

Здравеопазване и икономика (Източно-европейски гледища)

Петър Цоноу

Healthcare and Economics (East European Views)

Petar Tzonov

Настоящият материал ни връща повече от четири десетилетия назад когато Съюзът за икономическа взаимопомощ (СИВ) е на върха на своето развитие в усилията си да координира националните икономики на социалистическите страни-членки. Създаването на СИВ през 1949 г. със седалище гр. Москва става с участието на 6 страни основателки – България, Полша, Румъния, СССР, Унгария и Чехословакия. По-късно към СИВ се присъединяват Албания, ГДР, Куба и Виетнам. СИВ съществува до 1991 година. Дейността на СИВ помага за установяване на изгодни взаимоотношения между социалистическите страни. Припомняме, че тогава социалистическата система на здравеопазване по същество е безплатна и държавна. Такива са и всички масови профилактични мероприятия, т.е. грижата за здравето и жизненото равнище на населението се декларира като държавна грижа.

В СИВ се търси спазване на икономическите връзки и се правят споразумения за съгласувани действия. Периодично се правят съвещания на ниво министри и експерти, които завършват с конкретни решения и програмни документи.

На 30 юни 1976 г. в Москва се провежда 17-то съвещание на министрите по здравеопазване на социалистическите страни. От българска страна участва министър д-р Ангел Тодоров. Приема се важен документ с название „Основни направления и перспективи на развитие на социалистическото здравеопазване”. Поставят се основни политически направления и задачи. Те са свързани със създаване на единни критерии и показатели за оценка дейността на здравните заведения, изграждане на унифицирана медицинска документация и залагане на дългогодишни профилактични интервенции. Лансира се и идеята за всеобща диспансеризация в социалистическите страни. Като акцент е поставено поетапно обхващане на цялото население с диспансерно наблюдение чрез периодични профилактични прегледи, с цел откриване на начални и скрито протичащи заболявания (първи етап), със следващи лечебно-оздравителни мероприятия (втори етап).

През същата година се планира Съвещание на експертите по здравеопазване, което да даде насока за подобряване на статистическата информация и медицинската документация, създаване на единни критерии и показатели за дейността на здравните системи за страните на СИВ. Решено е Съвещанието на експертите да се проведе във Варна от 5 до 8 октомври 1976 г. Очакванията са работата на експертите да завърши с конкретни резултати, които да бъдат предоставени на министрите по здравеопазване от социалистическите страни за разглеждане и обсъждане на следващи техни работни съвещания.

Доминираща на Съвещанието във Варна е ролята на експертите от СССР. Другият авторитетен участник е делегацията на Германската демократична република (ГДР), която има по-особена роля пред останалите социалистически страни. Има се пред вид възможността ГДР да бъде сравнявана с Германската федерална

република (ГФР) и тя да представя в най-добра светлина страните от СИВ. В съвещанието на експертите по здравеопазване участват 28 експерти от страните на СИВ.

Групите са оглавявани от ръководни кадри и специалисти в системата на здравеопазването, повечето от които дори лично се познават.

Унгария: Лайош Греф – нач. отд. МЗ и Л. Шоош, Ш. Собослаи, Л. Видус, К. Балаши;

Германска демократична република: Йоханес Отто – нач. отд. в Институт по социална хигиена и Б. Шерер и В. Шнайдер от Института по социална хигиена;

Полша: Вл. Сапински от Медицинска академия и М. Мацеевич от Институт по социална хигиена;

Румъния: Петре Мурешан – директор и Ал. Павел – математик в И-та по хигиена и здравеопазване;

СССР: Г. Церковний – нач. отд. мед-статистика – МЗ, И. Овчаров и Е. Трубин от ВНИИ „Семашко”, К. Позднякова от ЦСУ;

Чехословакия: Яромир Стах, директор на Института по санитарна статистика в Прага и Вл. Плешко, директор на Института по санитарна статистика в Братислава;

България: Иван Сечанов – зам. министър МЗ ръководител, Ангел Ценов – зам. директор НИСХОЗ, проф. Ташо Паскалев – зав. катедра Социална медицина, Петко Петков и Димитър Абаджиев – зав. отдели от МЗ, Павел Кушев, Божидар Байкушев и Петър Цоноу от ГИИЦ, Лилия Захова – от ЦСУ.

Основанията за провеждането на това важно съвещание са:

- Задълбочаване на сътрудничеството между социалистическите страни чрез подобряване на статистическата информация в системата на здравеопазване;

- Единство в методологията и надеждността на информационните ни системи;

- Сравнителна оценка на здравно-демографските показатели въз основа на унифицирана медицинска документация;

Сравнително прогнозиране между здравните системи на социалистическите страни.

Г. Церковний (СССР) предлага за председател на Съвещанието д-р Ив. Сечанов – зам. министър на МЗ, и по един представител от всяка страна, който да участва в Редакционната комисия. Г. Церковний подчертава, че за три дни вероятно, няма да могат да се решат кардинално всички въпроси. Приветства българските домачини за усилията да подготвят основните доклади и представят за обсъждане показателите за унифициране и ползване в страните-членки на СИВ.

Пленарните доклади са два: „Унификация на показателите и критериите в областта на здравеопазването в социалистическите страни”, представен от д-р Ангел Ценов, и вторият за: „Създаване на единна медицинска документация в социалистическите страни”, представен от проф. Ташо Паскалев.

В доклада си „Унификация на показателите и критериите в областта на здравеопазването в социалистическите страни” д-р Ангел Ценов, зам. директор НИСХОЗ, поставя редица въпроси, свързани с управление на здравеопазването в новите условия, които изискват модерни подходи и аргументирани решения с помощта на планиране, моделиране и използване на електронно-изчислителната техника (ЕИМ). Необходим е и положителният опит и недостатъците, от които да се

учим при управление на голямата и сложна система, каквато е здравеопазването. Петгодишното планиране не ни удовлетворява. Необходими са по-дългосрочни планове, проучване опита на водещите страни и международни сравнения, въпреки географските, икономически, социални и национални различия. Ползването на такава информация е трудно при наличието на редица различия в: номенклатурата и класификацията на здравните заведения и персонала, използваните показатели и критерии и способите им за отчитане на здравните дейности. Наличието на желание и добра воля са условие, за да унифицираме най-често използваните показатели, свързани с медицинските дейности и вложените ресурси.

Д-р Ангел Ценов предлага за обсъждане два работни списъка с показатели : 1. „Списък А” - с безспорни по съдържание и начин на изчисляване показатели и 2. „Списък Б”, с показатели, по които на настоящият етап има неизяснени терминологични, национални или други различия.

Списък А – е в отделни раздели за : здравна мрежа, кабинети; амбулаторно поликлинична и болнична дейност. Залагат се показатели като: средногодишно посещение на лекаря на един жител в поликлиниката и в дома; дейност на стационара (случаи на хоспитализация, използване на легловия фонд; средна продължителност на болничния престой; оборот на леглата; относителен дял на умрелите в стационара от всички умрели в страната; леталитет сред оперираните болни) и други...

Списък Б - съдържа разнородни показатели като: абортите на 1000 жени в плодовитата възраст; мъртвородени; перинатална смъртност, неонатална смъртност, заболяемост от венерически болести; честота на случаите с временна нетрудоспособност; брой на дните нетрудоспособност на 100 работника; средна продължителност на един случай с временна нетрудоспособност; коефициент на нетрудоспособност; честота на първичната инвалидност; обезпеченост на населението с лекари по специалност; среден брой посещения в поликлиниката на една заета длъжност терапевт/педиатър и някои икономически показатели.

Отчитайки трудностите, българската делегация не внася конкретни предложения за критерии и нормативи. Спецификите присъщи за здравеопазването, като отделна подсистема на обществото, налагат да бъде заложена и извършена конкретна изследователска работа в отделни страни, както и създаване на орган, координиращ усилията на експертите от социалистическите страни.

В доклада си „Възможности и пътища за създаване на единна медицинска документация в социалистическите страни” проф. Ташо Паскалев засяга основните изисквания за създаване на подходяща информационна и материално техническа база, включваща системата от номенклатури, документи и документооборот. Въсъщност това са основополагащите, структурни елементи на информационната система на здравеопазването. Голямата им роля ги прави особено значими. СЗО и редица международни организации отдавна работят по унифицирането и стандартизирането на здравните си информационни системи с цел - съпоставимост на данните за сравнителна оценка и преодоляване на съществуващите недостатъци на медицинската документация. За решаване на проблемите на унификацията и

стандартизацията на документалните системи в здравеопазването трябва да се извърши критически анализ и оценка на сегашните документални системи и техния обмен, разработване на нови документи, създаване на условия за работа с тях, подготовка на персонала и експериментално внедряване. По въпросите на усъвършенстване на медицинската документация се работи навсякъде с оглед новите изисквания за работа с електронно изчислителната техника, но липсва координация. Необходимо е по-широко сътрудничество по създаване на информационни системи, които биха повишили престижа на социалистическото здравеопазване. Организацията на такова международно сътрудничество е трудна задача. То може да започне още тук с анализ на различията в някои основни положения, дефиниции и документи. Друго важно нещо е да се помисли за създаване на международна работна група, която да постави основните стъпки по унификацията на основни реквизити и документи, необходими при проектирането на АИС в здравеопазването.

При обсъжданията, станали след представянето на основните доклади, следва да се отбележат организационни различия в националните статистически органи и различията в организационните форми на работа в здравеопазването. Подчертава, че при еднакви, социалистически принципи на здравеопазване има различни организации, различни структури и форми на медицинските заведения и дейности. Следва да се имат предвид препоръките на СЗО и спазването им. Оценяването на медицинските дейности трябва да става със стабилни показатели като: обща смъртност, детска смъртност, майчина смъртност, смъртност по причина на смърт, видовете заболяемост по 9-та ревизия на МКБ - обща, инфекциозна и по видове болести. Трудно е да се оценяват здравните заведения в Европейския район, Сибир или републиките от Средна Азия, където има общи и специализирани болници с и без поликлиника, държавни или частни, групировки най-често по брой легла, повечето под 100 легла, но има с такива с 50 и даже 25 легла. Има съществени различия както в законовата уредба на здравеопазването и социалните грижи, така и в степента им на отговорност, възрастовите групировки, различната възраст за пенсиониране (55 или 60 г.) и групите инвалидност. Примерно възрастовите групировки за деца – до 1 год., яслена, предучилищна и училищна възраст: 1, 1-2, 3-6, 7-14, 15 години (НРБ); 1, 4, 5, 9 години (СССР) или 1, 2, 3, 6, 7, 14 години (ГДР).

Дискусии е имало за обхват на здравните системи, номенклатура и класификация на здравните заведения, нормативи и използваемост на медицинския персонал, определения за численост на населението, определения за болнично и санаториално легло, оценка на дейностите по профилактика, лечение и рехабилитация. Спор е имало и по повод липсата на достатъчно икономическите показатели. И защо ги няма? Примерно за относителния дял на изразходваните средства : първо, от бюджета на страната за здравеопазване и второ, използваните средства за здравеопазване, отнесени към националния доход на страната, демографската статистика или броя на бъдещите студенти-медици. Това не е в ръцете на здравния министър.

Дватама министри на ГДР и НРБ – д-р В. Меклингер и д-р А. Тодоров са имали договореност за обмяна на специалисти. Експертите от двете страни са обменяли опит по въпросите на амбулаторната медицинска документация и преди това съвещание. Те споделят и предлагат опита си за ползване от другите социалистически страни. С различни акценти, според

потребностите, работата продължава в следващото десетилетие. Конкретно за България се създават БДС за медицинската документация, внасят се подобрения в амбулаторното и болничното досие; създават се Автоматизирани информационни системи в областта на имунизациите, поликлиничната заболеваемост и дейност, болничната дейност, временната и трайна нетрудоспособност. Първото съвременно досие у нас „онкологичното досие“ изградено на модулна принцип е от 80-те години. Друго съвременно досие-се разработва 20 години по-късно като част от проекта „Здравно-информационни стандарти“ (2003-2004), финансиран от Световна банка и Министерство на здравеопазването с подкрепата на консултантска група от Австралийската асоциация по управление на здравна информация. И двете досиета съперничеха с модерните чужди образци, но не бяха внедрени. Вероятната причина за това беше неразбиране за ролята им и липса на достатъчно управленска воля.

Избраната тематика на съвещанието на експертите е изключително трудна. Не само поради големия си обем, но и по същество! Засягат се основни положения на здравеопазването и управлението му. Намесват се интересите и на други системи – просвета, финансиране и национална статистика. Създаването на критерии и показатели за оценка и прогнозиране дейността на

здравните заведения е сложна административна задача. Изисква се сериозна научно-приложна дейност и проява на силна политическа воля за преодоляване на административни практики и национални традиции, да се създадат условия за внедряване на единна медицинска документация за страните-членки на СИВ.

Вместо заключение, да споделя, че разглежданите въпроси от това отдавна забравено Експертно съвещание са актуални и значими за сегашната ни здравна система. С още по-пълна сила важи необходимостта от осигуряването на единство в методологията на сравнителните оценки и прогнозирането въз основа на една точна и адекватна регистрация в процеса на медицинското обслужване. Да припомним ли горчивия опит при внедряването на клиничните пътеки на НЗОК и изкривяването на болничната дейност, оценката и заплащането на видовете труд в стационара?

Накрая, трябва да бъдем благодарни за прецизната работа на стенографа-машинописец Димитър Драгостинов. Бог да го прости! Той представи в том от 200 страници интензивната работа на Експертното съвещание и допринесе да има следа за тогавашните гледища на страните от СИВ в областта на здравеопазването и икономиката.

доц. д-р Петър Цонов, дм

Снимки: д-р П. Цонов



Снимка 1. Експерти от НРБ, от ляво на дясно: проф. Т. Паскалев, Ив. Сечанов, д-р А. Ценов и П. Петков



Снимка 2. Експерти от НРБ и ГДР, от ляво надясно: проф. Т. Паскалев, Б. Шерер, П. Цонов, проф. В. Отто и В. Шнайдер