

РЕГУЛИРАЩО УПРАВЛЕНИЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Я. Проданова, Л. Спасов, Л. Иванов

GOVERNING MANAGEMENT IN THE HEALTH CARE

Y. Prodanova, L. Spasov, L. Ivanov

Резюме: Световният опит показва, че избрания модел на здравно осигуряване трябва да отговаря на нивото на: икономическото развитие на страната; обществения морал; политическата ангажираност към здравните проблеми и проиграните в световната практика модели.

В този смисъл шансът за България е гъвкаво да внедри специфична за страната система за здравно осигуряване, в която да е интегриран собственият опит с този на развитите европейски държави.

Summary: The international experience shows that the chosen model of health insurance must meet the level of economic state development, public morals, political commitment to health problems and the world practice patterns.

The chance for Bulgaria is to implement country-specific health insurance system, which is integrated own experience with that of developed European countries.

ВЪВЕДЕНИЕ:

Съществуват няколко основни форми на регулиращо управление. Един от възможните варианти е този, характерен за 21 век, при който държавата все по-малко "дърпа или тегли" и все повече "насочва", като не поема всяка работа, а само посочва целта и създава условия за нейното постигане. Друга форма е вместо командното управление и лозунга "заповядам и проверявам" да се прилага регулиращо управление с лозунга "насочвам и помагам". Трета възможност е държавата да осигурява на гражданите достъп до едни или други блага, но да не ги предоставя, а вместо това да създава старателно регулиран пазар.

ФОРМИ НА РЕГУЛИРАНЕ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

- **Децентрализация** – предаване на управлението от централното правителство към независими правителствени органи, към органите на местно равнище или към осигурителните учреждения. Задължително саморегулиране – система, при която ръководители или компании определят строги правила за работа.

- **Акредитиране и лицензиране.**

- **Независими регулиращи органи.** Като пример се дава френската Национална агенция по акредитация и оценка в здравеопазването.

- **Междусекторно сътрудничество** – решаване задачите на здравеопазването с помощта на други отрасли.

Целите на регулирането се постигат при правилно съчетаване на средствата:

1. Първата група средства е насочена към засилване на предприемачеството чрез поощряване на конкуренцията, като се използват следните мерки:

- ✓ Замяна на постоянната по размер заплата със заплащане съобразно резултатите от извършената работа.

- ✓ Болниците задържат за себе си част от печалбата;

- ✓ Предоставяне на субсидии или данъчни облекчения за медицински учреждения, оказващи профилактична помощ.

- ✓ Лечебните заведения могат да предлагат и платена медицинска помощ.

- ✓ Болните сами избират лечебното заведение.

2. Втората група средства се използва в случаите, когато е необходимо, от една страна, да продължи развитието на предприемачеството, а от друга – да се отстранят отрицателните последици от него:

- ✓ Да се установят минималните изисквания за обем и качество на медицинската помощ (лицензиране).

- ✓ Да се забрани отсяването от медицинското учреждение на "неизгодни" болни.

- ✓ Да се задължат фондовете за медицинско осигуряване да обслужват всички желаещи.

Фондовете могат да споделят финансовия риск сред населението, чрез:

- Приспособяване към риска (risk adjustment) - разпределяне на финансови средства според рисковия профил на населението,

- При конкурентни социално осигурителни системи, регулирането на риска се изразява в предотвратяване на „обирането на каймака“ (cream skimming), (по van de Ven и Oliver).

- В рамките на финансирано от данъците здравеопазване (Националните здравни служби във Великобритания), методите за приспособяване към риска на глава от населението, произтичат от грижата да се осигури равен достъп, чрез осигуряване на честно разпределение на ресурсите между териториалните здравни власти, базирано на здравните потребности на населението.

3. Третата група средства е насочена към осигуряване защитата на обществените интереси, дори това да е във вреда на развитието на предприемачеството:

- ✓ Определяне на минималната продължителност на времето за преглед в извънболничните и болничните структури.

- ✓ Определяне на максималното време в изчакване за преглед/прием.

- ✓ Контролиране качеството на медицинското оборудване.

Въвеждане на задължителни схеми и ръководства за профилактика и лечение.

- ✓ Контрол върху качеството на медицинската помощ (стандарт).

- ✓ Към тази група мерки може да се отнесе ограничаване на рекламата на лекарствените средства и разпространяване на обективна информация за различните видове медицинска помощ.

- ✓ Твърде бързото и масово въвеждане на частната практика води до рязко изостряща се конкуренция и принуждава лекарите да пренебрегват нормите на професионалната етика.

- ✓ За да се поддържа равновесието между обществените и личните интереси, приватизацията трябва да се започва, например, със селекцията на неголяма група висококвалифицирани лекари, които получават определена самостоятелност в рамките на системата на здравеопазване.

- ✓ За укрепване на професионалната етика способства въвеждането на програми за допълнително обучение, както и разработване на съответни ръководства и правила.

- ✓ След като тези програми дадат резултат, може да се премине към следващия етап – предоставяне на пълна самостоятелност на лекарите.

Уроците от опита в регулирането

1. Регулирайте обмислено, въз основа на дългосрочен план:

- ✓ регулирането е част от стратегическото планиране;

- ✓ регулирането не е цел, а средство;

- ✓ регулирането трябва да способства решаването на основните задачи на социалната и икономическа политика;

- ✓ регулирането не е еднократен акт, а постоянна работа.

2. Регулирайте комплексно:

- ✓ регулирането означава едновременно решаване на множество задачи;

- ✓ регулирането трябва да отговаря на условията на съответната система на здравеопазване;

- ✓ регулирането изисква гъвкаво държавно управление.

3. Доверявай се, но проверявай:

- ✓ саморегулирането изисква системно наблюдение и външен контрол.

- ✓ промените да се извършват постепенно;

- ✓ мерките за регулиране не трябва да закъсняват след бързо развиващото се предприемачество.

Въвеждане на надзор върху осигурителните дейности:

В ЕС съществуват два модела на надзор:

1. *Материална регулация.*

Основава се на разбирането, че ако над доброволните осигурителни дружества се осигурява достатъчен контрол по отношение на вида на осигурителната дейност и на размера на осигурителните премии, няма да има случаи на изпадане в несъстоятелност.

2. *Финансова регулация.*

Сведена е до детайлна проверка на финансовата възвращаемост за извършената медицинска дейност.

Създаване на “Кошници” за публичните споразумения (кои от услугите трябва да бъдат заплащани и кои не)

1. Скандинавските страни са разработили критерии, с помощта на които да се вземат по-обективни решения за кошницата (за здравните приоритети):

2. Необходимо ли е избраното лечение за посоченото заболяване?

- ✓ Действа ли ефективно лечението?

- ✓ По-добро ли е от алтернативните способи за същото заболяване?

- ✓ Могат ли повечето пациенти сами да заплащат лечението?

3. Предизвиква се публичен дебат. Напр. “ин витро” оплождането необходимо ли е за нацията?

4. Жените трябва ли сами да заплащат противозачатъчните средства и кои жени трябва да бъдат протектирани от държавата?

5. Приемат се решения подкрепени от медицина базирана на доказателства, а не решения взети под натиска на политическо лоби.

Държавата и пазарът в здравеопазването

1. ЕС оценява нееднозначно ползата и вредата от пазарната конкуренция в здравеопазването.

2. Пазарната конкуренция не изисква по-малко регулиране, а друго законодателство.

3. Целта на регулирането е да може всяко решение да е съобразено с интересите на обществото.

4. Пазарната икономика създава блага, а пазарната медицина изразходва ресурси.

5. Хроничният финансов недоимък води до влошаване на равния достъп и до влошаване качеството на медицинските услуги.

6. Поддържането на минимални здравни стандарти за цялото население спомага за намаляване на риска от разпространение на болести (социална справедливост).

7. Смесеният социално-пазарен модел се оценява като най-ефикасен за реформиране на системите на здравеопазване

8. В момента се обсъждат вариантите за централизация на здравно-осигурителните институции, заради по-големите възможности за финансово управление, предоставянето на по-качествени здравни услуги и осъществяване на по-стриктен контрол върху изразходването на средствата. 2004, СЗО.

Бъдещето - партньорство за здраве

1. Необходима е солидна рамка за всички здравни системи със социален баланс, повече свобода на избор между публичните и частните осигурителни дружества и частично финансиране на системата. Подобряване взаимодействието между страните-членки и здравните им системи.

2. Установяване на диалог между институциите, отговорни за развитие на здравеопазването и координация в интерес на пациента.

3. Универсално базово здравно осигуряване, което постепенно намалява за сметка

на частното здравно осигуряване, което увеличава своето значение и принос.

Бъдещите очаквания

Световният опит показва, че **избрания модел на здравно осигуряване трябва да отговаря** на:

❖ Нивото на икономическото развитие на страната.

❖ Нивото на обществения морал.

❖ Политическата ангажираност към здравните проблеми.

❖ Проиграни в световната практика модели.

В този смисъл шансът за България е гъвкаво да внедри специфична за страната система за здравно осигуряване, в която да е интегриран собственият опит с този на развитите европейски държави.

Използвана литература:

1. Анализ на конкурентната среда на националния пазар при доброволното здравно осигуряване. КЗК, Решение № 1390/ 17. 12. 2009 г. <http://reg.cps.bg/DepartmentDecisions.aspx?vp=4>

2. Бочев З. "Цялостна здравна служба", 1936.

3. Захов, В. Стратегия и модели за управление на човешките ресурси в лечебните заведения. Изд. „Симелпрес“. С., 2011.

4. Моллов Д. "Соображения об устройстве медицинской части в Болгарии", 1878.

5. Лалев Н., А. Жеков. Информираността на пациентите за качеството на медицинската помощ като проблем на болничния маркетинг. Здравна политика и мениджмънт. №1/ 2009.

6. Секторен анализ от 2009 г. на Комисията за защита на конкуренцията

7. Шипковенска Е. и кол. Модели на здравно осигуряване в Европа и регулирана предприемаческа дейност в системата на здравеопазване. Здравна политика и мениджмънт, 2008, бр. 3, с. 57-65

8. The World Health Report – Health Systems financing: the path to universal coverage. WHO, 2010, 106 p.

9. WHO country profiles; Schneider 2002; (spending data on 2002, informal economy 2000).

Адрес за кореспонденция:

Ас. д-р Янка Проданова
Катедра по Трудова медицина
Факултет по обществено здраве, МУ-София