

ЗДРАВНА ПОЛИТИКА / HEALTH POLICY

ЗДРАВНА ПОЛИТИКА В КРИЗА¹

Антония Димова², Медицински университет - Варна

Резюме

Пандемията от COVID-19 повдигна важни въпроси за издръжливостта на здравните системи и за ролята на здравната политика в управлението на кризата във всичките ѝ проявления – не само здравни, но и социални и икономически. Тези въпроси са повод за насочване на вниманието към здравната политика в България от гледна точка на способностите ѝ да се справя с актуалните проблеми в здравната система през различните етапи на нейното реформиране и развитие. На базата на синтез на резултати от предходни изследвания са коментирани основни характеристики на здравната политика и здравнополитическия процес в няколко последователни кризисни момента – преди, по време на и след въвеждане на здравното осигуряване. Анализът на здравната политика в някои ключови етапи в развитието на здравната система, в които са били извършвани съществени промени в нея, или такива, в които е било необходимо да бъдат взети важни здравнополитически решения, но това не е било направено, очертава кризата в самата здравна политика. В случая това е криза на ценности, водеща до подмяна на основополагащи за здравната система принципи под натиска на случайни и често пъти външни за системата политически и икономически фактори и като резултат – неспособност на здравната политика да осигури и гарантира стабилността на системата.

Ключови думи: здравна политика, криза, анализ на здравната политика, издръжливост на здравната система

HEALTH POLICY IN CRISIS

Antoniya Dimova³, Medical University - Varna

¹ Част от материала е представена като пленарен доклад със същото заглавие на Четвъртата национална конференция „Иновации в общественото здраве“ на Българското научно дружество по общественото здраве, София, 17-18 септември 2020 г.

² Антония Димова е професор в Катедрата по икономика и управление на здравеопазването на Факултет по общественото здраве, Медицински университет – Варна. Основните ѝ научни интереси и публикации са в областта на анализите на здравната система и здравната политика, управлението на здравеопазването и управлението на качеството на здравеопазването. Проф. Димова има над 20 години опит в преподавателската и научноизследователската дейност. Участва активно в мрежата HSPM (Health System Policy Monitor) на Европейската обсерватория за здравни системи и политики.

³ Antoniya Dimova, PhD is Professor at the Department of Health Economics and Management, Faculty of Public Health, Medical University of Varna. Her main scientific interests and publications are in the field of health system and health policy analyses, healthcare management and healthcare quality management. Prof. Dimova has over 20 years of experience in teaching and research. She is actively involved in the HSPM (Health System Policy Monitor) network of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Abstract

The COVID-19 pandemic has raised important questions about health systems resilience and the role of health policy in crisis management regarding not only health but also social and economic consequences. This draws attention to the health policy in Bulgaria in terms of its ability to deal with the health system challenges during various stages of its development. Based on synthesis of the previous studies results, we comment on the main characteristics of health policy in several crucial periods of time - before, during and after the introduction of health insurance system in Bulgaria. The analysis of health policy at some key stages in the health system development, when significant changes have been made or should be made, outlines the crisis in health policy itself. In this case, it is a crisis of values, leading to replacement of some core health system principles under the pressure of random and often external political and economic factors. This results in inability of the health policy in Bulgaria to ensure health system sustainability.

Key words: health policy; crisis; health policy analyses; health system resilience.

ВЪВЕДЕНИЕ

Пандемията от COVID-19 предизвика безпрецедентна за съвременните общества здравна криза, която постави на сериозни изпитания и в риск функционирането на здравните системи на отделните страни, водейки и до съществени негативни промени в почти всички аспекти на социално-икономическия живот. Въпреки опита с предишни кризи от такъв мащаб, ясните сигнали за задаващи се нови и наличието на планове за реакция, всички държави и техните здравни системи, в една или друга степен, бяха и в действителност се оказаха неподготвени (Global Preparedness Monitoring Board, 2019; The Lancet Planetary Health, 2020). За краткия двугодишен период от началото на пандемията до настоящия момент се натрупаха значим обем изследвания, които най-вероятно ще продължат и дълго след отшумяването ѝ, относно начините, по които отделните страни и здравните им системи реагират на и се справят (или не) със кризата, проблемите, с които се сблъскват и причините за тях, резултатите от едни или други интервенции и политики. Окончателните оценки все още предстоят, но като съществен проблем за способността на здравните системи и обществата като цяло да се справят ефективно с кризата вече безспорно се очертават управлението (в по-широкия му контекст, а не само управлението на здравната система), и свързаното с него доверие, и обществените политики (Sagan A et al., 2020; Palagyi A et al., 2019; Greer S L et al, 2020; McKee M et al., 2021; Altiparmakis A et al., 2021), сред които здравната политика, провеждана не само в рамките на здравната система, но и извън нея, най-вероятно ще се окаже фактор с решаващо значение. В контекста на концепцията за “здраве във всички политики/health in all policies“ (термин използван за първи път по време на финландското председателство на Европейския съюз през 2006 г.), чиито корени в международен план могат да бъдат проследени до Декларацията от Алма-Ата на Световната здравна организация от 1978 г. (Ståhl T, 2018), отражението на пандемията върху социо-икономическия живот и необходимостта от приоритизиране на проблемите на общественото здраве извеждат на преден план ролята на здравната политика в управлението на кризата във всичките ѝ

проявления – не само здравни, но и социални и икономически. Това повдига въпроса доколко способността на дадена страна да се справи умело с една криза, с причини и последствия като тези, причинени от COVID-19, зависи от зрелостта и ефективността на провежданата в нея здравна политика. Настоящият материал не търси отговор на този въпрос; повдигнатият въпрос е само повод за насочване на вниманието към здравната политика в България от гледна точка на способностите ѝ да се справя с актуалните проблеми и предизвикателства в здравната система. Настоящият материал, без да претендира за изчерпателност, представлява коментар на здравната политика в България, чрез синтез на резултати от предходни изследвания. Анализирани са ключови характеристики на здравната политика и здравнополитическия процес в няколко последователни кризисни момента – преди въвеждане на здравното осигуряване, периода на здравна реформа с промяна на вида на здравната система, финансовата и икономическа криза от 2008-2009 г. и здравната и социално-икономическа криза, причинена от пандемията от COVID-19 през 2020-2021 г. Анализът на здравната политика и здравнополитическия процес в някои ключови етапи в развитието на здравната система, в които са били извършвани съществени промени в здравната система, отразяващи се върху нейния дизайн или функциониране или такива, в които е било необходимо да бъдат взети важни здравнополитически решения, но това не е било направено, би помогнал за идентифициране на кризите в самата здравна политика.

ПОНЯТИЕ ЗА КРИЗА И РОЛЯ НА ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА

Понятието „криза“ е дефинирано в Оксфордския речник като: (1) време на голяма опасност, затруднения или несигурност, когато проблемите трябва да бъдат решени или трябва да се вземат важни решения и (2) време, в което проблем и лоша ситуация са в своята най-остра и тежка фаза. И двата аспекта на понятието характеризират точно различни етапи от състоянието и развитието на здравната система в България от началото на нейното реформиране след 1989 г.

Възникнали и изострени проблеми, както и потребност от вземане на важни решения в здравната система, от една страна, са вътрешно присъщи на системата, свързани със здравните потребности на населението и функционирането на здравната система, а от друга – резултат от външни за нея фактори на влияние като икономически или политически кризи. Независимо от етиологията и характера на кризите, ключова роля на здравната политика е да създаде и поддържа устойчивост на здравната система, разбираана като способност на системата да се променя адекватно на здравните потребности, запазвайки стабилността си и чрез нея - способността си да функционира според очакванията. Тази способност на здравната система стои в основата на концепцията за *resilience* (англ.) - една сравнително нова концепция за характеристика на здравните системи, която в последните десетина години привлича в значима степен вниманието на здравни политици, международни организации и изследователи, особено в резултат на глобалната икономическа криза от 2008 г. и епидемиите от Зика и Ебола (Koeva & Rohova, 2020). Терминът *resilience* няма аналог в българския език, който да отразява напълно същността и съдържанието на понятието. Най-

често на български език се използва терминът *издръжливост*, характеризиращ способността на здравната система едновременно да устоява на въздействия, предизвикани от кризи и да се трансформира контролирано, така че да се адаптира в следствие на изпитаните сътресения, запазвайки способност да изпълнява функциите си (Rohova & Koeva, 2021). И в двата аспекта, издръжливостта на здравната система е цел и измерител на здравната политика. В *policy brief* на Европейската обсерватория за здравни системи и политики от 2020 г. се подчертава ролята на здравната политика в укрепването на здравните системи за постигането на тяхната устойчивост и издръжливост на кризи – цел, която е иманентно свързана с другите две здравнополитически цели за осигуряване на универсален достъп и защита на здравето на индивидите (Thomas et al., 2020: 8). В същия документ са посочени стратегии, които следва да се прилагат за осигуряване на издръжливостта на здравната система в различните фази на управление на кризите (подготовка, начало на кризата и предупреждение, въздействие на кризата и управление, възстановяване и учене). Изследователите от Европейската обсерватория за здравни системи и политики извеждат тези стратегии от научната литература по темата и опита на страните в справянето с пандемията от COVID-19 (Thomas et al., 2020: 11), систематизирайки ги в четири направления: управление, финансиране, управление на ресурсите и предоставяне на здравните услуги:

- **Управление:** 1. Ефективно и основано на участието лидерство с ясна визия и комуникации; 2. Координация на действията в рамките на правителството и между правителството и ключовите заинтересовани страни; 3. Организационна култура на обучение, която реагира на кризата; 4. Ефективна информационна система и потоци на информация; 5. Наблюдение, позволяващо навременно регистриране на шокове и тяхното влияние.
- **Финансиране:** 6. Осигуряване на достатъчен финансов ресурс в системата и гъвкавост за преразпределение му и „инжектиране“ на допълнителни средства; 7. Осигуряване на стабилността на системата за финансиране на здравеопазването чрез допълнителни механизми и ресурси за финансиране; 8. Гъвкавост при закупуването и преразпределението на средствата за посрещане на променените потребности; 9. Цялостно здравно покритие.
- **Ресурси:** 10. Достатъчност и подходящо разпределение на човешките и материалните ресурси; 11. Възможност за увеличаване на капацитета за справяне с внезапно нарастване на търсенето; 12. Мотивиран и подкрепян персонал.
- **Предоставяне на здравните услуги:** 13. Алтернативни и гъвкави подходи за предоставяне на услугите.

Тези стратегии могат да се интерпретират като изисквания към здравната политика и в този смисъл могат да се използват като отправни точки в анализ на способността на българската здравна политика да реагира и да се справя адекватно с проблемите на здравната система и

предизвикателствата, пред които тя е изправена в различни периоди или моменти от своето функциониране.

СЪСТОЯНИЕ, РАЗВИТИЕ И КРИЗИ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА В БЪЛГАРИЯ

Ако основната роля на здравната политика е да направи системата на здравеопазване устойчива и способна да отговаря на потребностите на обществото при обичайни обстоятелства или в периоди на криза, то оценката на здравната политика може да бъде извършена на базата на това, което тя постига като резултат за състоянието на здравната система.

Редица анализи и оценки на здравната система в България, извършени в различни периоди от нейното развитие разкриват симптомите на една неефективно функционираща здравна система, неспособна да постига основната си цел, свързана с подобряване на здравното състояние на населението, с проблеми, които се задълбочават през годините.

Една от двете основни причини за необходимостта от реформиране на здравната система след 1989 г. е започналата още от средата на 70-те години на 20 век трайна тенденция на влошаване на здравното състояние на населението (Попов ред., 1997 [Popov, 1997]), изразяваща се в нарастване на общата смъртност и смъртността сред лицата в активните възрастови групи, увеличаване на разликата в показателите за смъртността при градското и селското население, намаляване на средната продължителност на живота, увеличаващата се честота на умираанията от болести на органите на кръвообращението, на дихателната система, новообразувания и травми и отравяния, неблагоприятно здравно състояние на децата и учениците, неблагоприятни тенденции по отношение на някои рискови фактори и на самооценката на здравето (Koulaksazov et al., 2003; Димова, Попов и Рохова, 2007 [Dimova, Popov, Rohova, 2007]). Тези негативни тенденции продължават и в периода до реформирането на здравната система с въвеждането на здравното осигуряване, част от тях се запазват и след това. Въпреки положителните тенденции в намаляване на детската и майчината смъртност, увеличаването на продължителността на живота и на живота в добро здраве, тези показатели остават на значително по-неблагоприятно равнище от средните за ЕС, като се очертават дори и някои негативни тенденции, например на увеличаване на смъртността от онкологични заболявания и на задълбочаване на здравните неравенства и неравнопоставеността в здравеопазването (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017, 2019). Пандемията от COVID-19 води до ново съществено влошаване на някои здравни показатели, сред които намаляване на средната очаквана продължителност на живота при раждане с 1,5 години през 2020 г. в сравнение с 2019 г., значителна свръхсмъртност и коефициент на смъртност от COVID-19 до края на август 2021 г. с около 65 % по-висок от средния за всички държави от ЕС (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Проблемните със здравното състояние на населението са съпроводени от персистиращи дефицити във функционирането на здравната система, проявяващи се като симптоми за нейната неефикасност, финансова нестабилност и техническа неефективност –

характеристики, с които системата посреща кризата, предизвикана от пандемията от COVID-19. Тези характеристики на здравната система със съответните доказателства за тях са подробно описани в поредицата от анализи на здравната система на Европейската обсерватория за здравни системи и политики (Georgieva et al., 2007; Dimova et al., 2012, Dimova et al., 2018), засегнати са и в други публикации. На базата на различните анализи, извършвани през годините, основните характеристики на здравната система, които трайно присъстват в нея могат да се обобщят до следните:

- Неефективност на здравната система. Основен белег за нея са неудовлетворителните здравни резултати и задълбочаването на здравните неравенства, независимо от ръста на финансовите ресурси, които постъпват в здравната система след нейното реформиране. Въпреки значителния и устойчив ръст в здравните разходи, здравното състояние не се е подобрило съществено, а някои индикатори свидетелстват дори за влошено качество на здравеопазването. Предотвратимата с добра превенция смъртност нараства за периода 2000-2018 г. за разлика от всички останали европейски страни. Предотвратимата с добра лечебна помощ смъртност намалява с много по-бавни темпове в сравнение с източно-европейските страни. Честотата на хоспитализациите по повод овладявани в извънболничната помощ заболявания и състояния е най-голяма сред всички държави от ЕС (ефект от финансирането и проблемите в качеството и в извънболничната, и в болничната помощ)
- Техническа неефективност с превес на болничната над извънболничната помощ и висок дял на разходите за лекарства. Посещенията в извънболничната помощ на човек от населението са много под средното за ЕС. Профилактичните прегледи в първичната помощ са традиционно далече от целите, особено за населението над 18 г. и съществуват чувствителни регионални различия. Нараства броят на повикванията в спешната помощ, на неспешните амбулаторни прегледи, извършвани в центровете за спешна медицинска помощ, както и средният разход на повикване. Системата страда от регионални дисбаланси по отношение на осигуреността с медицински професионалисти, които са концентрирани в големите населени места. Достъпът до лекари се влошава още повече, особено в първичната помощ.
- Финансова нестабилност. Финансовата нестабилност е характеристика на системата от 90-те, която въвеждането на здравноосигурителната система не успя да преодолее. Системата изпитва постоянен недостиг на финансови ресурси, водещи до неспособността ѝ да осигурява здравни услуги по обем и качество, които съответстват на потребностите. Хроничното „недофинансиране“ на лечебните заведения и дългове на болниците насочват вниманието повече към въпроса за достатъчността на финансовите ресурси, отколкото към проблема за ефективността при тяхното използване.

- Слаба финансова защита на населението, за която свидетелстват относително висок дял на директните плащания и неудовлетворените здравни потребности по финансови причини и доходните неравенства, причинявайки допълнително неравенство; постоянният голям брой на хората, изключени от системата на здравното осигуряване и регресивният ефект на максималния праг за изчисляване на размера на осигурителната вноска водят до непропорционално разпределение на финансовата тежест.

В хода на развитието на здравната система след 1989 г. коментираните проблеми, свързани със здравето и състоянието на системата, периодично се отчитат и в основните здравнополитически документи - националните здравни стратегии.

ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА В ОПИТ ДА РЕШИ ПРОБЛЕМИТЕ

Анализите на здравната политика и здравнополитическия процес в различни етапи на реформиране и развитие на система, цитирани по-горе, като цяло показват по-често опити за решаване на проблемите за „излизане от кризата“, отколкото за преодоляване на причините, водещи до тях, като начин за укрепване на здравната система и повишаване на нейната устойчивост и издръжливост.

В една или друга степен всеки от етапите на реформиране и развитие на здравната система след 1989 г. до настоящия момент може да бъде определен като кризисен, от една страна поради проблемите, свързани със здравното състояние на населението, които съпътстват всеки от периодите и от друга – поради проблемите в самата здравна система, предизвикани включително и от външни за системата икономически и политически фактори. Като такива кризисни периоди могат да бъдат отличени годините от 1990 до въвеждането на здравното осигуряване през 1998-1999 г., периодът на въвеждането и изграждането на новата здравноосигурителна система от 1998 до 2001 г., на нейното развитие и утвърждаване (или по-скоро на необходимостта от развитие и утвърждаване) в следващите години, през етапа на световната икономическа криза през 2008-2009 г. до пандемията от COVID-19, започнала през 2020 г.

През всеки от тези периоди основните усилия на здравната политика са насочени към генериране на повече финансови ресурси за здравната система с цел осигуряване на нейната финансова стабилност (без обаче да постигат реални резултати в това отношение), с малко или никакво внимание към ефективността, качеството и резултатите за здравното състояние на населението, въпреки заявените здравнополитически цели в тези направления. В периода преди въвеждането на здравното осигуряване основните реформи са свързани с прехвърлянето на отговорността от държавата към общините и гражданите, чрез промяната в собствеността на здравните заведения и въвеждане на частните плащания и с реформирането на фармацевтичния сектор (докато лечебният и секторът на общественото здравеопазване изостават значително), а реформирането на системата се отъждествява с въвеждането на здравно осигуряване именно като начин за осигуряване на плурализъм във финансирането на здравеопазването. След въвеждане на здравното осигуряване основните здравнополитически

усилия са отново свързани с осигуряване на финансовата стабилност на системата и намаляване на здравнонеосигурените лица, което се възприема като ключово решение за генериране на повече финансови ресурси за системата. Намаляването на броя на здравнонеосигурените лица се преследва с три промени в Закона за здравното осигуряване (през 2004, 2010 и 2015 г.), които обаче не водят до желанния резултат, тъй като са свързани с удължаване на периода, за който хората трябва да имат платени всички дължими здравни вноски, за да запазят или възстановят правата си на здравноосигурени лица, а това води само до увеличаване на вече натрупани задължения. Увеличаването на размера на здравната осигуровка от 6 на 8 % през 2009 г. също не допринася за решаването на финансовите проблеми в системата. Публичните болници продължават системно да трупат дългове – проблем, който също така системно се решава чрез покриването им (за държавните болници) от Министерство на здравеопазването. Последващи промени, извършени в системата с цел засилване на контрола върху публичните разходи и задържане на разходите за здравеопазване като цяло, включват регулиране на цените на лекарствата (2013-2014 г.), въвеждане на лимити в броя на хоспитализациите по болници и клинични пътеки (2015 г.), както и въвеждане на стандарт за финансово управление на държавните болници (2018 г.). Механизмите за заплащане на изпълнителите на медицинска помощ, които не подкрепят ефективността остават непроменени (с малки изключения – на въвеждане на заплащане за профилактични и диспансерни прегледи в извънболничната помощ и на клинични и амбулаторни процедури в болничната помощ). Структурни и организационни промени, които да водят до съществено подобряване на дизайна и функционирането на системата след нейното реформиране през 1998-2001 г., допринасяйки за по-добри резултати за здравно състояние на населението и на здравната система, не се отчитат. Основните промени в периода на световната икономическа криза през 2008-2009 г. и малко след това (Maresso et al., 2015) отново засягат финансови въпроси: намаляване на бюджета на МЗ през 2009, 2010 и 2012 г., увеличаване на здравноосигурителната вноска от 6 на 8 % през 2009 г. и прехвърляне на средства от НЗОК към МЗ и към държавния бюджет. По време на кризата с COVID-19 отново водещи в здравнополитическите решения са съображенията относно ресурсната и финансовата осигуреност на здравната система, доминирани от политически и икономически съображения (Džakula et al., 2022).

ДИАГНОЗА НА ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА

Позовавайки се на стратегиите за осигуряване на издръжливостта на здравната система, изведени от Европейската обсерватория за здравни системи и политики през 2020 г. и на заключения от анализите на политиките и здравнополитическия процес в България след 1989 г., може да се оцени не само способността на здравната политика да се справя с проблемите и предизвикателствата, но и да се очертаят някои нейни характеристики, като основополагащи причини за наблюдаваните неуспехи.

По отношение на стратегиите в областта на управлението, здравната политика като цяло се характеризира с липсата цялостно концептуално виждане за реформиране и развитие на

системата, в резултат на което изпреварващо се реформират едни сектори на здравната система, докато други съществено изостават, извършват се еднократни, епизодични и частични промени, с липса на приемственост в провежданата здравна политика от различните правителства и министерства на здравеопазването, с изолация на заинтересованите страни и избор на приоритети, които се основават предимно на наличните ресурси и много често на политически натиск вместо на доказателства за ефективност и ефикасност на системата. В периода на въвеждането и изграждането на здравноосигурителната система (1998-2001 г.), ролята на здравната политика е да постави принципите, на които се основава новата здравна система и да осигури тяхното реализиране на практика чрез съответни здравнополитически решения и нормативна регулация. Принципите са регламентирани в Закона за здравното осигуряване от 1998 г. и, независимо от някои редакции, се запазват по същество през годините, обаче част от тях никога не са били реално спазени, а други бяха нарушавани или подменяни в хода на здравнополитическия процес, водейки до непоследователни и противоречиви мерки, които променят първоначалната посока на реформата (Dimova, 2018). В резултат, проблемите в здравната система не намират своето решение, а някои дори се задълбочават, реформите са блокирани от липсата на политическа воля за съществени промени особено при коалиционни правителства, инициативите за реформи след 2015 г. са посрещнати с резистентност и съпротива, а инициираният през 2015-2016 г. нов подход за формиране на здравната политика, основан на участие на заинтересованите страни, е блокиран от пандемията от COVID-19.

Примери за изначално нереализирани принципи на системата, които би следвало да бъдат водещи начала при формиране на здравната политика, са:

- задължителността при набирането на осигурителните вноски и солидарността - поради постоянния и значителен брой на здравнонеосигурените лица, размера на вноските, заплащани от държавата,
- договарянето на взаимоотношенията между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ - поради въведеното още от самото начало договаряне между НЗОК и съсловните организации, които не могат да представляват адекватно интересите на лечебните заведения. Реално договаряне между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ няма – страна по договора са съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина, които са представители на професионалистите, изпълняващи съответните професии, а не лечебните заведения. Индивидуалните договори между РЗОК и лечебните заведения са типови, основани изцяло на НРД и липсва реален договорен процес.
- равнопоставеността на изпълнителите на медицинска помощ при сключване на договори с НЗОК, която така и не можа да бъде постигната между публичните и частните лечебни заведения - едните не могат, а другите могат да избират дейностите, за които да сключат договор с НЗОК.

Друга част от принципите бяха нарушавани с промени в законодателството в хода на функционирането на здравноосигурителната система:

- солидарността на осигурените при ползването на набраните средства и равнопоставеността при ползването на медицинската помощ - поради вменяване на задължения на НЗОК да заплаща за медицинска помощ, оказана и на здравнонеосигурени лица, независимо от източника на средствата за тази цел, и поради съществуващите големи неравенства в достъпа до медицинска помощ,
- принципите за самоуправление на НЗОК, за публичност в дейността ѝ и за публичен контрол върху извършваните от нея разходи бяха нарушавани с промени в органите ѝ на управление през 2002 и 2009 г., в резултат, на което тя загуби в значителна степен автономността си от изпълнителната власт. Едновременно с увеличаването на осигурителната вноска от 6% на 8%, със законите за бюджета на НЗОК за 2009 и 2010 г. допълнително събраните средства от 2-процентовото увеличение (общо над 1 млрд. лева) се заприходяват като „излишък” и се отнасят към фискалния резерв на държавата, извън разпореждането на НЗОК. Със Закона за бюджета на НЗОК за 2011 г. „излишъкът” изчезва, а значителна част от парите в бюджета на НЗОК (340 млн. лева, т.е. 12,9 % от всички приходи) се прехвърлят в бюджета на Министерството на здравеопазването (ЗБНЗОК, чл.1, ал.2, ДВ бр.98 от 14.12.2010 г.). Участието на държавата, работодателите и осигурените, т.е. тези които заплащат здравните осигуровки, в управлението на НЗОК е непропорционално на финансовото им участие.

Оценката на здравната политика в България (а и в другите страни) във връзка със справянето с последната криза, предизвикана от пандемията от COVID-19 предстои. На този етап могат да бъдат посочени само някои ключови проблеми, свързани с резултатите за здравното състояние на населението, сред които високата смъртност от COVID-19, свръхсмъртността и неизпълнението на целите по ваксиниране са отчетливи за България. Детайлна оценка на политиките, водещи до едни или други резултати вероятно ще се правят с години след приключване на пандемията. Все пак две взаимосвързани характеристики на провежданата здравна политика в България по време на пандемията, като наследство от предходни периоди, могат да бъдат очертани и към настоящия момент: пренебрегването на комуникациите с гражданите и заинтересованите страни и подчиняването на здравнополитическите решения на икономически и политически, вместо приоритетно на общественоздравни интереси, които да бъдат комуникирани по адекватен начин с широката общественост. Такива рискове съществуват винаги, когато здравната политика страда от дефицит на ценности, принципи и способност да ги отстоява.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здравна политика, която подменя основополагащи за системата принципи под натиска на случайни и често пъти външни за системата политически и икономически фактори, не може

да осигури стабилност във функционирането на здравната система. Това особено проличава в моменти на криза и в неструктурирани проблемни ситуации, характеризиращи се с липса на научни знания, опит и - в резултат на това – непредвидимост (например, пандемията от COVID-19), в които единствено общосподелените ценности и фундаменталните принципи на здравната система могат да служат като отправни точки за адекватни здравнополитически решения. Всъщност неспособността на здравната политика да осигури и гарантира стабилността на системата, нахърнявайки и подменяйки принципите, на които е изградена тя, е криза само по себе си. В случая това е кризата на ценностите.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Altiparmakis A, Bojar A, Brouard S, Foucault M, Kriesi H, Nadeau R .Pandemic politics: policy evaluations of government responses to COVID-19. *West European Politics*, 2021. 44:5-6, 1159-1179, DOI: 10.1080/01402382.2021.1930754
- Dimova A, Rohova M, Koeva S, Atanasova E, Koeva-Dimitrova L, Kostadinova T, Spranger A. (2018). Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 20(4): 1–256.
- Dimova A. (2018) Health System Financing in Bulgaria. Varna Medical University Press, ISBN 978-619-221-178-3
- Dimova A., Rohova M., Moutafova E., Atanasova E., Koeva S., Panteli D., van Ginneken E. (2012). Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition* 2012; 14(3): pp. 1–186
- Džakula A., Banadinović M., Lovrenčić I., Vajagić M., Dimova A., Rohova M., Minev M., Scintee S. G., Vladescu C., Farcasanu D., Robinson S., Spranger A., Sagan A., Rechel B. (2022) A comparison of health system responses to COVID-19 in Bulgaria, Croatia and Romania in 2020, *Health Policy*, 2022, ISSN 0168-8510, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.02.003>.
- Georgieva L, Salchev P, Dimitrova S, Dimova A, Avdeeva O. (2007). Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2007; 9(1): 1–156.
- Global Preparedness Monitoring Board. A world at risk: annual report on global preparedness for health emergencies. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Greer S L., King E J., da Fonseca E M, Peralta-Santos A. The comparative politics of COVID-19: The need to understand government responses. *Global Public Health*, 2020, 15:9, 1413-1416, DOI: 10.1080/17441692.2020.1783340
- Koeva S, Rohova M. Health System Resilience: Concept Development, *Journal of IMAB - Annual Proceeding (Scientific Papers)*. 2020 Jul-Sep;26(3)
- Koulaksazov S. et al. in Tragakes, E. ed. (2003) Health care systems in transition: Bulgaria. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 5(2)
- Maresso, A., Mladovsky, P., Thomson, S., Sagan, A., Karanikolos, M., Richardson, E., ... & World Health Organization. (2015). Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience.
- McKee M, Gugushvili A, Koltai J, Stuckler D. Are Populist Leaders Creating the Conditions for the spread of COVID-19? Comment on “A scoping review of populist radical right parties’ influence on welfare policy and its implications for population health in Europe.” *Int J Health Policy Manag.* 2021;10(8):511–515. doi:10.34172/ijhpm.2020.124

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), България: Здравен профил за страната 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285071-bg>

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), България: Здравен профил на страната 2019 г., State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), България: Здравен профил на страната 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Palagyi A, Marais B J, Abimbola S, Topp S M, McBryde E S, Negin J. Health system preparedness for emerging infectious diseases: A synthesis of the literature. *Global Public Health*, 2019, 14:12, 1847-1868, DOI: 10.1080/17441692.2019.1614645

Rohova M, Koeva S. The Resilience Approach to Health System Performance: What is it and why it Matters, *Izvestia Journal of the Union of Scientists – Varna, Economic Sciences Series*, Vol.10, No1, 2021.

Sagan A, Thomas S, McKee M, Karanikolos M, Azzopardi-Muscat N, de la Mata I, Figueras J. COVID-19 and Health Systems Resilience: Lessons Going Forwards. *Eurohealth* 2020; 26(2).

Ståhl T. Health in All Policies: From rhetoric to implementation and evaluation—the Finnish experience. *Scand. J. Public Health*. 2018;46:38–46. doi: 10.1177/1403494817743895.

The Lancet Planetary Health. Walking forwards, looking backwards. *The Lancet Planetary Health* 2020;4(9):e371.

The Lancet Planetary Health. Walking forwards, looking backwards. *The Lancet Planetary Health* 2020;4(9):e371. [https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(20\)30206-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(20)30206-0/fulltext) <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2542-5196%2820%2930206-0>

Thomas S, Sagan A, Larkin J, Cylus J, Figueras J, Karanikolos M. POLICY BRIEF 36: Strengthening health systems resilience. Key concepts and strategies. World Health Organization, the European Observatory on Health Systems and Policies, 2020. Web ISSN 1997-8073. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332441/Policy-brief%2036-1997-8073-eng.pdf>

Димова, А., Попов М., Рохова М. (2007) Здравната реформа в България: Анализ. Институт Отворено общество, София [Dimova, A., Popov M., Rohova M. (2007) Zdravnata reforma v Bulgaria: Analiz. Institut Otvoreno obshtestvo, Sofia].

Попов, М. (2008) Въведение в здравната политика, Академично издателство „Ценов“, Свищов [Popov, M. (2008) Vavedenie v zdravnata politika, Akademichno izdatelstvo „Tsenov“, Svishtov].

Попов, М. ред. (1997) Здравната реформа в България. Част първа, Македония прес, София [Popov, M. red. (1997) Zdravnata reforma v Bulgaria. Chast parva, Makedonia pres, Sofia].