

## ЗА „ЗДРАВ СМИСЪЛ“ И „ЗДРАВОСЛОВНИ ЕФЕКТИ“ НА РЕФОРМИТЕ В УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

/Защо и как конфликтът между здравеопазването като социално благо и пазарния модел на неговото управление ерозира системата/

Проф. д.ик.н. Мария Сотирова

/Реплика на дилетант<sup>1</sup>/

Две обстоятелства ме окуражават за размисли върху един болезнен за хората и обществото проблем – реформите в здравеопазването, превърнали се в предмет на периодични остри дискусии. Едното е доминиращият финансово-икономически и управленски аспект в дискусиите, водени предимно сред икономисти и разбираемо с липсата на мисъл и смисъл за здравеопазването като най-хуманистичната сфера в обществата. Другото, макар и свързано с първото, е прозрението на Фредерик Бастиа, виден френски мислител, политолитически философ и публицист от XIX век, според който: „лошият икономист вижда само непосредствения, видимия ефект, а добрият винаги се интересува и от вторичния резултат на стопанските решения, но той се проявява значително по-късно от първоначалния.” И не случайно съвременната, стандартна икономическа теория /наричана по силата на своя англосаксонски генезис „икономикс“/ откроява дългосрочните и краткосрочните фактори и ефекти на растежа като фундамент на структуриране на икономическата теория и мисъл, на икономическите политики и практики. Ето защо настоящият коментар се фокусира **към теоретичните основи на здравната реформа, търсейки отговор на въпроса доколко нейната философия и практическа реализация кореспондират с базисни тези на икономическата теория.** В този смисъл логично най-напред възниква въпросът – каква по своя характер е реформата на здравеопазването: с краткосрочен или с дългосрочен ефект. По принцип всяка реформа на една или друга система означава дълбока, мащабна промяна, разбираана като смяна или промяна на модела на нейното

---

<sup>1</sup> В управленската теория и практика съществува т.н. „метод на дилетантите“, с който се търсят нестандартни решения сред професионални общности, необременени от доминиращите в една теоретична доктрина тези.

изграждане и функциониране, т.е на нейното управление. Или реформата по принцип и по своята същност е фокусирана или цели преди всичко дългосрочни ефекти, без да се подценяват и краткосрочните ефекти. Но реално и практически с реформирането, в чието наименование е вложена дълбока мъдрост, се преследва текущо рационално използване на ресурсите чрез тяхното „преструктуриране“. А у нас преструктурирането – кодовото наименование на реформите – означава съкращаване на дейности, на заети, т.е. на трудови, материални и финансови ресурси. Или преструктурирането е респектиращо звучащ термин, завоалиращ негативния в масовите представи ефект на реформирането – съкращаване на заетостта. При това критерий за разграничаване на краткосрочните и дългосрочни фактори, промени, ефекти не е периода, както обикновено се възприема, а корена промяна в съотоншението на цялата гама от производствени фактори /или ресурси/, които задвижват функционирането на една система.

Здравеопазването, и не само тази система, е подложена повече от две десетилетия на „реформиране“ на нейното управление, чиито ефекти, според общественото и експертното мнение, са катастрофични. Или здравеопазване в България все още съществува въпреки реформиращото се управление на системата. И причината за неговия колапс е **в генезиса на модела, в който е заложен конфликтът между пазарния характер на модела, от една страна, и хуманитарната природа и социалните измерения на здравеопазването, от друга страна.** Затова и анализът на реалната ситуация на здравеопазването, на функционирането на системата не бива да остава само на емпирично равнище и по отношение на текущо състояние, като се ограничава само до оценка на вложения финансов ресурс, на посоката, мащабите и динамиката на паричните потоци към здравната система. А отговорът на въпроса какви са ефектите /хуманитарни, социални, дори и икономически в кратък и дългосрочен план/, които се реализират с вложените ресурси е пренебрежително незначим проблем за субектите, които вземат решения. Време е дискусията да се върне към началата на реформата – да рестартира с анализ на модела на управлението на системата на здравеопазването, което предполага коментар и оценка на фундаменталните принципи на нейната конструкция, устройство и функциониране.

### **1. За базисния конфликт в модела на здравеопазването.**

От хилядолетия, откакто съществува човешката цивилизация, здравето се възприема и третира като най-висшата човешка и обществена ценност. А ценностите, както е известно, нямат цена – те са безценни. Затова и като основни граждански права в съвременния цивилизационен свят са прокламирани принципите на равен достъп и равнопоставеност на гражданите до здравеопазване, т.е. до здравни услуги. Поради това здравеопазването в съвременните обществени науки, респективно и в икономиката се разглежда като социално благо, чиято реализация е организирана на основата на колективно потребление, както е и при образованието, националната сигурност, и др публични блага от общ интерес. Затова и социалните/публичните блага се „произвеждат“ от държавата, т.е. от създадени, организирани и управлявани от държавата специализирани субекти /структури и организации/, тъй като **само държавата може да осигури и гарантира организирана система за колективно потребление на социални блага, в случая на здравни услуги на принципите за равен достъп и равнопоставеност на гражданите до тях.** И тук е първият сблъсък или конфликт между природата и същността на здравеопазването като социално благо и пазарния модел на неговото функциониране и управление. Ефектите или последиците от това противоречие са реални и очевидни – **равнопоставеността и равният достъп като граждански права и принципи на функциониране на здравеопазването са изпразнени от съдържание, превръщат се в клишета за политическа употреба.** Време е да се каже открито, че налаганият модел на здравеопазване осигурява равен достъп до здравни услуги и особено до качествени здравни услуги на тези, които са в състояние да ги заплатят. Примерите са много и най-различни – фрапантни са случаите с медицинските средства /клапи, стави, лещи и редица други/, упойки, лекарства и т.н.

Като човешка ценност с изключителна обществена значимост **здравеопазването има и краткосрочни, и дългосрочни ефекти**, затова и неговата текуща реализация и развитие се базира на оползотворяване и на краткосрочните и дългосрочните фактори на развитие. Практическите критерии за тяхното отграничаване е скоростта на възвращаемост на вложените инвестиции. Инвестициите в краткосрочните фактори на растежа се възвръщат със „скорост“ във времето, която позволява възпроизводство на

производствения цикъл, т.е. текущото подържане на дейността. Докато възвращаемостта на инвестициите в дългосрочните фактори на растежа са отложени във времето, дори трудно може да се прогнозира и проектира периода на тяхната възвращаемост. Това разграничение в икономическата теория има ключово значение при оценка на ефектите от функциониране на пазарния механизъм и публичните разходи за стимулиране на икономическата ефективност. Затова и инвестициите в краткосрочни фактори на растежа, са предмет на предприемаческа активност, докато инвестициите в дългосрочните фактори на развитие, чиято възвращаемост е отложена във времето, са обект и предмет на публични разходи, т.е. на държавно финансиране – поне такава е философията и подходите на икономическата наука.

Здравеопазването, както и всяка друга система, се задвижва и от краткосрочни, и от дългосрочни фактори на растежа, но ефектите от неговото функциониране се оценяват и коментират чрез текущи монетарни индикатори като вложени финансови ресурси, обем и цени на здравните услуги и от позициите на финансовите интереси на здравните заведения. Дори лечението на едно заболяване има своите текущи и дългосрочни ефекти, за да се проведе ефективно едно лечение, особено в съвременния свят, зависи най-вече от инвестициите в дългосрочните фактори на растеж – научни изследвания, технологична модернизация и т.н. Ето защо и логически, и теоретически е необосновано текущите финансови резултати от дейността на здравните заведения, макар и да се търговски субекти, да са разглеждат като единствен индикатор за „здравословното състояние“ на здравната система.

Природата на здравеопазването, спецификата на неговите ефекти за хората и обществото, характера на факторите, които го задвижват, провокират размисли за адекватността на модела на неговата организация и управление, обуславят необходимостта от анализи, оценки и преоценки на политиките и механизмите, чрез които да се осигури реално оползотворяване на прокламираните граждански права.

**2. За несъвършенствата на пазарния модел на функциониране на здравеопазването.**

Несъвместимостта на природата на здравеопазването с пазарния модел деформира функционирането и на здравеопазването, и на пазарния механизъм, генерира и социални, и пазарни дефекти, вместо ефекти. За да не звучи голословно тази теза нека да очертаем основни и конкретни форми на проявление на очевидната несъвместимост.

**Първо.** Здравните структури, реализиращи здравни услуги /лични лекари, поликлиники, болници, лаборатории и др./ са търговски субекти, те имат търговски статус под формата на еднолични търговци, търговски дружества от рода на ЕООД, ООД, АД и т.н. И едно ДКЦ или болница, и пицариите и кафенетата до тях имат един и същи правно-организационен статус - търговец. Интересът на един търговски субект е да максимизира своите монетарни ползи, своя финансов резултат, докато предназначението на здравеопазването като социално благо е да опазва здравето и живота на хората, което е безценно. Тази хуманитарно-социална дейност, „облечена“ в търговска форма, силно деформира интереса на здравните заведения. Техният търговски статус подменя тяхната природа, предназначение, цели, в резултат на което техният интерес се пребазира от постигане на здравеопазващи цели към постигане на финансови резултати. Противоречието между природата и характера на здравеопазването с търговския статус на здравните субекти има принципно, фундаментално значение, тъй като предопределя целите и механизмите на тяхното функциониране. Търговските субекти имат търговски интереси и техните цели са подчинени на постигане на финансови резултати, докато целите пред здравните заведения, реализиращи здравни услуги, са подчинени на постигане на резултати в лечението, профилактиката и др. Управлението на системата в тази търговска форма не се интересува от ефекта на лечението. Нещо повече интересът е насочен към минимизиране, дори и съкращаване /разбира се изборително според платежеспособността на пациента/ на лечебни дейности и процедури с оглед минимизиране на разходите и максимизиране на финансовите резултати.

**Второ.** Търговският принцип на функциониране на здравните заведения се проявява и на равнището оценка на тяхната дейност, което задълбочава противоречията между природата на здравеопазването и пазарния модел на неговото управление. В литературата са известни и на практика се прилагат два подхода на оценяване – единият е чрез

индикаторите и механизмите на икономическата ефективност и другият – чрез индикаторите и механизмите на организационната /управленската/ ефективност или ефикасност. Разликата между тях е съществена и по един неоспорим начин разкрива философията, разбиранията, отношението на „реформаторите“ към здравеопазването. Икономическата ефективност разкрива текущата ситуация, оценява използването на ресурсите чрез съотнасянето на обема на дейността с вложените ресурси. Или какъв резултат или обем дейност се създава с единица вложен ресурс, или какво е равнището на вложените ресурси на единица обем дейност. Здравеопазването като система, която създава публично благо, ако не само, то най-малкото, следва да се оценява и чрез подходите и критериите за ефикасност или управленска ефективност. Тази категория и този подход се базира на съотношението между постигнати цели и вложени ресурси, оценявано на различни равнища – от здравни организации и структури до националната система. Затова и фундаменталният проблем на реформата е доколко управлението на здравната система реализира поставените цели и задачи пред здравеопазването с осигурените финансови ресурси, които по принцип са ограничени. Дотук в дискусиите никой никога не коментира целеполагането в здравната система, формирането, задаването на целите, тяхното декомпозиране до равнища на конкретни задачи, измерването им и т.н. Да не коментираме проблема за практическата оценка на управленската ефективност, степента на постигане на целите в резултат на вложените в системата или в отделно заведение ресурси. Проблемите на здравеопазването в дискусиите се свежда само и единствено до финансовото състояние, т.е. до икономическата ефективност, оценяване чрез финансовите резултати – кое лечебно заведение е в тежко финансово състояние, или е пред финансов колапс. А този проблем се усилва не само от ограничеността на ресурсите, но и икономическите основи /собствеността/, на които е изградена здравната инфраструктура – мрежата от здравни заведения.

**Трето.** Както е известно пазарният модел на здравеопазване у нас /и не само у нас/ превръща здравеопазването в сфера на частна предприемаческа активност. Икономическият аргумент на един такъв подход е, че по такъв начин се създава конкурентна среда, която генерира ефективно функциониране на пазарния механизъм в този сектор. Ефективността на функционирането на пазарния механизъм, теоретически и практически, се

обяснява с конкуренцията като генетично свойство на поведение на пазарните субекти, като движеща търсенето и предлагането сила, като инструмент за максимизиране на ползите на участниците в пазарните отношения. Затова и в основен принцип на пазарния механизъм се извежда **съвършенството на пазарната конкуренция**. Макар и да се премълчава този проблем, като се пропуска неговия коментар в дискусиите, следва категорично да се заяви, че **моделът на здравеопазване допуска, въвежда, дори насърчава пазарната конкуренция..... Но каква е в реалност конкуренцията в здравеопазването?** Интересно е да се проследят формите на конкуренцията и по-конкретно измеренията на нейните „съвършени ефекти“, по-скоро дефекти. Трудно е да се постигне изчерпателност в описанието на този проблем, затова ще акцентираме на ключовите моменти, независимо че някои от тях вече са коментирани.

- Пазарният модел на здравеопазването е реализиран по начин, който **пребазира конкуренцията между търговските субекти от терена на реализацията на здравните услуги на терена на придобиване на финансовия ресурс, т.е преносочва се от изхода към входа на системата, т.е. от резултата /здравната услуга/ към входа /ресурса/**. Или деформирането на здравната система се генерира най-вече от механизма на финансиране, основан на фундаменталния пазарен принцип – конкуренцията. Търговските субекти се конкурират на терена на разпределението на ограничен ресурс, концентриран и управляван от монопол /национална здравно-осигурителна каса/ или олигопол /при вариант на демонополизиране на здравноосигурителната каса/. Разликата в монопола и олигопола не е съществена по отношение на обема и цените на „реализаторите“ на една или друга здравна услуга. И при двата варианта конкуренцията е несъвършена. Действащият модел на финансиране формира у здравните заведения поведение на търговски субекти, силно повлияно от интерес към високи цени и количеството на здравите услуги, т.е на числеността на пациентите. Никой, нито държавни органи, нито здравни заведения се интересуват от предназначението на здравеопазването, от качеството на здравните услуги. Затова и частната предприемаческа активност се насочва към скъпоструващи здравни услуги и пренаселените места. Следователно, едва ли ще бъде пресилено да се констатира, че пазарният модел на управление на

здравеопазването гравитира по-скоро към комерсализацията като най-уродливата форма на пазарните отношения.

- Друг парадокс, който налага пазарният модел на здравеопазването, е **допускането на конкуренция между частните и публичните, между малки и големи здравни заведения**. А този парадокс, практически се трансформира в канал за допълнителен трансфер на публични ресурси от държавните към частните здравни заведения. Съзнателно и целесъобразно пациенти се насочват от държавните към частните заведения. Формират се своеобразни „вериги на доставки“ на здравни услуги със сериозни икономически ефекти на равнище частни корпоративни ползи и лични интереси на управляващите публичните здравни заведения.

- По принцип функционирането на пазарния механизъм се основава на саморегулацията, на свободното поведение на пазарните субекти, пазарният модел на здравеопазването се основава на административен механизъм, на чиято основа дори можем да конструираме ново понятие оксиморон – „администриран пазар“. Неговата структура може да се опише със следните компоненти и механизми: пазарните субекти са здравната каса и търговските субекти/здравни заведения, а гражданите/пациенти са предмет на пазарните сделки, на пазарен оборот. Индивидът не е субект на пазарните отношения, както е при другите пазари, а обект на пазарна сделка. Затова и битката чрез частните здравни заведения е за високо пратежоспособните индивиди. Следователно конкуренцията между търговските субекти не е на терена на реализацията на здравните услуги, а на „гишето“ на здравната каса. Освен това функционирането на „администрирания пазар“ в здравеопазването има своята висока цена. Съзнателно или не този проблем не се коментира, дори липсва публична информация за размера на финансовия ресурс, който акумулира администрирането на пазара на здравни услуги. Срещала съм подобен ракурс на анализ в произведения на Григор Димитров, представител на БСК в НЗОК.

Коментирайки дефектите на пазарния механизъм, нека не пропускаме и едно съществено обстоятелство, което има своя съществен принос за техния генезис. А това е средата – културологична и цивилизационна, в която се прилага един пазарен модел. Пазарът не е пространство, както често се

третира в коментарите, а механизъм и ефектите от неговото прилагане зависят и от манталитета на хората, субекти на един или друг тип пазарни отношения т.е. кой как го разбира и прилага. По един начин се борави с пазарния механизъм в северноевропейските, скандинавските страни, по друг начин в страните от балканския регион. По нашите територии пазарът се възприема като „далавера“ и в твърде широк план така се и прилага. Затова и принос за провала на пазарния модел имат и хората, които боравят с него.

Трансферираният в България пазарен модел обяснява посоката и перспективата в развитието на здравеопазването. Налице са индикации да се констатира, че здравеопазването се утвърждава и развива като икономически сектор, обект и предмет на частна предприемаческа активност с висока добавена стойност. В публичното пространство се лансира информация, че частните болници вече са стотици и по численост надвишават държавните. **Успоредно съществуват и публични, и частни здравни търговски субекти, които функционират на идентични пазарни механизми, в една псевдо конкурентна и силно деформирана пазарна среда.**

Следователно, когато пазарният модел на управление противоречи на природата и характера на здравеопазването. Когато интересите и дейността на здравните заведения са търговски, целите са манипулативни, то ефектите са деструктивни за системата, за индивидите и обществото.

### **3. За базисните проблеми и ограничения на системата на здравеопазване**

Размислите върху възможността за разработване на един не само финансово, но и социално позициониран модел на здравеопазване, функциониращ в пазарна среда отвеждат към формулиране на основните проблеми, чието решаване очертават контурите на модела. Без да се претендира за изчерпателност и безусловност нека се опитаме да ги обособим в следната логика.

**Първо.** Основният въпрос, на който следва да се търсят отговори е – как да се организира системата на здравеопазване, която:

- създава публично благо в пазарна икономика, т.е. в пазарна среда;

- и осигурява равен достъп и равнопоставеност на гражданите до здравеопазване.

Отговорът на този въпрос гравитира към тезата: здравеопазването в съвременните общества се очертава като публично благо със смесен характер – от една страна е социална благо от друга страна пазарна услуга. Отговорност и принос в здравеопазването следва да имат всички заинтересовани субекти – индивиди и домакинства; работодатели и работници и служители; и държавата за да се осигури равен, солидарен и справедлив достъп до здравни услуги на всеки гражданин. Реализирането на здравеопазването като публична услуга със смесен характер на основата на принципите за равен достъп и равнопоставеност на гражданите до здравни услуги е в преоргативите на държавата. Нейна е отговорността за изработването на политики и механизми /организационни и финансови/, адекватни на природата на здравеопазването.

**Второ.** За всеки е разбираемо, че здравеопазването е неимоверно скъпа дейност и не заради това, че здравето е човешка и цивилизационна ценност, а най-вече поради интензивното развитие на постижения на медицинската наука и фармацевтичната индустрия, на технико-технологичния прогрес в диагностиката и лечението, чиито комбинации създават невероятен потенциал за синергичен ефект върху здравето и благоденствието на хората и обществата. А реално оползотворяване на прогреса в неговите разностранни аспекти зависи от ресурсната осигуреност на индивидуално и национално равнище. Ето защо не само отделните индивиди, но и отделните общества и страни за да имат съвременно, на високо равнище здравеопазване, следва да инвестират много, което означава, че не всички общества и индивиди могат да имат равностепенно равнище на развитост на здравеопазване, защото ресурсната осигуреност първо е различна, и второ ресурсите по своя генезис са ограничени. И не случайно ефективното използване на ограничени ресурси се разглежда като основен проблем на икономическата наука, както и на всяка сфера и система на управление. Ето защо ефективното използване на ресурсите остава основен проблем на функционирането на всяка система, и е възможно да се постигне и в здравеопазването без да се елиминира правото на равен достъп. В търсенето на решения на тези проблеми следва да започне с осмисляне на представите за ефективност на здравеопазването,

дефиниране на нейната същността, формулиране на целите и проблемите на системата, критериите и индикаторите за оценка на ефектите от здравеопазването.

**Трето.** Допускането на частната предприемаческа активност разрастването на мрежта от частни здравни заведения не осигурява, а ограничава и деформира равния достъп. След като здравеопазването е социално благо с висока стойност, възниква въпросът за икономическите основи на здравеопазването като „продуктивна“ система – доколко тази система функционира като публична дейност и се базира на държавна собственост и доколко е обект и предмет на предприемаческа активност, базирана на частната собственост. В първия вариант доминира разбирането за здравеопазването като социално благо, а във втория – като пазарна услуга. Първият вариант предполага равния достъп, вторият е въпрос на финансови възможности на потребителите на здравни услуги, т.е. на пациентите. Ориентацията към втория вариант не е алогично или нерационално, но неговото прилагане следва да се направи по адекватен начин – да се формулира и декларира открито, че здравеопазването се позиционира:

- в два сектора – публичен и търговски, въпрос на частна предприемачески дейност;
- и на два сегмента – сегмента на богатите и сегмента на бедните.

На тази основа да се отграничат и двата подхода на управление на здравеопазването като пазарна услуга и като публично благо. Прилаганият у нас вариант гравитира към един комбиниран вариант – функционират и публични, и частни заведения при еднозначен режим на тяхното финансиране, в резултат на което, равният достъп и равнопоставеността се предоставя на богатите, но не и на бедните, а към тях у нас попада и т.н. средна класа, чиито доходи са на и под средното равнище на заплащане. Частните медицински заведения се финансират на равни основания като държавните, и обратно. Наясно съм, че може да бъде оспорвана тази позиция, но практически това е държавна субсидия за частни компании. Това, че формирането на финансовия ресурс се реализира чрез участие в социалното осигуряване и на заетите, и на работодателите, и на държавата не променя неговия публичен характер, но провокира размисъл относно

равнопоставеността на публичните и частните здравни заведения до финансовия ресурс, формиран чрез механизма на социалното осигуряване. В резултат на прилагания модел на управление на здравеопазването се постига следния дефектиран ефект – равнопоставеност на здравните заведения /публични и частни/ до публичен финансов ресурс; неравен достъп или подход на дискриминация на гражданите до здравеопазване.

**Четвърто.** Както вече се изтъкна от здравето на хората са заинтересовани всички субекти – индивиди и домакинства, работодатели и държава. Затова и всички заинтересовани страни участват във формирането на финансовия ресурс чрез системата на здравно осигуряване, която практически се е наложила в целия свят. Освен това изключително важен е проблемът за характера на осигурителната система – доколко запазва своя обществен и доколко придобива инвестиционен характер, т.е. доколко се трансформира в предмет на частна предприемаческа активност, която като е всеизвестно преследва икономически изгоди, т.е. доходи. В подхода, в режимите на здравното осигуряване е закодиран генезисът на пазарния механизъм. Когато публичната система на здравеопазване се допълва с различни, било задължително допълнителни, било доброволни инвестиционни осигурителни или застрахователни режими, равният достъп вече е денонсиран. Към това като се прибави и разрастващият се обем на персонално заплащаните здравни услуги, равният достъп до здравеопазване се превръща в химера. Имайки предвид пазарния просперитет на осигурителните фондове и застрахователните компании, логично възниква **основният въпрос – доколко политиките на държавата за разрастването на допълнителните режими на осигуряване или застраховане са въпрос на грижа за сигурността на гражданите или грижа за разширяване на приложното поле на частната предприемаческа активност.** Настоящата ситуация в социалното и здравното осигуряване потвърждава по-скоро втората теза.

**Пето.** Относно разпределението на финансовия ресурс. В реализацията на този именно процес се проявява най-вече конфликтът между възприетия пазарен модел на управление на системата и природата на здравеопазването като социално благо. Разпределението на ограничен, както от икономическото развитие на обществото, така и от административно

определените равнища на осигурителни вноски, финансов ресурс се осъществява на пазарни принципи и чрез пазарни механизми. Нека отново да ги припомним чрез кратка систематизация:

- Здравните услуги се предлагат и реализират от пазарни субекти /еднолични търговци и търговски дружества/;

- Стимулира се частната предприемаческа активност /частни осигурителни фондове, частни клиники и болници, лаборатории и т.н./;

- В ход е пазарна конкуренция в процеса на разпределение на финансов и то ограничен ресурс при фиксирани цени на здравните услуги и дейности. А конкуренцията е ефективна в процеса на създаването, но не и в процеса на разпределението на ресурси. Във втория случай са възможни вредни практики за максимизиране на търговските ползи.

- Конкуренцията е монополистична по своя характер не само от доминацията на НЗОК, но и от механизмите на ценообразуване. Нито качеството, нито цената на здравните услуги имат конкурентни предимства, тъй като тя се определя на калкулативен принцип и чрез здравни пътеки.

На фона на така очертаната пазарна реалност, логично възниква въпроса – възможно ли е извън пазарния механизъм да се постигне и ефективно, и целесъобразно изразходване на финансовия ресурс.

#### **4. За базисните репери на системна конструкция на здравеопазването.**

Едва ли реформите в управлението на здравеопазването ще поемат посока, различна от настоящия модел. Затова и усилията следва да се насочат не към неговата подмяна, а към неговата промяна, но не козметична, а принципна и хуманистична, целяща да отдаде значимост и приложимост на кореспондиращи с природата на здравеопазването подходи и механизми. В конкретен смисъл проблемът опира до „облагородяване“, туширане на негативните ефекти на пазарния механизъм. Съвременната реалност, когато индивиди, общности, обществата и на микро, и на глобално равнище „битуват“ в пазарна среда, когато пазарът „превзема“ всички сфери на човешкия живот, изключва възможността здравеопазването да се изведе от пазарната орбита. Затова и моделът на здравеопазването не може да се

позиционира на алтернативен избор – или пазарен модел, или публично благо. Дори да се обосноват убедителни аргументи /което не е невъзможно/ за прилагане на система на здравеопазване, позиционирана на модела за създаване на социални блага, не е възможно да се абдикира изцяло от пазарните отношения. Най-малкото, което пазарната среда налага е монетарната оценка – навсякъде и на всичко. От нея не може да се „избяга“ дори в една административна система. Ето защо се обоснова тезата, че **здравеопазването в съвременния свят има смесен характер, позиционира се и като социално благо, и като пазарна услуга**. Въпросът е как да се оптимизират пропорциите между тях как да се интегрират пазарния и социалния подход, така че да се гарантират фундаменталните принципи за равен достъп и равнопоставеност на гражданете до здравеопазване.

Решаването на този проблем предполага осмисляне, анализ и оценка на фундаментални, текущи и ситуационни фактори и обстоятелства, обуславящи и обясняващи функционирането на здравната система. Не е достътъчно да се трансферират модели и системи на принципа „така се прави“ в развитите страни с пазарна икономика, към които се стремим.

И така кои са проблемите и направленията, факторите и обстоятелствата, на които следва да се намерят обосновани и смислени решения.

- Здравеопазването има своята монетарна оценка, оснавана на високата ресурсна стойност, но това обстоятелство не означава и не предполага функционирането на здравната система да се основава на пазарния механизъм в неговия стандартен формат – взаимодействие между пазарни субекти за реализиране на сделка с интерес за максимизиране на техните икономически ползи. И това е така защото факторите, които моделират поведението на субектите на търсенето и предлагането на здравни услуги са коренно различни от тези на стоковите или факторни пазари. Ето защо **оценката на мащабите на здравеопазването, интензивността на здравните услуги е фундаментален проблем, предмет на сериозна системна изследователска дейност, а не просто „маркетингово наблюдение на динамиката на продажбите“**. И в основата на изграждането на здравната система стои проблема за подържане на една системно организирана,

текущата, и прогностична оценка на потребностите от здравни услуги, на която основа да се основава изграждането на инфраструктурата за тяхната реализация. Проблем, който се идентифицира с т.н. здравна карта на страната, която твърде дълго се коментира, но не се реализира. Безспорно здравната карта за разлика от географската карта е твърде динамична категория с нейните регионални различия, което предполага систематична изследователска дейност на наблюдение, анализ и оценка от една страна на здравния статус на населението и от друга страна на здравната инфраструктура, т.е. доколко по своите мащаби, структура и плътност кореспондира на реалните потребности и потенциалното търсене на здравни услуги. Ресурсите за поддържане и реализиране на тази дейност, нейното организационно-структурно позициониране е отговорност и ангажимент на държавата. Вместо да се правят огромни разходи за администриране на пазарния модел, част от тях могат да се насочат към дейности и структури, които измерват, анализират и оценяват „пулса“ на здравеопазването.

- С изграждането на инфраструктурната система и мрежа от здравни заведения се предпоставя и решаването на друг фундаментален проблем ресурсната необходимост и достатъчност и най-вече от кадрови потенциал за функционирането на мрежата от здравни заведения.

- Друг проблем, който засяга модела, механизмите на финансиране на здравните заведения се позиционира на тезите за структурата на разходите на търговските субекти, произвеждащи стоки и услуги и на публичните организации, реализиращи публични дейности или услуги. Всеизвестна е класификацията на разходите на постоянни и променливи. Дали една болница на годишна база лекува 10 000 или 50 000 лица тя трябва да поддържа материална база, медицински персонал и т.н., т.е. дълготрайни материални активи и специализиран персонал. Или постоянните разходи не са подвластни на обема. Текщите, променливи разходи са тези които са в пряка функционална зависимост от обема на дейността. Затова и размера на финансирането на здравните заведения, определян на основата на брой пациенти и по здравни пътеки не отчита влиянието на структурата на постоянните разходи върху формирането на стойността на здравните услуги, създавани в големи и по-малки здравни заведения. Ефектът на мащаба има решаващо влияние върху стойността на единица продукт или

услуга, респективно върху финансовия резултат на един търговски субект. Затова и механизмите за финасирането на дейността на здравните заведения следва да се съобразяват с това неизменно обстоятелство или най-малкото следва да се отграничат източниците на финансиране на постоянните и променливите разходи. Би могло да се дискутира проблема доколко е целесъобразно и възможно постоянните разходи, като функция на здравната инфраструктура, да се поемат от държавата, по който начин се отдава тежест на здравеопазването като социално благо.

- След като здравето и живота на хората са най-висшата човешка ценост, то монетарната оценка на труда на медицинските специалисти, следва да бъде позиционирана на върха на пирамидата на заплащане. Или здравеопазването следва да бъде сектора или системата с най-високо равнище на заплащане. Друг е вече въпроса за степените на диференциация по класове професии и в зависимост от други принципи и фактори.

- Следващият приоритет, но равностоеен по значимост на предходния, е технологичната модернизация. И специалисти, и политици, и администратори наблюдават динамиката в новите технологии, знаят и осъзнават значението на технологичния прогрес за всяка сфера на човешката дейност. Днес е невъзможно да се върри напред без технологична трансформация, без смяна на технологичния код на всяка дейност и система. А в сферата на здравеопазването новите технологии на диагностика и лечение се доближават до фантастични представи от близкото минало. Развитието на тази дейност е въпрос на дългосрочните фактори на растеж и тъй като възвращаемостта на инвестициите в тях са отложени във времето, то отново отговорност и ангажимент на държавата е да инвестира в развитието на научни изследвания и структури в сферата на здравеопазването. Резултатите от научните изследвания имат равностойно значение по отношение и на краткосрочните, и на дългосрочните ефекти на здравеопазването. Но в националната реалност инвестициите в наука не се вписват в приоритетите на политическата класа, защото тяхната възвращаемост е отложена във времето.

- Акцентирайки върху технологичната модернизация и научните постижения като мощни фактори за развитие на здравеопазването логично

възниква проблема за отграничаване на източниците и субектите на финансиране на дългосрочните и краткосрочните фактори на растеж. Възвращаемостта на инвестициите в дългосрочните фактори на растеж, както многократно се изтъкна, са отложени във времето, затова и разходите за научни изследвания, иновации и технологични постижения са въпрос на публични разходи, ангажимент и отговорност на държавата. Докато текущите разходи или текущите инвестиции поддържат функциониране на здравните субекти, реализирането на здравните услуги. И тези именно разходи следва да бъдат предмет на финансиране на базата на осигурителните вноски, т.е. чрез НЗОК. Тази позиция може да се оспорва, но това фундаментално разграничаване, което се прави в икономическата наука по отношение на дългосрочните и краткосрочните фактори на растеж налага въпросът на източниците и субектите на финансиране на здравеопазването и тяхното комбиниране да се постави в центъра на дискусиите. Теоретически и практически е обоснован подхода държавата да се ангажира с дългосрочните фактори на растеж – да инвестира в научни изследвания и технологични развитие, в материални и интелектуални активи. Участието на държавата не може да се ограничава до покриване/допълване на осигурителни вноски на деца, пенсионери и други социални вноски. И след като от инвестициите /дългосрочни и краткосрочни/ се очакват ефекти, проблем от фундаментално значение за модела за управление на здравната система е разработването на методика за оценка на нейното функциониране, базирана на специфични, конкретни и измерими критерии и индикатори за оценка не само на вложените ресурси, а най-вече на постигнатите резултати – ефекти с краткосрочен и дългосрочен характер.

- Друг критичен проблем в здравеопазването е хаоса в здравната инфраструктура – свръх концентрация на здравни заведения в големите градове и тотален колапс в малките населени места /общини/, в които може да видите по няколко игрални зали, но нито една аптека или лекар – едноличен търговец. Създаването на здравната инфраструктура /мрежа от клиники, болници, лаборатории и други/ не е и не може да бъде въпрос на предприемаческа, пазарна инициатива. Нейното изграждане и териториално разположение, както е известно сред професионалните среди е проблем на стандарти, а те на свой ред са продукт на сериозна комплексна и

систематична изследователска дейност, на аналитична и прогностична оценка в областта на демографските процеси и промени, на здравния статус на различните демографски и социални групи, на динамиката и честотата на заболяванията, постиженията в развитието на медицинската наука и на редица други социални области, в резултат на което да се формира здравната карта на страната и на тази основа да се очертава състоянието и перспективите в развитието на здравната инфраструктура, т.е. на мрежата от здравни заведения, предлагащи здравни услуги.

- И не на последно място е необходимо осмисляне и промяна в оценката на ефектите от функционирането на здравеопазването. Ключовият въпрос е как се разбира и как следва да се третира, с какви критерии да се оценява ефективността в сферата на здравеопазването. Монетарната оценка макар и универсален израз на стойността на ресурсите, не бива да се превръща в основен и единствен критерии за оценка на функционирането и управлението на здравната система. Както многократно се изтъкна, здравеопазването, като система създаваща социални блага, не бива да се оценява единствено и само чрез финансовите резултати като индикатори на икономическата ефективност. Ефектите от реформите в здравеопазването следва да се оценява и от позициите на: първо, доколко функционирането на здравеопазването кореспондира на своето предназначение, на стратегическите цели, на конкретните и текущи задачи; и второ до колко резултатите от реализираните здравни услуги идентифицират ефектите на лечението, профилактиката, продължителност на живот и т.н. Затова всяка реформа на здравеопазването следва да се основава и на система за оценка на управленска ефективност чрез съотношенията между поставени цели – постигнати резултати – вложени ресурси. Този подход не просто се подценява, а изцяло се пренебрегва. А решаването на този пробелм предполага да се започне с разработване на: система от измерими цели, а не лозунги; на критерии и механизми за тяхното декомпозиране до конкретни задачи на различни равнища и за различни здравни заведения; на система за наблюдение на тяхното изпълнение и не на последно място на методи за оценка на управленската ефективност като съотношение между вложени ресурси и постигнати цели. И когато се сравни доколко и как се съотнасят финансовата и управленската ефективност може да се постигне сравнително

обективна и комплексна оценка на смесения характер на здравеопазването – като публично блага и услуга с монетарна оценка.

Накрая, позовавайки се на фундаментални и съотносимите най-вече към здравеопазването тези на икономическата наука:

- за социалните блага, чийто ангажимент и отговорност е на държавата;
- за ефектите от инвестициите в дългосрочните и краткосрочните фактори на растеж/развитие;
- за структурата на разходите /постояни и променливи/ и адекватността на механизмите на финансиране;

струва си да очертаем адекватните направления на публичните политики за управление и финансиране на здравеопазването.

**Първо.** Поддържане на мрежа от научна инфраструктура – центрове, институти за развитие на медицински изследвания и обществено здравеопазване. Резултатите от тези изследвания имат непосредствен ефект и по отношение на процеса на лечение и по отношение на вземането на управленски решения.

**Второ.** Изграждане и поддържане на териториална инфраструктура от здравни заведения, чиято структура и месторазположение се базира на анализите и прогностичните оценки на изследователските центрове за демографските процеси и промени, за здравния статус на населението, за развитието на медицинската наука.

**Трето.** Поддържане на технико-технологичното равнище на здравните заведения, т.е. капиталовите инвестиции и разходи.

**Четвърто.** Текущите разходи, свързани с функционирането на здравните заведения и в пряка зависимост от обема на дейността следва да се обособят в самостоятелен финансов поток, приоритетно предмет на финансиране по линията на здравното осигуряване.

При едно ясно разграничаване на ефектите /на дългосрочните от краткосрочните / и на разходите /на постоянните от променливите/ е

възможно да се отграничат на принцип основа от една страна, финансовите ангажименти на държавата и от друга страна, размерът, тежестта на разходите по линията на здравното осигуряване.

Теоретически неоснователни са стремежът и поведението на реформаторите да изтласкват държавата от нейни адекватни ангажименти за реализацията на социални блага и публични услуги, като този род дейности се приватизират, предоставят се на концесия или в предмет на предприемаческа активност. А ролята на държавата да се свежда до разпределянето на финансови ресурси чрез „любимия“ /разбираемо защо/ на политическата класа, пардон на „политически елит“, инструмент – държавните поръчки.

**Заключение.** Колкото анализът върху модела на функциониране на здравеопазването се задълбочава, толкова оптимизмът за неговата промяна се загубва. Управлението на здравната система както се очертава в дискусиите се доминира и ще се доминира от пазарния механизъм. Здравеопазването вече не е социално благо. Пазарният характер на здравеопазването ограничава равния достъп и поставя гражданите в неравностойно положение. Затова и логично възниква въпросът – възможен ли е алтернативен избор и най-вече утвърждаването му в публично благо. Едва ли отговорът може да бъде категорично утвърдителен, причината за което се крие не само във възможността или невъзможността да се осигурят необходимите финансови ресурси чрез модела на осигуряване и финансиране на здравните заведения. Причините са в тоталната инвазия на пазарния механизъм, в основата на който е закодиран икономически и то монетарен интерес. Той превзема всички сфери на човешкия живот – от материалния до духовния. А тази инвазия на пазара се стимулира от доминацията на индивидуалните интереси и човешкото поведение, в основата на което не е хуманизмът, а егоизмът. Наскоро, в една статия на изданието Asia Jaimes, преведена и публикувана в сайта Поглед.инфо, е изказана следната мисъл: „Римската империя е погубена от войни, подклаждани от алчността и оргиите на потреблението“. Това се случва и в съвременния свят. И до днес войни /реални и вербални/ се водят само за завоюване на контрол на територии, богати на ресурси. Ето защо реалистичната перспектива е чрез „реформиране на реформите“ поне да се облагороди функционирането на пазарния механизъм в

здравеопазването, за да не загуби напълно своите социални и хуманитарни измерения, и автентичен смисъл. И голямо постижение ще бъде, ако се намери оптимумът на неговия смесен характер, най-вече чрез адаптиране на пазарния механизъм към една публична сфера на дейност.

Ноември, 2018 – февруари, 2019 г.