

ИКОНОМИКА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО / ECONOMICS OF HEALTHCARE

ИКОНОМИЗАЦИЯ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО - НЕОБХОДИМИЯ БАЛАНС МЕЖДУ ПАЗАРНИ ОТНОШЕНИЯ И ДЪРЖАВНА РЕГУЛАЦИЯ

Тихомира Златанова¹, Цветелина Петрова-Готова², Румяна Янева³, Николай
Попов,⁴ Медицински университет - София

Резюме

Преходът към пазарна икономика у нас постави силен отпечатък върху развитието на здравеопазването и условията, в които то функционира. В статията са представени трите основни направления на промените в здравната система: формирането на пазарни отношения, структурните промени и промените в управлението. Здравеопазването е разгледано не само като разход, но и като инвестиции, натрупване на ресурси, създаване на работни места и т.н., което го определя като важен икономически фактор за развитието на регионите и обществото. Анализирани са основните разлики при системата на бюджетното финансиране и системата на здравното осигуряване. Независимо от вида и

¹ Тихомира Златанова, професор в катедра „Икономика на здравеопазването“ към Факултет по обществено здраве „Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Медицински университет – София. Магистър по медицина, втора магистратура по „Обществено здраве и здравен мениджмънт“, доктор по научната специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“. Има придобити специалности по „Икономика на здравеопазването“, „Социална медицина“, „Обща медицина“. Председател на държавната изпитна комисия за специалност „Икономика на здравеопазването“. Председател на Националното сдружение по здравна политика и мениджмънт. Заместник ректор по учебната дейност на МУ-София 2017-2020, Ръководител катедра „Икономика на здравеопазването“ 2013-2021.

² Цветелина Петрова-Готова, професор в катедра „Икономика на здравеопазването“ към Факултет по обществено здраве „Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Медицински университет – София. Магистър по „Международни икономически отношения“ от УНСС, втора магистратура „Обществено здраве и здравен мениджмънт“ от МУ-София, доктор по научната специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“. Има придобита специалност „Икономика на здравеопазването“. Член на държавната изпитна комисия за специалност „Икономика на здравеопазването“. Заместник председател на Общото събрание на ФОЗ.

³ Румяна Янева, доцент в катедра „Икономика на здравеопазването“ към Факултет по обществено здраве „Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Медицински университет – София. Възпитаник на МУ-София. Магистър по „Обществено здраве и здравен мениджмънт“, доктор по научната специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“. Има придобита специалност „Икономика на здравеопазването“. Член на държавната изпитна комисия за специалност „Икономика на здравеопазването“.

⁴ Николай Попов, професор в катедра „Икономика на здравеопазването“ към Факултет по обществено здраве „Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Медицински университет – София. Магистър по „Горско стопанство“ от Лесотехнически университет - София, втора магистратура „Обществено здраве и здравен мениджмънт“ от МУ-София, доктор по научната специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“. Има придобити специалности „Икономика на здравеопазването“ и „Медицинска информатика и здравен мениджмънт“. Председател на държавната изпитна комисия за специалност „Медицинска информатика и здравен мениджмънт“. Член на държавната изпитна комисия за специалност „Икономика на здравеопазването“. Ръководител катедра „Икономика на здравеопазването“.

начина на финансиране на здравеопазването стигаме до извода, че на здравето на населението трябва да се гледа не като на съпътстващ продукт на благоденствието, а като на инвестиция в бъдещ икономически растеж.

Ключови думи: пазар, здравеопазване, финансиране, инвестиции, здраве

ECONOMIZING HEALTHCARE - THE NECESSARY BALANCE BETWEEN MARKET RELATIONS AND GOVERNMENT REGULATION

Tihomira Zlatanova⁵, Tsvetelina Petrova-Gotova⁶, Romyana Yaneva⁷, Nikolay Popov⁸,
Medical University - Sofia

Abstract

The transition to a market economy in our country has left a strong mark on the development of healthcare and the conditions under which it operates. In this article the three cardinal tracks of the changes in the healthcare system - the forming of market relations, structural changes, and changes in management – are presented. Healthcare is considered not only in terms of cost, but also in terms of investment, building up resources, job creation, etc. This defines it as an important economic factor in the development of the country's regions and society. The primary differences between the funding system and the health insurance system are analyzed. Independently from the type and manner of funding healthcare, we reach the conclusion that the health of the population shouldn't be treated as a byproduct of prosperity, but as an investment in future economic growth.

Key words: market, healthcare, finance, investment, health

⁵ Tihomira Zlatanova, Professor at the Department of Health Economics at the Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD", Medical University - Sofia. Master of Medicine, second master's degree in Public Health and Health Management, Doctor of Science in Social Medicine and Organization of Healthcare and Pharmacy. He has acquired specialties in "Health Economics", "Social Medicine", "General Medicine". Chairman of the State Examination Commission for the specialty "Health Economics". Chairman of the National Association for Health Policy and Management. Vice Rector for Academic Affairs of MU-Sofia 2017-2020, Head of the Department of Health Economics 2013-2021.

⁶ Tsvetelina Petrova-Gotova, Professor at the Department of Health Economics at the Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, Dsc ", Medical University - Sofia. Master's degree in International Economic Relations from the University of National and World Economy, second master's degree in Public Health and Health Management from the Medical University of Sofia, PhD in Social Medicine and Organization of Healthcare and Pharmacy. She has acquired in "Health Economics". Member of the State Examination Commission for the specialty "Health Economics". Deputy Chairman of the General Assembly of the Faculty of Public Health.

⁷ Romyana Yaneva, Associate Professor in the Department of Health Economics at the Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, Dsc", Medical University - Sofia. A graduate of MU-Sofia. Master's degree in Public Health and Health Management, PhD in Social Medicine and Organization of Healthcare and Pharmacy. She has acquired a specialty in "Health Economics". Member of the State Examination Commission for the specialty "Health Economics".

⁸ Nikolay Popov, Professor at the Department of Health Economics at the Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, Dsc", Medical University - Sofia. Master's degree in "Forestry" from the University of Forestry - Sofia, second master's degree in "Public Health and Health Management" from MU-Sofia, PhD in Social Medicine and organization of health and pharmacy '. He has acquired the specialties "Health Economics" and "Medical Informatics and Health Management". Chairman of the State Examination Commission for the specialty "Medical Informatics and Health Management" Member of the State Examination Commission for the specialty "Health Economics". Head of the Department of Health Economics.

ВЪВЕДЕНИЕ

Радикалните политически и икономически промени от началото на 90-те години, които се извършиха в страните от Централна и Източна Европа, имаха за цел да осигурят преход към демокрация и пазарна икономика и да утвърдят нови обществени ценности и отношения.

Преходът към пазарна икономика у нас постави силен отпечатък върху развитието на здравеопазването и условията, в които то функционира.

Здравната система е нито изцяло икономическа, нито изцяло социална система. Повечето лечебни и превантивни здравни услуги се разбират на първо място като социално благо и осигуряването му за всеки индивид е фундаментална полза за обществото под формата на по-висок жизнен стандарт и по-голямо социално сближаване. Това предопределя концептуалното разбиране за характера на здравните услуги, които не се схващат като нормални пазарни стоки и продукти, предоставени с цел получаването на печалба.

През последните години се наблюдава трайна тенденция за комерсиализиране и меркантилизиране на процесите на оказване на медицинска помощ в световен мащаб. Неотчитането на тези обективни процеси, липсата на адекватни анализи и оценки на генезиса и последиците от тях имат като следствие възникването на редица проблеми, които рефлектират върху удовлетвореността на пациентите и качеството на здравните грижи (Министерство на финансите: 35).

ПРОМЕНИ В ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

Преходът към пазарна икономика у нас постави силен отпечатък върху развитието на здравеопазването и условията, в които то функционира.

Промените в здравната система се осъществяват и ще продължат да се осъществяват в три направления, които са взаимно свързани (Иванов, Големанова, 2005):

1. **Икономически промени**, при които се формират **пазарни отношения** на базата на автономността на три пазарни субекта: “потребител” на здравни услуги /граждани, пациенти/, “производител” на здравни услуги /лекар, здравно заведение/ и “посредник” /купува здравните услуги от производителя и ги предоставя на потребителя при определен финансов режим/. Отношенията между автономните пазарни субекти се уреждат на основата на договори, регламентирани от Закона за здравното осигуряване и в съответствие със Закона за задълженията и договорите. Отношенията между автономните пазарни субекти в здравеопазването включват и възможността за определяне и регулиране на цените на здравните услуги, както и възможността за развитие на конкуренция между производителите на здравни услуги. Конкуренцията е най-мощния пазарен фактор и стимул за развитие и винаги е в интерес на потребителя.

2. **Структурни промени** – предназначени да осигурят структурата на здравната мрежа, която да съответства на потребностите на гражданите, създадените икономически отношения и наличните ресурси на здравеопазването.

Основно значение тук има промяната в структурата на собствеността. Необходимо условие за балансирането и устойчивото развитие на здравеопазването е премахването на монопола на публичната собственост на здравни услуги /държавна и общинска/ и равнопоставеното участие в здравната система на частната собственост.

3. **Промени в управлението** – основната тенденция е – децентрализацията и деконцентрацията, т.е. засилване правомощията на по-ниските управленски равнища. Регулирането на процесите в здравеопазването до голяма степен се извършва чрез пазарните механизми и икономическото управление, които изместват администрирането. При тяхното развитие съществено значение има прилагането на договорните отношения между изпълнителите на медицински услуги и финансиращите органи. Маркетизирането на здравеопазването чрез създаване на нормативно регулиран пазар и вътрешна конкуренция е от значение за повишаване на качеството на медицинската помощ.

Независимо от проблемите, здравеопазването продължава да бъде един от растящите сектори на икономиката в България. Именно в здравните услуги се срещат най-високите технологии, най-новите научни изобретения, най-добрите умения на лекари, медицински екипи, фармацевти и специалисти. България може да разчита на здравния сектор като на значим двигател на икономиката, доказателство, за което са многобройните примери за успешни инвестиции в здравния сектор, за производство на лекарства, клинични изпитвания, за обучение и развитие.

Промяната в българското здравеопазване започна през 1997 г., като една от целите на реформата е финансирането на системата да се промени от бюджетно в здравноосигурително, в резултат на което е създадена и Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Реформите включват приемането на Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина (1995 г.), Закон за здравното осигуряване (1998 г.), Закон за лечебните заведения (1999 г.) и Закон за здравето (2005 г.). Въпреки това процесът на реформа в България често е критикуван като лишен от цялост, непоследователен и характеризиращ се с противоречиви мерки. Данните показват, че резултатите от работата на системата се влошават въпреки постоянното увеличение на разходите за здравеопазване (https://ime.bg/var/images/Healthcare_Models_Final_IME_1.pdf).

Основната идея на реформата в здравеопазването е, че пазарът на здравни услуги е единственият и най-пряк път за изграждане на съвременен здравеопазване (Комитов, Генов, 2009). Пазарните механизми обаче се превърнаха в самоцел и начин за осигуряване на приходи на изпълнителите на здравни услуги, но не и в средство за подобряване на достъпа и качеството на здравните дейности. Тези механизми не изиграха ролята си за оптимизиране на здравеопазването, а се развиха хаотично и неовладяването им доведе до срив на финансиращата система в посока на загуба на социалното и хуманното начало в тази област на обществена дейност, както и в намаляване на доверието на пациентите в здравната система и лекарското съсловие. Абсолютизирането на пазарните механизми чрез неспецифично прилагане на Търговския закон в здравеопазването създаде непредвидени

трудности за здравната реформа. Ролята на държавата в здравеопазването не може да се подценява или скрива зад завесата на пазарните механизми, според проф. В. Борисов, защото пазарът е средство, а не цел на здравеопазването. Държавата има стратегическо присъствие в здравеопазването, а пазарът – само технологично, оперативно присъствие.

Средствата, които се отделят за здравеопазване, не се възприемат от държавата като изключително важна и приоритетна инвестиция за опазването на здравето и подобряването на качеството и ефективността на човешкия капитал (Проблеми на системата на здравеопазване, ноември 2018, БСК). Не се оценява, че подобна инвестиция способства за икономическото развитие на страната и за подобряване на благосъстоянието на населението.

Липсата на последователна държавна политика в системата на здравеопазване позволи да се формира псевдопазар на здравни услуги, в който ежегодно се разходват между 7 и 9 млрд. лв. Това са преобладаващо публични средства от осигурителни вноски, процентно намаляващи средства от републиканския и общинските бюджети, средства от регламентирано заплащане на населението за медицински услуги и лекарства, частни инвестиции за лечебни заведения, закупуване на здравни застраховки и значителни средства от населението за т.нар. неформални плащания за медицински услуги, които влияят неблагоприятно на ефективността на здравеопазването и засилват неравенството при достъпа до здравни услуги. Този вид плащания са преки плащания от страна на потребителите на здравни услуги. В същото време тяхното място не е в раздела за източниците за финансиране на здравеопазването, защото приходите от тези плащания не постъпват в здравната система.

Този пазар не се регулира, не се управлява, не се анализира и не се отчита ефектът от инвестирането на заплатените от населението огромни средства за подобряване здравето на нацията. В него не са ясно идентифицирани участниците, липсва координация, съгласуваност и отчет за размера на вложените средства, както на национално, така и на регионално равнище. В резултат на това са огромните деформации в качеството и ефективността от дейността на системата, дисонанс в качеството и обхвата на медицинското обслужване в центъра и в регионите (Димитров, 2014, 2017).

Здравеопазването трябва да се разглежда не само като разход, но и като инвестиции, натрупване на ресурси, създаване на работни места и т.н., което предполага, че то би следвало да се превърне във важен икономически фактор за развитието на регионите и обществото. Сегашната осигурителна система обаче гарантира ниво на приходите за системата, но не и механизми на целесъобразно и ефективно разпределение. Това води до дисбаланс между обществените приходи и разходи за здравеопазване и появата на нерегламентираните плащания. Трябва да се има предвид, че в света се наблюдава ескалация на разходите за здравеопазването поради свърхпотребление на услугите и индуцираното им търсене, както и бързото развитие на медицинските технологии и фармакологията, което увеличава диапазона на възможностите за избор на процедури, лекарства и лечение.

Наред с това се наблюдава и ефектът на деформация в търсенето, породена от дефицит и асиметрия на информацията. Пациентът не е добре информиран за своето състояние и не знае точно какви здравни услуги са му необходими, т.е. за него здравната помощ и

изпълнителите на здравни услуги са източници на информация. Медицинските специалисти генерират нови потребности на лицето – предписват медицински продукти, изпращат за изследвания и т.н. (Гладилов, Велева, 2005).

В света няма здравеопазна система, чиито разходосдържащи механизми осигуряват целесъобразно и разумно изразходване на финансовите средства.

Една здравеопазна система винаги поема и усвоява всички финансови средства, които могат да се заделят за нея. Важното е обаче колко ефективно е разходването на тези средства и какъв продукт като здраве произвежда тази система.

Развитието на пазара на здравни услуги в България е белязано от хаотичност (при липса на адекватна държавна регулация и планиране на стратегическите инвестиции), неравномерно разпределение на лечебните заведения и пълно несъответствие с реалните здравни потребности на населението.

Търсенето на политики, които укрепват финансовата устойчивост, както и достъпа до качеството на услугите, са едни от най-важните предизвикателства през следващите години с оглед получаване на по-висока стойност за парите от разпределението на ресурсите в здравния сектор (AWG. Joint Report on Health Systems prepared by the European Commission and the Economic Policy Committee (AWG). European Economy Occasional Papers nr 74. 2010.).

Пазарът в здравеопазването е приложим, но с много особености и ограничения (Делчева, 1994, 2000):

- Държавно регулиране – намеса на държавата при определяне на пределни търговски надценки или на съсловните организации при определянето на методика за цените на здравните услуги, поставяне на бариери за свободно навлизане в пазара на нови участници, на изисквания за насочване на пациентите към по-високо ниво и т.н.
- Квазипазарно ценообразуване – определяне на цени, имитиращи пазарни, но не покриващи всички разходи, или на фиксирани цени.

Изброените случаи са едни от особеностите и отклоненията от свободния пазар.

Квазипазарът /вътрешния пазар/ е имитация на пазарен механизъм в обществения сектор. Той се основава на договорна система между държавния или общинския орган като възложител и финансов източник и общественото здравно заведение като изпълнител и контрактор. Задължително условие е наличието на конкуренция на оферти или между възможни изпълнители. При договорната система се разпределя рискът между възложител и изпълнител (докато при класическото обществено производство рискът е изцяло на държавата или общината). Изпълнителят поема риска от допълнителни разходи в резултат на неспазване на договора или слабости в процеса на изпълнението му. В договора се предвиждат показатели за обем извършена дейност, качество, време, място и др.

Ще представим основните разлики при системата на бюджетното финансиране и системата на здравното осигуряване.

При бюджетното финансиране над 50% от общите публични разходи за финансиране на здравеопазването се базират на общи данъци. За разлика от здравноосигурителните модели, в

данъчно базираните липсва пряка връзка между приходите от данъци и правото на здравно обслужване. В тези системи достъпът до здравни услуги е отворен за всички граждани, независимо дали и какви данъци те плащат. Данъчно финансираните модели се основават на следните общи характеристики:

- пълно покритие – цялото население на страната получава здравно обслужване;
- общите данъчни приходи (национални и/или местни данъци) служат за финансиране на здравните услуги;
- управлението на здравната система се извършва от държавата и нейната администрация;
- не се налага специфично управление на риска;
- като цяло административните разходи за управление на системата са относително ниски, но в тези системи са типични неефективностите при управление на разходите, което ги прави относително по-скъпи;
- характерни са неравновесия в предлагането на услуги, което често води до формиране на листи на чакащите.

В данъчно базираните системи индивидите допринасят за финансиране на здравните услуги чрез данъци върху доходите, собствеността, потреблението, капиталовата печалба и др. По този начин се заобикалят някои недостатъци, типични за системите, в които индивидът може да избира осигурител или застраховател, например т.нар. неблагоприятен избор - по-голямата вероятност да се застраховат по-високо рисковите пациенти, което вдига средния разход за застраховане над възможностите на определени нискодоходни групи) и подбор на риска - по-голямата вероятност застрахователят да подбира пациенти с по-нисък здравен риск. Също така при данъчните модели на финансиране рискът се разпределя върху максимален брой индивиди, което позволява намаляване на разходите на единица. Тъй като плащането на данъци в повечето случаи е трудно да се избягва, мобилизирането на ресурс за данъчно базираните модели е по-лесно.

Данъчно базираните модели се считат за голямо предимство от онези наблюдатели, за които достъпът до здравна грижа е човешко право без значение на приноса на лицето към финансирането на системата. За други обаче това е проблем, тъй като се разкъсва връзката между това колко индивидите допринасят и това, което ползват като услуги. Също така при тези системи се счита, че отговорността към собственото здраве е по-слаба, а отговорността на доставчиците на здравни услуги към потребителите е по-ниска.

Здравното осигуряване е фондово индиректно финансиране, при което се набират средства от осигурителни вноски за покриване на рискове от заболявания и други проблеми. Фондът купува здравни услуги от изпълнителите на медицинска помощ в полза на осигурените лица.

Известни са два основни типа здравно осигуряване (Делчева, 2013):

- Социално здравно осигуряване - организира се от правителството и провежда задължително и в по-малка степен доброволно осигуряване на заетите лица в легалния трудов пазар. Осигурителните вноски обикновено се изчисляват като

фиксиран процент върху брутното трудово възнаграждение независимо от действителния риск от заболяване и се плащат солидарно от осигуряващите (работници, работодатели и държавата). Характерна особеност на социалното здравно осигуряване е, че то има социално защитни функции и задължително покрива всички нискодоходни категории от населението. Основен принцип на този тип осигуряване е споделената отговорност, което позволява преразпределение на средствата от здравите към по-болните, от богатите към по-бедните.

➤ Частно здравно осигуряване - предлага се от частни застрахователни компании, като обхваща на доброволен принцип желаещите да се осигурят. В някои случаи то е задължително и обхваща населението с по-високи доходи. Чрез частното здравно осигуряване може да се обезпечават услуги, които са извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, както и такива, които са в неговия обхват, като задължително се спазва принципа на доброволност на осигуряването. Осигурителните вноски се определят, като фиксирана или диференцирана сума, или процент от дохода, в зависимост от здравния риск и степента на използваемост на здравната помощ (Делчева, 2013).

ВЗАИМОЗАВИСИМОСТ МЕЖДУ ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И ИКОНОМИКА

Независимо от вида и начина на финансиране на здравеопазването е необходимо на здравето на населението да се гледа не като на съпътстващ продукт на благоденствието, а като на инвестиция в бъдещ икономически растеж. С увеличаване на проучванията за взаимозависимостта между здравеопазване и икономика са направени някои важни заключения, а именно:

- Намаляването на смъртността и заболеваемостта и последващото увеличаване на продължителността на живота повишават степента на възвръщаемост на инвестициите в здравеопазването (Рам, Шуц, 1979), с което се насърчават инвестициите в образованието и по-голямата икономическа производителност (Калемли-Озкан, Райдер, Уейл, 2000).

- Подобряването на здравето на населението води до увеличена производителност на труда, повече време, прекарано на работното място, по-високо трудово възнаграждение и увеличаване на спестяванията, увеличаване на възможността за участие на работната сила и евентуално по-голямото ѝ влияние върху производителността (Калемли-Озкан, Райдер, Уейл, 2000).

- Лошото състояние на здравния статус на населението и заболеваемостта водят до намаляване на производителността, по-ниско трудово възнаграждение, по-малко работни часове годишно, намалени приходи и увеличен риск от бедност (Meltzer, 1992).

- Отрицателното въздействие на лошото здраве за всяко общество определено се оказва скъпо както в социален, така и в икономически аспект.

Безспорни са големите икономически загуби, получени в резултат от здравословни проблеми. Недоброто здраве оказва незабавно своето негативно влияние върху работещите. Това от своя страна води до значителни щети за икономиката.

Мак Кий идентифицира три аспекта на въздействие (McKee, MacLehose, Nolte, 2004).

Преки разходи: отнасят се за разходите в сектора на здравеопазването във връзка с превенция, диагностика и лечение на заболяванията, т.е., амбулаторни прегледи, болнична помощ, обществено здраве и медицински услуги, фармацевтични продукти.

Косвени разходи: обикновено се измерва загубеният производствен потенциал на пациенти, които са инвалидизирани и не могат да работят, или умират преждевременно (т.е. това е “подходът към човешкия капитал”).

Нематериални разходи: обхващат психологическите аспекти на болестта за хората (и техните семейства), като болка, загуба от смърт, безпокойство и страдание. Това е категория разходи, които са най-трудни за измерване. Проучванията, направени за цената на болестта, изразени във финансови измерения, правят оценка на общото бреме на дадено заболяване от гледна точка на обществото или от гледна точка, специфична за даден сектор.

Съществен принос към доказателствата за важноста на здравето за икономиката има Комисията по макроикономика и здраве към Съвета на Европа. Основна част от работата на Комисията са изследванията на разходите за лечение на определени заболявания. В тези изследвания се оценява паричната стойност на количеството ресурси, използвани за лечението на дадена болест, както и степента на отрицателните икономически последици (чрез загубена производителност) от болестите за обществото (Веков Т., 2010).

ВЛИЯНИЕ НА ИНВЕСТИЦИИТЕ ВЪРХУ ОЦЕНКАТА НА ЕФЕКТИВНОСТТА НА ЗДРАВНИТЕ РАЗХОДИ

Приносът на инвестициите в здравеопазването може лесно да се възприема като специфичен фактор – положителен за всяка икономика. Следващата стъпка за разглеждане на взаимовръзката между инвестициите в здравеопазването и икономическите резултати е да се премине от специфичното заболяване към по-общо ниво. Като вземем под внимание широкия обхват от фактори, които влияят върху здравето на населението, икономическите оценки на заболяванията са винаги сложни и комплексни.

Увеличаването на възвръщаемостта на инвестициите в здравеопазването изисква солидна оценка на ефективността на разходите. Пред тази оценка има три основни методологически предизвикателства.

Първото е да се провери дали доказателствата за повишаване на ефективността и подобряване на здравословното състояние чрез по-добро използване на бюджетите в здравеопазването все още са валидни, когато се използват различни определения за здравни резултати (OECD, 2008). Основен проблем е, че много от доказателствата фокусират върху необработени оценки като средна продължителност на живота и не се взема предвид качеството на живот.

Второто предизвикателство е да се определи относителното влияние на здравните системи върху здравните резултати отделно от въздействието на други фактори за здравето на населението, особено като живот и труд, доходи, образование и най-често начин на живот и свързаните с тях рискови фактори.

Третото е времевото разстояние между политическите промени и тяхното влияние върху здравните резултати (http://www.euro.who.int/__data/assets/p). Това е проблем, който може да е свързан с нереални икономии, тъй като те могат да доведат до увеличаване на разходите или други непредвидени последствия в дългосрочен план.

Това налага допълнителна оценка на ефективността на системите на здравеопазване посредством рамка, която е структурирана в три направления:

1. определяне на стабилен, надежден показател на здравните резултати, въз основа на съществуващите здравните показатели за Европейската общност,
2. по-добро разбиране на въздействието на здравните системи върху здравните резултати, като се оставят настрана въздействията на други фактори като начина на живот;
3. по-добро разбиране на механизмите и тяхната своєвременност за това как политиките в здравеопазването засягат здравните резултати.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Отговаряйки на предизвикателството на времето, в което живеем, голяма част от страните, включително и България са принудени да променят своите здравни системи. Приоритетите при тези реформи не трябва да са концентрирани само върху увеличаването на размера на финансовите ресурси, а върху търсенето на решения за повишаване на тяхната ефективност и подобряване на здравния статус на населението.

Независимо от обема на ресурсите и източниците на финансиране здравната система трябва да осигурява не само високо качество на медицинската дейност, но и справедливост, равен достъп и солидарност при предоставяне на медицинските услуги. Затова при реформиране на здравната система следва да се осигури приемлив баланс между пазарните отношения и държавната регулация в интерес на обществото.

БИБЛИОГРАФИЯ

Веков Т. 2010. Управление и икономика на здравеопазването и здравните реформи, изд. Български кардиологичен институт, С., с. 383 [Vekov T. 2010. Upravlenie i ikonomika na zdraveopazvaneto i zdravnite reformi, izd. Balgarski kardiologichen institut, S., s. 383]

Велева Н. 2016. Икономика на здравеопазването, Издателски център на МУ-Плевен, ISBN-954-756-194-6 [Veleva N. 2016. Ikonomika na zdraveopazvaneto, Izdatelski tsentar na MU-Pleven, ISBN- 954-756-194-6]

Гладилов Ст., Н. Велева, 2005. Търсене и предлагане в здравеопазването: основни понятия и приложението им в условията на реформа на българското здравеопазване, Здравен

мениджмънт, 5, № 1, с. 32-36 [Gladilov St., N. Veleva, 2005. Tarsene i predlagane v zdraveopazvaneto: osnovni ponyatia i prilozhenieto im v usloviyata na reforma na balgarskoto zdraveopazvane, Zdraven menidzhmant, 5, № 1, s. 32-36]

Делчева Е. и кол. 2000. Пазарни и непазарни дефекти в социално-културната сфера, Стопанство, 196 [Delcheva E. i kol. 2000. Pazarni i nepazarni defekti v sotsialno-kulturnata sfera, Stopanstvo, 196]

Делчева Е. 1994. Здравният икономикс, УИ Стопанство, София, с. 238 [Delcheva E. 1994. Zdravniyat ikonomiks, UI Stopanstvo, Sofia, s. 238]

Делчева Е. 2013. Финансов мениджмънт, Издателски център Медицински университет Плевен [Delcheva E. 2013. Finansov menidzhmant, Izdatelski tsentar Meditsinski universitet Pleven]

Димитров Гр., Зл. Петрова, 2017. Предизвикателства и решения за промени в управлението и финансирането на здравноосигурителната система, Здравна политика и мениджмънт, бр. 3 [Dimitrov Gr., Zl. Petrova, 2017. Predizvikelstva i reshenia za promeni v upravlението i finansiraniето na zdravnoosiguritelната система, Zdravna politika i menidzhmant, br. 3]

Димитров Гр. 2014. Организация и финансиране на здравната система, предизвикателства и решения, издателство на ВУЗФ „Св. Григорий Богослов“, София, с. 347 [Dimitrov Gr. 2014. Organizatsia i finansirane na zdravната система, predizvikelstva i reshenia, izdatelstvo na VUZF, „Sv. Grigoriy Bogoslov“, Sofia, s. 347]

Димитров Гр. 2017. Рискове и предизвикателства при реформиране на здравна система. Издателство на ВУЗФ „Св. Григорий Богослов“, С., с.395 [Dimitrov Gr. 2017. Riskove i predizvikelstva pri reformirane na zdravna система. Izdatelstvo na VUZF „Sv. Grigoriy Bogoslov“, S., s.395]

Димова А., М. Попов, М. Рохова, 2007. Здравната реформа в България: Необходимост, развитие, резултати, перспективи, Отворено общество, с. 343 [Dimova A., M. Popov, M. Rohova, 2007. Zdravnata reforma v Bulgaria: Neobhodimost, razvitie, rezultati, perspektivi, Otvoreno obshtestvo, s. 343]

Иванов Л., Ж. Големанова (под редакцията), 2005, Болничен мениджмънт, София, Дийор Принт, с. 350 [Ivanov L., Zh. Golemanova (pod redaktsiyata), 2005, Bolnichен menidzhmant, Sofia, Diyor Print, s. 350]

Калемли-Озкан, С., Райдер, Х. Е., и Уейл, Д. Н. (2000): „Спад на смъртността, инвестиране в човешки капитал и икономически растеж“, Журнал за развитие на икономиката, том 62, № 1, с.1- 23 [Kalemlі-Ozkan, S., Rayder, H. E., i Ueyl, D. N. (2000): „Spad na smartnostta, investirane v choveshki kapital i ikonomicheski rastezh“, Zhurnal za razvitie na ikonomikata, tom 62, № 1, s.1-23]

Комитов Гл., Стр. Генов, 2009. Мениджмънтът на ресурсите – приоритет на здравната реформа, ГорексПрес, София, с. 24-25 [Komitov Gl., Str. Genev, 2009. Menidzhmantat na resursite – prioritet na zdravната reforma, GoreksPres, Sofia, s. 24-25]

Министерство на финансите (2005) Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции, МФ, София [Ministerstvo na finansite (2005) Finansirane i upravlenie na zdraveopazvaneto. Teoretichni osnovi, modeli, problemi i tendentsii, MF, Sofia].

Петрова Зл., С. Генов, 2013. Управлението на здравната система на България, монография Хелтмедия [Petrova Zl., S. Genev, 2013. Upravlenieto na zdravната система na Bulgaria, monografia Heltmedia]

Проблеми на системата на здравеопазване, ноември 2018, БСК, презентация, https://www.bia-bg.com/uploads/files/OS_BIA/OS_2018/BIA_Otchet-2014_2018.pdf [Problemi na sistemata na zdraveopazvane, noemvri 2018, BSK, prezentatsia, https://www.bia-bg.com/uploads/files/OS_BIA/OS_2018/BIA_Otchet-2014_2018.pdf]

Рам Р. Шулц, Т. У. 1979. „Продължителност на живота, здравеопазване, спестявания и плодовитост“, Икономическо развитие и културна промяна, том 27, № 3, с. 399-421 [Ram R. Shults, T. U. 1979. „Prodalzhitelnost na zhivota, zdraveopazvane, spestyavania i plodovitost“, Ikonomichesko razvitie i kulturna promyana, tom 27, № 3, s. 399-421]

AWG. 2010. Joint Report on Health Systems prepared by the European Commission and the Economic Policy Committee (AWG). European Economy Occasional Papers nr 74.

McKee M, MacLehose L, Nolte E, 2004. Health policy and European Union enlargement. Open University Press, UK

McKee, Health policy responses to the financial crisis in Europe, WHO Policy Summary 5

Meltzer, D. 1992. Mortality Decline, the Demographic Transition and Economic Growth. PhD thesis, University of Chicago.

OECD, 2008. „Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency“, OECD Economics Department Working Papers 627

http://ncpha.government.bg/files/kniga_boln_menidjment.pdf

http://ncpha.government.bg/files/kniga_boln_menidjment.pdfdf_file/0009/170865/e96643.pdf

http://www.euro.who.int/__data/assets/p

http://www.who.int/health_financing/taxed_based_financing_dp_04_4.pdf

https://ime.bg/var/images/Healthcare_Models_Final_IME_1.pdf

https://ime.bg/var/images/Public_Spending_Efficiency_-_Final.pdf

<https://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/ministr-ananiev-predstavi-dva-varianta-za-promeni-/>