да бъде засилен общественят контрол върху тяхното разходване. Бъдещето на нашата здравноосигурителна система е неясно и фокусирано единствено върху политическото управление на средствата в НЗОК.

Не бива в търсене на решения на финансовите проблеми на здравеопазването да се заиграваме с внушения, че т.н. демополизация на НЗОК е панацея. Преди да говорим по тази тема трябва добре да изучим Американския и някои Европейски модели на финансиране на здравеопазването и да си отговорим на въпроса за позитивите и негативите, които ще трябва да понесе обществото от поредния експеримент на спяло.

Опитът да се решат всички проблеми на здравната система чрез смяна на модела на финансиране от данъчен с осигурителен се оказва неуспешен. Проблемите на собствеността, на структурата, на управлението на системата на макро- и микро ниво остават нерешени. Конституционните права на българските граждани за достъпна медицинска помощ и здравно осигуряване са вменени в дълг на държавата и тя не може повече да абдикира от решаването на тези наболели проблеми. Възможните решения са много. Въпрос на политическа воля е проблемите да бъдат ясно дефинирани, да се предложат за професионален и обществен дебат възможните решения и да се поеме политическата отговорност за избора. Освен проблемите на здравното осигуряване, няколко проблема на системата трябва да получат спешен политически отговор и решения.

Няма аналог в Европа здравната система да е аритметичен сбор от търговски субекти, които в над 90% ползват обществен финансов ресурс, както и доказателства, че тази структура влияе позитивно върху организацията и качеството на здравното обслужване. Търговският статут на лечебната мрежа доведе до сериозни деформации в мисленето както на мениджмънта, така и на цялото медицинско съсловие.

Твърдението, че основната причина за лошото състояние на здравеопазването е недостигът на средства, е невярно. Основната причина е организационния и управленския хаос в системата, разрушените връзки между отделните нейни структури. Финансовите проблеми са на втори план.

Структурната реформа на здравеопазването се извършва стихийно, без ясна цел и очакван резултат. **Извънболничната помощ** е приватизирана във висока степен като дейност, а болничната помощ се развива в посока на непрекъснато разкриване на нови болници с профили към атрактивни клинични пътеки и локации само в големите градове, в отсъствие на всякаква обосновка за тяхната необходимост. Този процес води до разграждане на обществената система за сметка на частния сектор.

Констатацията от някои автори, че реформата в извънболничния сектор е приключила, изисква задълбочен анализ на резултатите. Ако целта е била да се ликвидират обществените поликлиники, тя във висока степен е постигната. На тяхно място имаме раздробена извънболнична помощ, която не може да предостави комплексна медицинска услуга, каквато е целта на промените в здравните системи в развитите страни.

Болничната медицинска помощ е в най-сложна ситуация. Основните въпроси, които чакат отговори са:

- ▶ какъв брой болнични легла ще се финансират с обществени средства, какъв ще е техният профил и географско разпределение, така че да се гарантира справедлив достъп до болнична помощ;

- ▶ как ще се финансира болничната помощ, с измислени цени на клинични пътеки, или ще потърсим обективни критерии, отразяващи реалните потребности от болнична помощ и средства;

- ▶ защо, когато населението е намаляло с около 2 милиона души, броят на хоспитализираните болни е нараснал два пъти в сравнение с периода преди смяната на модела на финансиране;

- ▶ какво очакваме от подмяната на държавните и общински болници с частни и с какво това ще повлияе върху организацията и качеството на болничната помощ;

- ▶ как ще се финансират капиталовите разходи и технологичното оборудване на болниците, за да могат те да отговарят на определени стандарти.

Свободната стопанска инициатива в болничното строителство доведе до излишно нарастване на броя болници и болнични легла. През 2001 г. в страната е имало 149 болници, през 2016 г. техният брой е 365. По брой на болнични легла, който е 713 на 100 000 население, сме над средните показатели за страните от ЕС – 521 на 100 000. Страни като Германия и Австрия са с по-голям брой болнични легла, но те имат голям брой легла за рехабилитация и когато тези легла се коригират от общия брой, тези страни остават с по-малко легла от нас. Тревожни са регионалните диспропорции в разпределението на болничните легла. По данни на НСИ, при средно за страната 713 легла/100 000 население, над този показател са: Враца – 790 легла; Габрово – 820 легла; Кюстендил – 820 легла; Ловеч – 800 легла; Пазарджик – 840; Пловдив – 920; Смолян – 930; Ст. Загора – 840; София град на този фон е само със 740 легла. Региони като Видин са с 410; Добрич – 410; Перник – 380; Разград – 480; Силистра – 440; Хасково – 470; Ямбол – 360.

Болничната помощ нормативно е достъпна за всички задължително здравноосигурени лица. Ограничения в достъпа до болнична помощ за редица случаи произтичат от изчерпани лимити на съответната болница и високите нива на доплащане за болнично лечение. Всяка болница прави своя интерпретация за възможни доплащания и на непок-

ритите от НЗОК медицински изделия. Болницата, а често и всеки лекар, определят вида, цената дори фирмата доставчик на въпросните изделия. Този порочен начин на снабдяване в болниците, освен че затруднява болните, крие в себе си високо ниво на скрита корупция. Въведеният с наредба на МЗ „избор на екип“ от право на пациента се превърна в негово задължение. Изборът на екип може да служи единствено като система за вътрешна оценка в ЛЗ на натовареността на всеки лекар при формиране на индивидуалното му трудово възнаграждение, за което не трябва да заплаща пациентът. Този критерий трябва да бъде елемент от единна методика за формиране на трудовите възнаграждения на работещите в обществената здравна система, която МЗ има задължение да изработи. С липсата на всякакъв регламент за формиране на работните заплати в обществената система се допусна разлика в месечните възнаграждения между отделните медицински специалности от трицифрени до петцифрени суми, което доведе до тежък дефицит на определени специалисти – патоанатоми, педиатри, анестезиолози и др.

За ограничаване на излишните разходи е необходимо да се централизират доставките на медикаменти, консултативни и апаратура за обществената болнична система. Провежданите обществени поръчки във всяка болница водят до високи цени, излишен труд и време за провеждането им и до дефицити, породени от процедурите по тях. Тази теза не е реминисценция от миналото, а Европейска практика на настоящето.

Структурата на всяка здравна система се определя не от пазарните, а от реалните потребности на населението от медицинска помощ. МЗ има задължение да изработи **националната здравна карта** и да я предостави на областите и общините като стандарт за преструктуриране на здравната система. Националната здравна карта трябва да се изработи с разбирането, че тя включва оптималния необходим брой специалисти и болнични легла, които ще се финансират с обществени средства. Неверен подход е преструктурирането на обществените болници да се изразява в съкращаване на легла и персонал и закриване на отделения, защото това води единствено до лишаване на населението от цели профили на медицината, но не влияе съществено на разходите, голяма част от които са постоянни (ток, вода, отопление) и като краен резултат отново ще доведе до закриване на цялата болница.

Собствениците на болниците трябва да поемат задължението за капиталовите разходи и инвестиции на база централно разработени стандарти за технологично оборудване, съобразно потребностите на населението. Държавата трябва да участва при финансиране на програми за оборудване на болниците, които ползват обществен ресурс, тъй като тя е задължена да предостави равен достъп до квалифицирана медицинска помощ. Разхищение на обществени средства е наложилата се практика всяка болница да си купува скъпоструваща апаратура, за работа с която липсват квалифицирани кадри или тя се натоварва с половината от капацитета ѝ.

Строителството на **нови болници** не може да продължава като свободна стопанска инициатива, а трябва да се допуска единствено в контекста на обективна необходимост, когато ще се финансират с обществени средства. В противен случай ще наблюдаваме свръхконцентрация на болници в големите градове и лишаване на населението от лекари и болнична помощ не само в общините, но и в някои областни градове.

Управлението на здравната система е на критично ниско ниво. Проблемите са както на макро, така и на микро равнище – лечебни заведения. Дефицитът на управленски знания и практики е виден, но не е единствената причина за неефективните решения. Твърде много политически,

лични и корпоративни интереси оказват влияние върху тези решения. Контролът на собственика – държава и общини върху излъчените от тях управляващи липсва. **Лошото управление на обществената здравна система се използва като мотив за промяна на собствеността.** Идеята за приватизация съдържа и вариант за „приватизация на дейности“. Тя вече е реализирана в редица обществени лечебни заведения, най-вече болници. Там са настанени частни скенери, ядрено-магнитни резонанси, лаборатории, държавна апаратура е отдадена под наем. Липсва всякакво логично управленско обяснение за тези действия. Нито една Западно Европейска държава не предлага решения на управленските проблеми в общественото здравеопазване чрез приватизация.

МЗ ни уверява, че е решен проблемът със специализацията на лекарите и е осигурено тяхното възнаграждение за времето на специализацията. С това решение специализиращите лекари са нежелани от своите колеги в болниците, защото те консумират от техния фонд работна заплата и в същото време нямат никакъв ангажимент нито към болницата, в която специализират, нито към българското здравеопазване. С взета специалност те са радушно приемани във всяка Европейска държава, което и правят. Кадровият проблем в здравната система е сериозна заплаха за цялото общество. Необходимият брой медицински сестри е гарантиран наполовина. Възрастовата структура на практикуващите лекари отдавна надвишава допустимите граници. За младите нито е създадена устойчива система за специализация, нито сериозна перспектива за кариерно развитие, която да ги задържи в страната.

Здравните реформи в развитите страни имат една ключова дума и тя е пациент. За съжаление в реформата на българското здравеопазване тази дума е забравена. Този подход на промени в здравеопазването неминуемо води до криза в достъпа до здравни грижи, което обезсмисля всяка реформа. С висока доза обществена отговорност и професионално неудовлетворение трябва да признаем, че **нашето здравеопазване днес е по-малко солидарна, по-малко справедлива и по-трудно достъпна система за българските граждани, в сравнение със здравеопазването преди началото на промените.** Ако този извод е верен, не трябва да възприемаме като еретична мисълта за търсене на генерални промени в здравната система на най-бедната страна в Европа.

Провежданата здравна политика в България, съпоставена с тенденциите на развитие на здравните системи в Западноевропейските страни, задължава да поставим въпроса – здравната реформа доближава ли ни до модела на здравеопазване в „държавите на благоденствието“ или следва диктата на глобалния пазар на „социални услуги“. Отговорът на този въпрос е сериозно предизвикателство пред политиките. Въпреки финансовите трудности, които изпитва целият свят, пределно ясно е, че Европа няма да се откаже от общоприетите ценности в развитието на своите системи за здравеопазване, а Америка ще добавя повече солидарност в системата си на здравно застраховане.

Основните промени в здравната система трябва да са насочени към:

1. Мерки за подобряване на организационното състояние на здравната система:

- ▶ с повишени изисквания към лечебните заведения за извънболнична помощ да се постигне целта за нейното интегриране и предоставяне на комплексно медицинско обслужване. Стимулиране на местните власти към развитие на общинските поликлиники;

- ▶ възлагане на неотложната медицинска помощ на общопрактикуващите лекари с цел тяхното обединяване в

групови практики и разтоварване от несвойствена дейност на СМП;

► кадрово и технологично укрепване на спешната медицинска помощ (СМП);

► ограничаване на строителството на нови болници, които ще ползват обществен ресурс и приважане структурата на болничната помощ към реалните потребности на населението за всеки регион и за страната като цяло;

► премахване на търговския статут на лечебните заведения, които ползват обществени средства;

► към структурата и управлението на обществените болници да се подходи отговорно и с разбирането, че те са елемент от системата за национална сигурност на страната.

2. Мерки за подобряване на финансирането на здравната система:

► увеличаване на публичните разходи за здравеопазване и намаляване дела на личното участие на пациента;

► освобождаване на държавата от задължението да заплаща здравните вноски на категории граждани с доходи и ангажирането ѝ със здравното осигуряване на лицата без доходи;

► ясно формулиране на основния пакет здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК с включване в него и на медицинските изделия на база актюерски разчети относно необходимите средства и размер на здравната вноска за неговото осигуряване;

► обективизиране на разходите по съответните КП и на база достоверни данни преразглеждане на избраната система за финансиране на болничната помощ;

► нормативно регламентиране на услугите, за които лечебните заведения, финансирани с публични средства, могат да получават доплащане от пациента или други източници и премахване на всякакви форми на нерегламентирани доплащания в тях;

► засилване на контрола върху разходите на лечебните заведения и възлагането на контрола и върху качеството на медицинската дейност на финансиращата институция;

► възстановяване на централизираното снабдяване на обществените болници с медикаменти, консумативи и апаратура с цел освобождаване на лечебните заведения от безкрайни тръжни процедури, намаляване и уеднаквяване на цените на доставките между отделните болници;

► създаване на държавен фонд, който на базата на изработени стандарти да финансира технологичното оборудване на болничните лечебни заведения, финансирани с обществени средства, с цел избягване на излишното закупуване на скъпоструваща апаратура и уеднаквяване на медицинското оборудване в зависимост от профила и категорията на болничното лечебно заведение;

► въвеждане на лична здравна карта, която да съдържа здравното досие на пациента и разходите за диагностика и лечение.

3. Мерки за кадровото осигуряване на системата и кариерно развитие на кадрите:

► изработване от МЗ на методика за формиране на работните заплати в обществената здравна система и откъсване на възнагражденията на персонала в болничната система от приходите на болницата;

► обвързване на медицинското образование по държавна поръчка за лекари и специалисти по здравни грижи с договор за работа в страната за определен период след приключване на образованието;

► улесняване на процеса на следдипломна квалификация и придобиване на специалност с държавно гарантирано месечно възнаграждение за специализантите, премахване на ограниченията в броя специализанти от страна на медицинските университети и обвързване на специализацията по държавна поръчка с последваща работа в страната;

► изработване на изисквания и оторизиране на медицински структури, които да удостоверяват владенето на определена диагностична и терапевтична методика от всеки лекар.

4. Цялостно преразглеждане на лекарствената политика в страната:

► въвеждане на единни цени на лекарствата в аптекната мрежа;

► намаляване ставката на ДДС върху лекарствата;

► насочване на реимбурсната политика на НЗОК към социално значимите заболявания, към генерични форми и договаряне от НЗОК на преференциални цени за реимбурсираните медикаменти;

► ангажиране на етичните комисии на съсловната организация на лекарите в решаване на проблема на финансовото обвързване на лекарите с фармацевтичните компании и производителите на медицински изделия и апаратура.

Проблемите на българското здравеопазване не търпят отлагане. Решаването само на един от тях не може да доведе до обществено полезен ефект. Те трябва да се разглеждат и решават като комплекс от мерки за подобряване на ефективността на здравната система. Водеща роля в изработването на експертизата на политиките в здравния сектор трябва да заемат МЗ и академичните структури в здравеопазването, а политическите партии да осигурят обществен консенсус за реализацията на онези политики, които гарантират подобряване на общественото здраве. Видно за всички е, че голяма част от проблемите не изискват финансови средства, а по-скоро социални рецептори за тяхното възприемане и политическа воля за решаването им.

Автор

Д-р М. Виткова – Здравноосигурителен фонд „Доверие“

Напоследък психотерапията все повече се приема за важен метод на лечение и приложението ѝ нараства. Ако тази тенденция продължи, можем със сигурност да кажем, че ще нараства също и обучението по психоанализа. Докато се практикува психотерапия, психоанализата ще играе важна роля и като лечение, и като източник на знания.

... Историята на един човек, която психоанализата извлича, има твърде малка прилика с литературната биография. Тя нито порицава, нито възхвалява. За разлика от биографиите и хвалебствените речи, психоанализата

малко се интересува от тези страни на живота, които са явни за всеки външен наблюдател. Нейният основен интерес е насочен към онази страна от живота, която всеки човек крие не само от другите хора, но и от самия себе си. Това са скритите сили и събития, които стоят в основата на видимите обстоятелства от живота на всеки човек, които предизвикват и оформят тези обстоятелства, наричани човешки живот.

Чарлс Бренън, „Психоанализа – основен курс“, изд. Отворено общество, 1993