

ПОТРЕБНОСТ ОТ ИЗПОЛЗВАНЕ НА ИКОНОМИЧЕСКИ ПРИОРИТЕТИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Румяна Янева¹, Тихомира Златанова², Медицински университет -София

Резюме

Негативните основни тенденции в демографските процеси в България през последното десетилетие поставят сериозни предизвикателства пред бъдещото функциониране на публичните финанси. В същото време по разходи за здравеопазване, което е един от най-разнопосочно реформираните сектори през годините, а в настоящата здравна криза се очертава като водещ, България е на 24-то място в ЕС по дял на отделени средства от БВП през 2018 г. Потребността от използване на приоритетния подход за решаване на проблемите в здравеопазването се дължи преди всичко на ограничените здравни ресурси и се стреми да осъществи тяхното най-рационално използване. Поради тези причини си поставихме за цел в настоящото проучване да представим потребностите от използване на приоритети в здравеопазването, проблемите в тяхното определяне и да формулираме препоръки за оптимално използване на ефективни интервенции за компетентен и ефективен избор на приоритети в здравеопазването политика и практика.

Ключови думи: приоритети в здравеопазването, ограничени здравни ресурси, потребност, решаване на проблеми, ефективен избор, здравна политика

THE NEED TO USE ECONOMIC PRIORITIES IN HEALTHCARE

Rumyana Yaneva³, Tihomira Zlatanova⁴, Medical University - Sofia

¹ 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“.

² 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.

³ Rumyana 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".

⁴ 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. She 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

Abstract

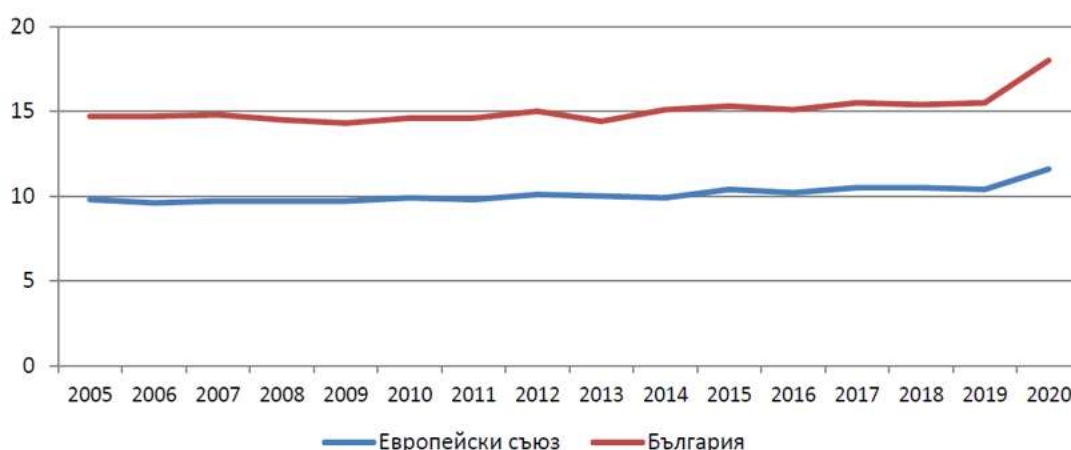
The negative main trends in the demographic processes in the Republic of Bulgaria over the last decade pose serious challenges to the future functioning of public finances. At the same time, in terms of healthcare expenditures, which is one of the most diversified sectors over the years, and in the current health crisis is emerging as a leader, Bulgaria ranks 24th in the EU in terms of share of GDP in 2018. The need to use the priority approach to solving health problems is primarily due to the limited health resources and strives to make their most rational use. For these reasons, the aim of this study is to present the needs for the use of health priorities, the problems in their definition and to formulate recommendations for optimal use of effective interventions for competent and effective choice of priorities in health policy and practice.

Key words: health priorities, limited health resources, need, problem solving, effective choice, health policy

ВЪВЕДЕНИЕ

Основните тенденции в демографските процеси в България през последното десетилетие (застаряване на населението, намалена раждаемост, засилена урбанизация и характерните за страните в преход висока смъртност и интензивна външна миграция предимно на млади хора и хора в активна възраст) поставят сериозни предизвикателства пред бъдещото функциониране на публичните финанси. Като цяло текущата демографска картина в страната и перспективите за нейното развитие в средносрочен и дългосрочен план показват, че при непроменени политики демографският фактор ще компрометира възможността на икономическата система да генерира висок и устойчив растеж и ще понижава ефективността на икономическата политика, насочена към осигуряването на предпоставки за такъв растеж (Национална здравна стратегия 2021-2030, Проект на МЗ:19)

Фигура 1. Обща смъртност в България и ЕС (на 100 000 население)



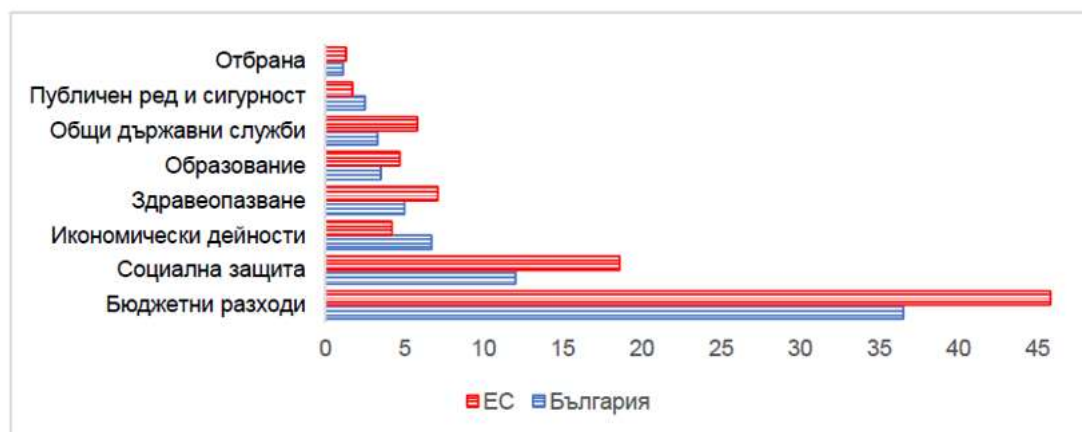
Източник: НСИ, Eurostat

Силно обезпокоителен е фактът, че високото ниво на общата смъртност в България е продължение на започналата преди 50 години трайна тенденция на нарастване на този показател. През 2020 г. се наблюдава значително нарастване на броя на умрелите лица – 124 735, а коефициентът на смъртност е 18.0‰ (15.5‰ за 2019 г.). Показателят остава значително по-висок от средния за ЕС (11.6‰).

Според последните представени данни на Евростат за 2018 г., България остава страна с най-висок стандартизиран коефициент за обща смъртност (1 588.58‰‰‰) сред страните от ЕС (фигура 1). В повечето европейски страни стандартизираният коефициент за смъртност е по-нисък от средния за ЕС (998.1‰‰‰). (Доклад за здравето 2020, МЗ:7-8)

Както е представено на фигура 2 по разходи за здравеопазване, което е един от най-разнопосочно реформираните сектори през годините, а в настоящата здравна криза се очертава като водещ, България е на 24-то място в ЕС по дял на отделени средства от БВП през 2018 г., с 2.1 пр.п. разлика спрямо средните равнище за ЕС и еврозоната (5% от БВП в България при 7.1% в ЕС и еврозоната). В съпоставителен аспект се очертава *„недофинансирането на обществени сектори, като образование и здравеопазване, което компенсира провеждането на структурни реформи с дългосрочен ефект или невъзможността да се постигнат съществени резултати от тях*, за сметка на съществен ресурс за сигурност и отбрана под вътрешен или геополитически натиск.“ (Институт за икономически изследвания при БАН, Икономическо развитие и политики в България: оценки и очаквания, София, 2020: 45)

Фигура 2. Бюджетни разходи като дял от БВП в България и ЕС през 2018 г. (%)



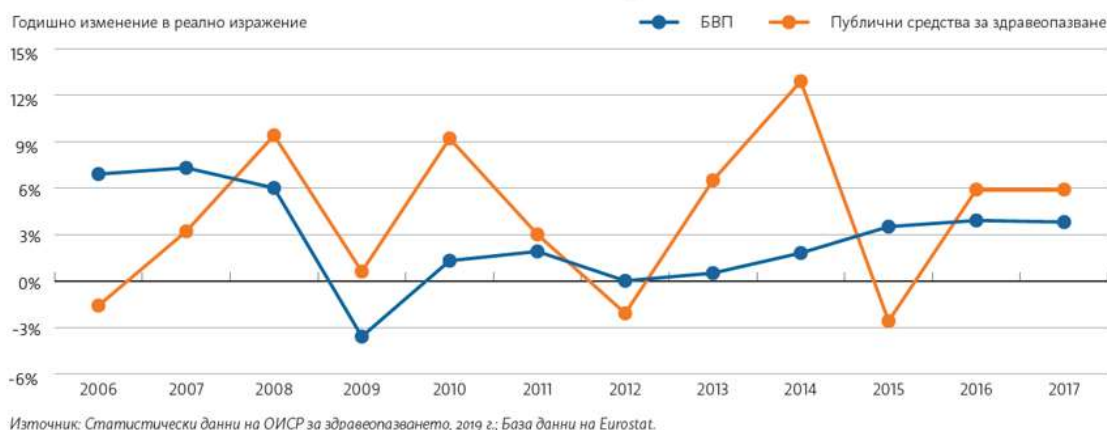
Източник: Eurostat

От друга страна, по данни на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие за 2017 г. разходите за здравеопазване в България се увеличават значително от 2000 г. насам, макар и от ниска база, като изпреварват ръста във всички останали държави — членки на ЕС. Въпреки че тенденцията не е постоянна, разходите за здравеопазване нарастват средно с над 5.3 % годишно между 2009 г. и 2017 г., надвишавайки повече от трикратно средната

стойност за ЕС от 1.5 %. От 2008 г. насам годишният ръст на публичните разходи за здравеопазване изпреварва ръста на БВП с изключение на годините 2012 и 2015 (фигура 3). Бюджетът на НЗОК е основният инструмент за планиране на разходите за здравеопазване, а текущите национални бюджетни планове предполагат, че публичните разходи за здравеопазване ще продължат да растат.

Тъй като вноските, предназначени за социалното здравно осигуряване, се запазват на стабилно равнище от 8 % от доходите, увеличаването на разходите за здравеопазване в България се дължи в голяма степен на частните разходи, като се налага те да компенсират ниското равнище на публично финансиране (Съвет на Европейския съюз, 2019 г.). В допълнение към това населението на България едновременно застарява (понастоящем една пета от населението е на възраст 65 и повече години) и намалява поради отрицателния естествен прираст и продължаващата емиграция. Ако тази тенденция не бъде обърната, дялът на хората в трудоспособна възраст ще продължи да намалява, което ще доведе до по-малко вноски в приходната база на НЗОК през идните години. В същото време се предвижда публичните разходи за здравеопазване да продължат да нарастват през периода 2016—2070 г. с 0.2 % от БВП (Европейска комисия — Комитет за икономическа политика, 2018 г.). (OECD, 2019:18)

Фигура 3. Динамика на изменението на БВП и публичните разходи за здравеопазване



Източник: Статистически данни от ОИСП; база данни на Eurostat

Целта на настоящото проучване е да се представят потребностите от използването на приоритети в здравеопазването, проблемите в тяхното определяне и да се формулират препоръки за оптимално използване на ефективни интервенции за компетентен и ефективен избор на приоритети в здравеопазната политика и практика.

ПОТРЕБНОСТ ОТ ПРИОРИТЕТИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ПРОБЛЕМИ ПРИ ТЯХНОТО ОПРЕДЕЛЯНЕ

Потребността от използване на приоритетния подход за решаване на проблемите в здравеопазването е исторически обоснована в процеса на общественото развитие. Тази

потребност се дължи преди всичко на ограничените здравни ресурси и има за цел да осъществи тяхното най-рационално използване.

В Англия необходимостта от приоритизация и ранжиране на проблемите по важност се изразява от академичните среди през 1950 г. и става официална политика на държавата през 1960 г. когато е предложено явно публично ранжиране на проблемите на здравеопазването.

В научен аспект определянето на приоритети в здравеопазването е тема на Втория симпозиум за здравни стратегии, състоял се в университета „Сейнт Андрю“ в Шотландия през 1994 г. Участниците в симпозиума, учени от цял свят, са били твърдо убедени в необходимостта от приоритизация на проблемите в здравеопазването, предвид недостатъчните здравни ресурси. (Гладилов, Делчева, 2009: 409)

Терминът „приоритет“ се дефинира като специално установен статут на предимство във времето при решаване на проблеми от особена важност или спешност. Глобалният форум за здравни изследвания определя избора на приоритети като *„процес, чрез който политиците ранжират здравните проблеми и тематиката на научните изследвания според степента на тяхната тежест и важност, като механизъм от ефективно разпределение на наличните финансови ресурси при решаването им“*. Както посочва Чамов (2008: 237), изборът на приоритети в здравеопазването представлява управленски процес насочен към ранжиране на съществуващи, възникващи или бъдещи здравни проблеми от първостепенна важност за здравната система от гледна точка на тяхното решаване и ресурсно осигуряване. Този избор осигурява: адекватно насочване на национални и/или донорски ресурси за решаване на критични проблеми, свързани с въздействието на рискови фактори върху определени рискови групи; медицинска и здравна помощ за групи в неравностойно положение; оптимални условия за взаимодействието между политика, наука и практика.

Международни изследвания установяват, че на 85% от населението в света, което живее в държавите с нисък и среден доход, се падат 92% от глобалното бреме на заболяванията. Обратно, в икономически развитите държави живее 15% от населението на света, на което се падат само 8% от глобалното бреме на заболяванията измерено със загубени години живот (DALY). Ежегодно стотици милиарда щатски долара се отделят от обществения и частния сектор за научни изследвания в медицината и здравеопазването. Установено е, че само 10% от тези средства се използват за решаване на 90% от световните и национални здравни проблеми. Този феномен е наречен „Проблемът 10/90“ (The 10/90 gap). Неефективното им разпределение не осигурява възможно най-голямата полза за здравеопазването. Огромни са установените човешки и финансови загуби от неправилното разпределение и насочване на здравните ресурси в глобален, регионален и национален план. Това определя необходимостта от технологии за избор на приоритети в областта на здравеопазването. (Чамов, 2008: 237-238) Изследването на разпределението на ресурсите означава отговор на два въпроса (М. Рохова, 2017: 254):

1. Ефективно ли е разпределението – да се постигне такова оптимално разпределение, при което всяко преразпределение би донесло щети на някое звено или група пациенти, без да

подобри положението на друго звено или група - „разпределителна ефективност на Парето“. Ефективността в този случай се постига, когато се изравни маргиналната полезност за всички алтернативи в рамките на дадени бюджетни ограничения.

2. Справедливо ли е разпределението (гарантира ли равнопоставеност) – означава, че трябва да се постигне по-равно разпределение на ресурсите между различни групи от населението със сходни потребности, разграничени по някакъв признак (географски, социално-икономически и т.н.). В случая става въпрос за постигане на равнопоставеност в здравеопазването. Справедливостта може да се изследва в няколко аспекта: географски; социално-икономически и организационен (между лечебни и здравни заведения и между изпълнители на здравни услуги).

Дискусията по т.нар. Орегонски експеримент

През юли 1987 г. орегонските законодатели гласуват да се спре финансирането на определени трансплантации на органи (панкреас, бял дроб, сърце и костен мозък на 34 кандидати за тези трансплантации). Разходите за посочените интервенции са с цени от US\$ 6500 до US\$ 250 000 едната, общо възлизат на около US\$ 6 000 000, които е следвало да бъдат заплатени от системата Medicaid. По решение на законодателите посочените средства са насочени за провеждането на основни превантивни здравни мероприятия за 1600 деца.

Половин година по-късно на 7-годишния Коби Ховерт, страдащ от остра лимфоцитна левкемия, е отказано финансиране от Medicaid за трансплантация на костен мозък. По-късно от необходимите за трансплантация US\$ 100 000 майката на момчето е осигурила US\$ 80 000, но оптималният срок за трансплантация е пропуснат. Чрез телевизионните камери американската държава и американският народ са наблюдавали как малкото момче умира, очевидно поради необходимост от медицинска интервенция, която би била необходима няколко месеца по-рано.

От този момент нататък феноменът, при който на определен неидентифициран пациент е отказан достъп до лечение, което се смята за много необходимо или животоспасяващо, се нарича „Фактор на Коби Ховерт“. При такъв „фактор“ продължителността на медийния интерес ще варира в зависимост от възрастта на пациента и симпатиите към него, но винаги ще причинява в обществото продължително чувство на обществен дискомфорт и срам.

Възниква въпросът – явява ли се горепосочената приоритизация за финансиране на отделни елементи от медицинската помощ полезна и необходима за обществото, или тя предизвиква емоционални реакции и неудобство у членовете му. Най-вероятно и двете.

Обществото, даже и в най-богатите страни, не може обаче да си позволи да осигури за всеки пациент всичката необходима медицинска помощ. Това е осъзнато от законодателите в щата Орегон, поради което те определят т.нар. лист на приоритети в медицинската помощ под заглавието „Правила на риска“. В противен случай би се създавала невъзможно скъпа и непосилна за обществото система на здравеопазване.

Така в щата Орегон и в останалите щати на САЩ се заражда ерата на определяне на приоритетите между живота и смъртта в зависимост от ресурсите, с които разполага системата на здравеопазването.

Определянето на приоритети и тяхното ранжиране е важен проблем също и за Англия, Швеция, Франция, Финландия, Холандия. Няма само консенсус за най-добрия начин на приоритизиране на ограничените ресурси на здравеопазването. (Гладилов, Делчева, 2009: 409-410)

С прилагането на стратегията за осъществяване на националната здравна политика в България, приета през 1997 г., също се поставят за решаване редица здравни приоритети, свързани най-вече с осъществяването на структурната реформа в здравеопазването и финансовата реформа.

Изборът на приоритети в здравеопазването е противоречив процес, поради отсъствието на обществено утвърдени технологии, а също така и поради често конфликтните интереси на участващите в неговата реализация лица. Процесът зависи в значителна степен от наличната информация, подходите за нейната интерпретация, интересите на участващите лица, от политическата конюнктура, ресурсните възможности и финансиращите организации.

Съществуват доказателства за субективно влияние върху здравнополитическите решения от фактори като:

- лични предпочитания и корпоративни интереси на влиятелни политици, мениджъри и представители на академичната общност;
- съперничество между институциите;
- неразбиране за ролята на частния сектор в здравеопазването, както и на подкрепящата роля на обществения сектор;
- ролята на печалбата и стремежът за оцеляване в конкурентна среда, характерни за частния сектор.

Несъвършенствата на механизмите за определяне на приоритети в здравеопазването, некомпетентността и волунтаризмът при реализацията на този процес на национално ниво доведоха до редица съществени проблеми при реализацията на здравните реформи в страните от централна и източна Европа, включително и в България. Всичко това поставя пред здравните политици и мениджъри въпросите за технологичното изграждане на адекватни механизми за избор на политически, икономически, управленски и научноизследователски приоритети на национално, регионално и институционално ниво.

Потребността от избор на приоритети са мотивира от: (Чамов, 2008: 239)

- необходимостта за първостепенно по време решаване на здравни проблеми от особена важност или спешност;
- хроничния недостиг на финансови средства в здравеопазването;
- необходимостта от повишаване на качеството и здравната полза при дадено ниво на финансови разходи или инвестиции;

- необходимостта от съдржане темповете на нарастване или ограничаване на здравните разходи;
- адекватното въвеждане и ефективното използване на съвременни медицински и здравни технологии;
- преустановяване използването на неефективни медицински технологии;
- подобряване на пазарните позиции и печалбите както за частния, така и за общественния сектори.

Определянето на приоритети, отбелязва Алан Уилямс (2001: 43), означава да се реши кой какво да получи и за чия сметка. В контекста на здравеопазването „какво“ се отнася до различните видове здравни услуги и „кой“ - различните групи хора. „За чия сметка“ не е толкова твърдо установено. „Кой ще плати сметката“ в системата на общественото здравеопазване това може да бъдат здравноосигурителните фондове или правителството, въпреки че зад тях стоят задължително здравноосигуряващите се и данъкоплатците. Дори в частната здравна система рядко пациентът е този, който плаща сметките директно. Повечето сметки се плащат от осигурителя и цената на определено лечение се разпределя между тези, които плащат вноски. Но по-скоро в икономически, отколкото във финансов смисъл анализът на фразата „за чия сметка“ трябва да бъде интерпретиран по друг начин, базиран на идеята за възможните разходи повече от възможните приходи. Когато се интерпретира по този начин, фразата означава „кой ще мине без“ здравни услуги, за да ги получат други в същия момент. Да се даде приоритет на определена група хора означава да се вземе от друга, въпреки че по обясними причини политиците предпочитат да не задълбочават върху този факт, а ни оставят да разберем от това, което не се споменава, кои са групите с „нисък приоритет“. Този факт трябва да бъде разгледан директно без да се избягва от определението на групите с „нисък приоритет“ в която и да е здравна система в света.

ИДЕОЛОГИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА ПРЕДОСТАВЯНЕТО НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Донабедиан (Donabedian, 1971) разглежда през 1971 г. подробно идеологическите аспекти на предоставянето на медицинска помощ, чрез поляризиране мненията около две гледни точки, наречени от Уилямс „либерална“ и „егалитарна“. Според либералните възгледи достъпът до медицинска помощ е част от обществената система за възнаграждение и поне в маргиналната си част хората трябва да могат да използват богатството си и доходите си, за да получат по-добри здравни грижи, отколкото получават техните съграждани. Съвсем различна е егалитарната гледна точка, според която достъпът до медицинска помощ е право на всеки гражданин и това право не трябва да се влияе от доходи или богатство. И двете гледни точки обикновено са асоциирани с конфигурации от възгледи за личната отговорност, социална загриженост, свобода и равенство, които представяме в таблица 1.

Таблица 1. Конфигурации от възгледи според либерална и егалитарна гледни точки

Гледна точка Възгледи	Либерална	Егалитарна
Лична отговорност	Личната отговорност за постигане на целите е много важна и тя се намалява, ако на хората се предлагат незаслужени поощрения. Такива награди отслабват мотивацията, която осигурява икономическо благосъстояние, като оттам подкопават моралното благосъстояние, поради връзката му с личните усилия за неговото постигане.	Личните стимули за успех са желани, но икономическият неуспех не е равен на морално изкривяване или социална непълноценност.
Социална загриженост	„Социалният Дарвинизъм“ диктува груба незаинтересованост към тези, които не могат да достигнат определено ниво. По-малко екстремна е позицията, че благотворителността, изпълнена и изразена чрез частно покровителство, е удачно средство, но трябва да бъде извършвана според строги условия, напр. потенциалният получател трябва да мобилизира първо всички свои ресурси и след като му се помогне, не трябва да бъде в същата позиция като тези, които сами са я постигнали.	Частната благотворителност е допустима, но се приема за потенциално морално опасна, тъй като често е унизителна за получателя и корумпираща за донора и обикновено се разпределя неравностойно. По-приемливо е да се установят социални механизми, които създават и поддържат самозадоволяването и са достъпни според строги правила, свързани с даването на права, които се разпределят равностойно и са приети от обществото.
Свобода	На свободата се гледа като на върховно право. Принудата вреди както на личната отговорност, така и на индивидуалността, и на доброволните изказвания по социални проблеми. Централизираното звено планиране и широката роля на правителството при финансиране на здравеопазването се считат за недопустимо ограничаване на свободата на клиента и на здравните специалисти и затова на частната медицина се гледа като на средство против тоталитаризма.	На свободата се гледа като на наличие на възможности за избор. Икономическите принуди са по-дискретно налагани от политическите, но въпреки това те са реални и често действат като ефективен лимит на избора. Свободата не е невидима, но може да бъде жертвана за сметка на някого с цел да се осигури свободата на друг. Правителството не е външна заплаха за отделните личности, но е средство за постигане от индивидите на свобода и действие.
Равенство	Равенството пред закона е ключова концепция със силно предимство, давано на свободата пред равенството, когато двете се сблъскват.	След като единственото морално оправдание за използване на лични постижения като база за разпределение на ползи е това, че всеки има равни възможности за такива постижения, тогава главното ударение пада върху равенството на възможностите. В случаите, в които това не може да бъде гарантирано се подкопава моралната стойност на постиженията. Равенството се приема за продължение на много от свободите, на които се радват единици.

Източник: Алан Уйлямс, *Здравна икономика*, 2001

Очевидно е приложението на тези две идеологии за определяне на приоритетите в здравеопазването. Доминираща етика в либералната система за осигуряване на здравни грижи трябва да бъдат желанието и възможността да се плати. Това може най-добре да се постигне при пазарно ориентирана частна система, при условие, че такива пазари могат да бъдат поддържани конкурентни. При егалитарната система за осигуряване на медицинска помощ трябва да преобладават равни възможности за достъп при еднакви нужди, поради причината, че такава система изисква да бъде установена социалната йерархия на потребностите, която е независима от това, кой плаща здравната помощ. Егалитарната система диктува общественото предлагане при положение, че тя може да бъде държана отговорна за социалните потребности и променящите се икономически условия.

УПРАВЛЕНИЕ И РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА РЕСУРСИТЕ ЧРЕЗ ПРИОРИТЕТИ

Изборът на приоритети в здравеопазването е комплексен процес, който включва здравнополитическите аспекти и избор на ефективни здравни интервенции, насочени към приоритетно проблемни групи заболявания, с оглед на техния контрол от здравеопазвателната система. Трябва да се отбележи, че при търсенето на приоритети в клиничен и обществен аспект, най-разпространените болести сред населението не винаги следва да са приоритет при разпределение на финансовите и материални ресурси, особено когато за тях липсват разход-ефективни интервенции. Освен това, често срещан подход е използването на едни и същи интервенции при различни групи заболявания, въпреки различната им ефикасност при отделните групи.

Предлаганият подход изисква свързване на болестните състояния със здравните интервенции за тяхното лечение или третиране, при което се получават различни комбинации от рода – заболяване/интервенция. Получената информация се представя на здравните мениджъри във вида на матрица, която подпомага вземането на решения, свързани с разпределението на ресурсите. Модел на подобна матрица е представен на таблица 2 със следните характерни особености:

- всички болести са разпределени в три групи: с висок, среден и нисък приоритет според разпространението им;
- всички интервенции са категоризирани в три групи: с висока, средна и ниска разход/ефективност при реализацията им.

Матрицата свързва два вида критерии (болести/дейности) и осигурява полезна информация за ефективното разпределение на ограничените държавни и обществени ресурси. Таблица 2 представлява нагледно пособие, което посочва как средствата от държавния бюджет да бъдат изразходвани за контрол върху високо приоритетни болести, с използване на ефективни интервенции.

Таблица 2. Матрица за избор на приоритетни дейности и приоритетното им финансиране при контрола на масово разпространени заболявания

Интервенции \ Болести	Болести с висок приоритет	Болести със среден приоритет	Болести с нисък приоритет
Интервенции с висока степен на разход/ефективност	++++	+++ -	+++ --
Интервенции със средна степен на разход/ефективност	+++ -	+++ --	++ ---
Разход/неефективни интервенции	+++ ---	+ ----	-----

Източник: По Xingzhu Liu, (WHO, 2003)

Легенда: (+) препоръчва се използването на държавни и обществени средства
(-) не се препоръчва използването на държавни и обществени средства

Трябва да се избягва изразходването на публични средства за борба с ниско приоритетни заболявания в комбинация с неефективни методи. При особени случаи може да се вземе решение за използването на държавни или обществени средства за борба с приоритетни заболявания, независимо от разход-ефективността на използваните методи и обратно, използване на ефективни интервенции независимо от приоритетността на заболяванията. В тези случаи неефективният избор най-често е плод на политически компромис или резултат от политически натиск. Представената на таблица 2 технология използва знаците (+) и (-), като на всеки от тях общият брой е 5. Колкото по-висок е броят на плюсовете, толкова по-силно се препоръчва използването на бюджетни средства. Обратно, колкото повече на брой са минусите толкова по-силно не се препоръчва използването на обществени средства.

Не трябва да се счита, че при наличието на научни доказателства, подпомагащи точното разпределение на обществените финансови ресурси, то реалното им разпределение ще бъде лесно въз основа на избраните приоритети. Това е едно от най-трудните управленски решения за здравните администрации. Както в икономически развитите, така и в развиващите се страни, те избират своите здравни приоритети (сърдечно-съдови и онкологични заболявания, травматизъм, СПИН, инфекциозни, тропически и др. заболявания) както и разход-ефективните подходи за действие (здравна промоция, профилактика, първична помощ и др.) като независимо от това държавният и общински бюджети са преимуществено изразходвани за дейности на третичното ниво от системата на медицинската помощ. (Чамов, 2008: 248)

ПРОБЛЕМЪТ ЗА ПРИОРИТЕТИТЕ В БЪЛГАРСКАТА ПРАКТИКА

Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) разпределя финансовите си средства точно по двойки „заболяване – лечение“ (за каквито могат да се приемат клиничните пътеки). Експертите на НЗОК имат на разположение обща сума, в рамките на която трябва да определят броя на пациентите и „цената“, която НЗОК може да заплати за лечението на всеки пациент по дадена „пътека“. (Давидов, 2004:207)

Появяват се с пълна сила сложните проблеми при решаването на тази задача – да се определи кои и колко на брой заболявания ще се лекуват с ограничените средства, с които разполага НЗОК. Решението на задачата има и социални последици – пациенти със заболявания, лечението на които НЗОК не заплаща, ще трябва да заплащат сами лечението си.

Принципната постановка на подобна задача изглежда по следния начин. Допускаме, че клиничните пътеки, клиничните процедури и амбулаторните процедури (КП, КПр и АПр) са разработени за обхващане на всички реално лекувани в болниците пациенти и са определени техните параметри – брой пациенти и „цена“ на една КП. Разглеждаме условен списък:

Таблица 3. Условен списък на очакван брой пациенти и общо разходи за всички пациенти по клинични пътеки

Вид КП	Очакван брой пациенти	Разходи за една КП	Общо разходи за всички пациенти по КП
КП 1	5 000	700 лв.	35 000 000 лв.
КП 2	1 000	1 600 лв.	1 600 000 лв.
...
...
КП n	2 000	400 лв.	800 000 лв.
Общо:	1 800 000	x	3 000 000 000 лв.

Източник: по Б. Давидов

Или за всички 1 800 000 пациента, лекувани в болниците по всички КП, са необходими 3 млрд. лева (сумите са условни).

Ако тази сума (условно 3 млрд. лева) надхвърли предварително предвидената сума, ще трябва да се търсят ограничения в две насоки:

1. Намаляване на броя на КП, което означава, че лечението на някои заболявания няма да се заплаща от НЗОК, съответно - или пациентите ще го заплащат „пряко от джоба си“, или ще се лекуват за сметка на държавните и общински болници, голяма част от които през последните години натрупват огромни задължения.

2. Намаляване на очаквания брой пациенти.

Това означава лимитиране на броя пациенти по дадена КП. Може би ще се наложи въвеждане на критерии за подбор на пациентите в рамките на дадена КП (опашки или административни процедури за подбор). Останалите пациенти извън този лимит ще трябва да заплащат „от джоба си“, или отново да се лекуват за сметка на държавните и общински болнични лечебни заведения.

Методите за избор на ограничения са разнообразни – могат да се използват различни критерии за избор на решение.

НЕОБХОДИМОСТ ОТ БАЛАНС МЕЖДУ КОНЦЕПЦИИТЕ НА КЛИНИЦИСТА И НА ИКОНОМИСТА

В сферата на медицинските услуги се сблъскват две концепции. Концепцията на клинициста (така нареченият „технологически императив“) е, че той трябва да направи за пациента всичко, на което е обучаван, независимо от разходите. Концепцията на икономиста е, че е необходимо да се търси максималният полезен резултат от разхода на всеки ресурс. (Давидов, 2004:209)

Изглежда напълно логично до леглото на конкретен пациент да доминира концепцията на клинициста. Един „етаж“ по-нагоре – на равнището на болничното отделение – започва да се проявява и концепцията на икономиста – поставя се въпросът кой от наличните пациенти ще има по-голяма полза (полезен резултат), за да се отдели за него малко повече от дефицитните ресурси (време, внимание, медикаменти, апаратно изследване, хирургична интервенция и т.н.).

На равнище мениджмънт на лечебното заведение определено трябва да доминира концепцията на икономиста. Трябва да се реши как да се разпределят наличните ограничени ресурси на лечебното заведение, за да се получи максимален здравен резултат от цялостната му дейност.

Разглеждаме позициите на „икономист“ и „клиницист“ условно, тъй като става дума не за професии, а за начини на мислене. Ясно е, че на всяко от равнищата трябва да се търси необходимият и възможен баланс между двете концепции, както и да се спазват моралните и етични категории.

ПРЕПОРЪКИ ЗА ОПТИМАЛНО ИЗПОЛЗВАНЕ НА ЕФЕКТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ЗА КОМПЕТЕНТЕН И ЕФЕКТИВЕН ИЗБОР НА ПРИОРИТЕТИ ВЪЗ ОСНОВА НА ОЦЕНКА НА РИСКОВИ ФАКТОРИ И СЕЛЕКЦИЯТА НА РИСКОВИ ГРУПИ В ЗДРАВЕОПАЗНАТА ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

Стюардшип – използва се като система за „внимателно и отговорно управление на здравеопазването“ на базата на приоритети с цел постигане на национално здравно благополучие. В йерархично-концепционен план стюардшип представлява по-високо ниво в сравнение с ръководството и мениджмънта.

Повишаване на институционалния капацитет за добро управление на системата – в този случай под капацитет се разбира способността на мениджърите, вземащи решения, да преодоляват тези технически трудности, които силно ограничават способността им за добри решения. Необходимо е мениджърите да асимилират наличната информация и доказателства като основа за вземане на решения и за диалог със заинтересованите лица и институции при избора на приоритети.

Мобилизиране подкрепата на обществеността – изразява се в това, че добре информираното общество може да използва колективната си сила, за да окаже влияние върху

правителствените решения; общественият фактор може да се използва като контролираща и балансираща сила срещу политическия натиск за избор на приоритети.

Мотивация на правителството за ефективно разпределение на ресурсите предвидени в бюджета – използваните механизми на правителствено ниво за ефикасно изразходване на предоставените финансови средства са различни. Например Министерство на здравеопазването може да предостави като мотивация допълнителни ресурси за доказано ефикасни дейности, като изиска областно или общинско кофинансиране.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Потребността от използване на приоритетния подход за решаване на проблемите в здравеопазването е исторически обоснована в процеса на общественото развитие. Тази потребност се дължи преди всичко на ограничените здравни ресурси и има за цел да осъществи тяхното най-рационално използване.

Динамично променящите се потребности на фона на ограничени ресурси налагат трудни решения, които още повече се изострят в периоди на икономически спад. Отговорите на здравната система на тези променящите се тенденции изискват иновативни и комплексни решения, насочени към крайните потребители, в т.ч. и хората в добро здраве, които да са базирани на доказателства и да са възможно най-устойчиви на икономическите въздействия и кризи. Това налага преориентиране на здравната система, за да се даде приоритет към превенция на болестите, насърчаване на непрекъснато подобряване на качеството и интегриране на предоставянето на услуги, осигуряване на последователност на грижите.

Представената технология за избор на приоритети изисква широк набор от интердисциплинарни знания и умения за нейното компетентно приложение. Необходими са още политическа воля и обективност, партньорство и добър мениджмънт на наличните знания и умения в системата на здравеопазване.

БИБЛИОГРАФИЯ:

Воденичаров, Ц. (2003) 7-те разлики между медика и мениджъра. Фондация Отворено общество, София [Vodenicharov, Ts.(2003) 7-te razliki mezhdur medika I menidzhgura. Fondatsiya Otvoreno obshtestvo, Sofia]

Гладилов, Ст., Делчева, Е., (2009) Икономика на здравеопазването. Princeps, София [Gladilov, St., Delcheva, E., (2009) Ikonomika na zdraveopazvaneto. Princeps, Sofia]

Годишен доклад за 2020 г. за състояние на здравето на гражданите и окончателна оценка за изпълнението на Националната здравна стратегия 2020, Министерство на здравеопазването [Godishen doklad za 2020 g. za sustoyanieto na zdraveto na grazhdanite I okonchatelna otsenka za izpalnenieto na Nacionalnata zdravna strategiya 2020, Ministerstvo na zdraveopazvaneto]

Давидов, Б. (2004) Болнична икономика. Св. Климент Охридски, София [Davidov, B. (2004) Bolnichna ikonomika. Sv. Kliment Ohridski, Sofia]

Давидов, Б.,(2000) Здравните ефекти – пресечна точка на интересите на клиницистите и здравните икономисти. в: Здравната реформа в България Втора част. Под ред. на проф. М. Попов. Министерство на здравеопазването, Национална здравноосигурителна каса, Испанска агенция за международно сътрудничество. Македония прес, София [Davidov, B. (2000) Zdravnite efekti – presechna tochka na interesite na klinicistite i zdravnite ikonomisti. v: Zdravnata reforma v Bulgaria Vtora chast. Pod red. na prof. M. Popov. Ministerstvo na zdaveopazvaneto, Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa, Ispanska agentsiya za mezhdunarodno sutrudnichesvo. Makedoniya pres, Sofia]

Институт за икономически изследвания при БАН (2020) Икономическо развитие и политики в България: оценки и очаквания, София [Institut za ikonomicheski izsledvaniya pri BAN (2020) Ikonomichesko razvitie i politiki v Bulgaria: otsenki i ochakvaniya, Sofia]

Национална здравна стратегия 2020, Министерство на здравеопазването [Natsionalna zdravna strategiya 2020, Ministerstvo na zdaveopazvaneto]

Национална здравна стратегия 2021-2030, Проект, Министерство на здравеопазването [Natsionalna zdravna strategiya 2021-2030, Proekt, Ministerstvo na zdaveopazvaneto]

Чамов, К. (2008) Изборът на приоритети в здравеопазването – принципи, техника, използвани техники, в: Петрова, Зл., Чамов, К., Гладилев, Ст. (2008) Качество на здравеопазването. Съвременни измерения и тенденции. Health media group, София [Chamov, K. (2008) Izborut na prioriteti v zdaveopazvaneto – printsipi, tekhnika, izpolzvani tekhniki, v Petrova, Zl., Chamov, K., Gladilov, St., (2008), v: Kachestvo na zdaveopazvaneto. Suvremenni izmereniya i tendentsii. Health media group, Sofia]

Рохова, М. (2017) Модели за разпределение на ресурсите в здравеопазването, в: Известия на Съюза на учените – Варна, Серия „Икономически науки“, бр. 1, с. 247-262 [Rokhova, M. (2017) Modeli za razpredelenie na resursite v zdaveopazvaneto, v: Izvestiya na Suyuza na uchenite – Varna, Seriya „Ikonomicheski nauki“, br. 1, pp 247-262]

Уйлямс, Ал. (2001) Определяне на приоритетите в общественото и частното здравеопазване, в: Здравна икономика. Стоти, Пловдив [Uilyams, Al., (2001) Opredelyane na prioritetite v obshtestvenoto i chastnoto zdaveopazvane, v: Zdravna ikonomika. Stovi, Plovdiv]

Global Forum for Health Research, The 10/90 Report of Health Research, Geneva, 2001, 155

European Commission (DG ECFIN)-EPC (AWG) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016-2070)*. Institutional Paper 079. May 2018. European Commission, Brussels.

Liu, Xingzhu. (2003) Policy tools for allocative efficiency of health services, WHO, Switzerland, 155 p.

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.

Council of the European Union (2019), *Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of Bulgaria*, <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10155-2019-INIT/en/pdf>

Williams, A. (1992) Priority Setting in a need-based System, in: Technology and Health Care in and Era of Limits, NAP, Washington DC, pp 76-96.