

РОЛЯТА НА ПАЗАРА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В РАМКИТЕ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА В БЪЛГАРИЯ

С. Спиридонов¹ и М. Дякова²

¹Медицински комплекс „Хигия“

²Факултет по обществено здраве, МУ – София

Резюме. В края на деветдесетте години на XX в. в България бе поставено началото на реформата в управленската структура на здравната система. У нас бяха разработени поредица от закони, стратегии и програми за промени в провежданата политика както в цялата национална система на здравеопазване, така и в отделни нейни сектори. Пазарните принципи, както показва опитът на страните от Европейския съюз, могат да се въведат в различните подотрасли на здравеопазването; в извънболничната и болничната помощ или прямо разпределителните технологии за предоставяне на финансови средства на изпълнителите на здравни услуги. Необходимо е също така да се въведат и конкурентни стимули за въздействие върху качествено професионално поведение на здравните специалисти. Нашата здравна система е изправена пред множество сериозни решения от стратегическо и програмно естество, а не пред категоричното обвързване с едно от двете абстрактни понятия – пазар или държава. Ето защо процесът на вземане на решение трябва да бъде както стратегически ориентиран, така и практически фокусиран, като в резултат на това се инициират ефективни реформаторски дейности, основани на доказателства от опита на европейските страни.

Ключови думи: здравеопазване, маркетинг на здравните услуги

S. Spiridonov and M. Dyakova. THE ROLE OF HEALTHCARE MARKET IN THE CONTEXT OF THE HEALTHCARE REFORM IN BULGARIA

Summary. In the last years of the 20th century, the start of a healthcare reform was set up in Bulgaria. A number of laws, strategies and programmes were developed, changing the existing policy in the overall healthcare system as well as in some of its sectors. The market mechanisms, as implemented already by many European countries, can be introduced in the different healthcare sub-sectors; in the outpatient and inpatient care; or in accordance to the distribution technologies for allocating funds to different healthcare providers. There is also a necessity for introduction of competition stimuli in order to improve the quality of health services. At present, Bulgarian health system faces a number of serious strategic and planning decisions and should not put into opposition “the state” and “the market”. Thus, the process of decision making should be both strategically oriented and practically focused, resulting in effective reform activities, based on the evidence and experience of the European countries.

Key words: healthcare, marketing of health services

Увод

В отговор на предизвикателствата към здравето на населението през последните години у нас бяха разработени поредица от закони, стратегии и програми за промени в провежданата политика както в цялата национална система за здравеопазване, така и в отделни нейни сектори. Прегледът на тези закони и подзаконовите нормативни актове дава възможност да се набележат следните по-общи въпроси, които засягат всички равнища на здравната система [1, 3]:

- Променящата се роля на държавата и пазара в сферата на здравеопазването.
- Децентрализацията до по-ниските равни-

ща на обществения сектор или до ниво частен сектор в лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ.

- По-големият избор от страна на пациентите и разширяване на техните права.
- Нарастващата роля на общественото здравеопазване.

Без съмнение тези въпроси са отражение на усилията за постигане на оптималното интегриране на елементите от реформата в здравеопазването в почти всички европейски страни [2, 18].

ЦЕЛ

Целта на настоящата публикация е да представи и анализира взаимовръзките между пазарните принципи и системата на здравеопазване в България в рамките на едно по-голямо проучване, оценяващо пазарните механизми и предизвикателства пред болничното управление в контекста на здравната реформа.

ЗДРАВНА РЕФОРМА И ПАЗАР В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

В края на деветдесетте години на двадесети век у нас бе поставено началото на реформата в управленската структура на здравната система. Държавата, която по традиция в продължение на петдесет години бе основно действащо лице в здравеопазването, пристъпи към преосмисляне на ролята си за първенство в лечебния сектор и във властовите си позиции както в повечето лечебни заведения за извънболнична помощ, така и в редица болнични заведения под обединения натиск на значими икономически, социални, демографски, технологични и идеологически фактори [4, 5]. **Най-голям натиск за промяна бе оказан от зараждащия се частен сектор в предлагането на здравни услуги. Докато някои политически фигури и пригласящите им популярни медии опростиха този проблем до формулата „пазарът срещу държавата”, на практика той се оказа далеч по-сложен [6].**

Причина за това е, че няма единна опростена дефиниция за пазара в контекста на здравеопазването. Пазарните механизми в тази сфера включват редица специфични инструменти, като: избора на пациента, съгласуваното договаряне, изграждането на асистанси и мрежи [7, 16]. От друга страна, тези механизми могат да са от пазари, организирани **на различни принципи: на принципа на пазарния дял, на цената или на качеството.**

Пазарните принципи, както показва опитът на страните от Европейския съюз, могат да се въведат в различните подотрасли на здравеопазването: във финансирането на медицинската помощ (здравноосигурителните субекти), в лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ или спрямо разпределителните технологии за предоставяне на финансови средства на изпълнителите на здравни услуги [8]. Могат също така да се въведат и конкурентни стимули за въздействие върху качествено професионално поведение на лекари, медицински сестри, други професионалисти по здравни грижи и по-

мощен персонал или на лица, предоставящи грижи в дома на пациента. В такъв случай се налага на практика да се вземе не едно, а серия от управленски решения [2, 3].

Нашата здравна система сега е изправена пред множество сериозни решения от стратегическо и програмно естество, а не толкова пред категоричното обвързване с едно от двете абстрактни понятия – **пазарът или държавата**. Ето защо процесът на вземане на решение трябва да бъде както стратегически ориентиран, така и практически фокусиран, като в резултат на това се инициират ефективни реформаторски дейности, основани на доказателства, от опита на европейските страни.

Уникалността на ситуацията у нас се свежда до ползването на пазарни механизми при предоставяне на здравни услуги както от частни лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ, така и от болници, притежавани и управлявани от държавата и общините. Политическото решение на **хибридния подход** (A. Enthoven, G. Le Grand, W. Bartlett) при въвеждане на пазарните принципи в публичните заведения за болнична помощ намери израз в преобразуването им в търговски субекти. С това политическо решение и наложения от него хибриден подход в държавните и общинските болници бе даден прагматичен отговор на такива циркулиращи в публичната лексика понятия като „вътрешен пазар”, „обществена конкуренция”, „пазар на доставчика” или „полупазар”. Няма съмнение, че въвеждането на такъв тип обществено замислен и администриран пазар на болничните услуги, предоставяни от държавните и общинските болници (тук не се обсъжда целесъобразността на правния им статут на търговски дружества), ще играе важна роля в провежданата у нас здравна реформа – така, както е в Италия, Испания, Финландия, Швеция и Великобритания.

ПРОБЛЕМИ ПРИ ПРИЛОЖЕНИЕ НА ПАЗАРНИЯ ПОДХОД В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Прилагането на пазарни механизми в лечебния сектор на здравеопазването е свързано както с проблеми от познавателно (гносеологично) естество, така и с такива от чисто прагматичен характер.

Що се отнася до гносеологията, здравеопазването се разглежда от редица учени (с изключение на привържениците на неокласическата икономическа школа) като обществена стока, при която предоставянето на здравна услуга на всеки отделен човек облагодетелства общество-

то като цяло [17, 18, 20]. Този възглед поражда за повечето страни от Европейския съюз и възприет у нас политически и професионален консенсус относно значимостта на равнопоставеността и осигуряването на универсален достъп до здравни услуги чрез системите за финансиране (осигурително + бюджетно) на здравеопазването [12].

Тъй като съвременното здравеопазване е свързано със сложните взаимоотношения в *тетрадата „пациент, лекар, болница, финансиращ орган“*, прилагането на пазарни инструменти в него трябва да се съсредоточи в един или друг подпазар, а не толкова да се стреми към всеобхватност [8, 9, 10].

Необходимо е да се отбележат още два проблема, значими за реформата, свързани с прилагането на пазарната теория в контекста на здравеопазването.

На първо място, лекарите предлагат здравни услуги и едновременно с това търсят услуги от други здравни структури (лаборатории, болници и т.н.), което прави пазарноориентираните постановки по сложни.

На второ място, неокласическата икономическа теория приема, че *кръстосаното субсидиране* между различните категории финансиращи институции (задължителни и доброволни здравноосигурителни, застрахователни, бюджетни) и пациентите, каквото у нас предвижда моделът *Първанова-Цонев-Калфин*, е неефективно и несправедливо.

Все пак като контрапункт на апологетите на неокласическата икономическа теория трябва да се постави европейското разбиране за здравеопазването като **система с отговорни социални функции, предполагаща значително кръстосване на субсидиите: от млади към възрастни, от богати към бедни и от здрави към болни** [6, 7].

Практическите проблеми, свързани с въвеждането на конкурентни механизми в здравеопазването, са не по-малко обезсърчаващи, защото пазарните отношения по своята същност изискват наличието на реални цени. Но многократните опити на НЗОК у нас за въвеждане на реални цени на здравните услуги, предоставяни от лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ, се оказаха неосъществими поради ограничения ресурс за тяхното заплащане. Важен практически проблем, произтичащ от пазарната ориентация на лечебния сектор в здравеопазването, е въпросът за съотношението, конфигурацията и начина на въвеждането на контролните и конкурентните мерки в този сложен и динамично променящ се пазар [11].

Опитът от страните с пазарноориентирано здравеопазване показва, че контролът е ценен способ, само когато е резонно да се очаква от него постигане на преследваните цели и когато той има потенциал да направи това, без да предизвика икономически деформации в структурата и качеството на предоставените здравни услуги. За да постигне тази цел, контролът трябва да бъде гъвкав и да взема предвид множеството различия (здравно-демографски, технически, географски), които може да съществуват в едно демократично общество. Най-важното в случая е изискването контролът (държавен, професионално-съсловен, здравноосигурителен) да се състои в наблюдение и оценка на резултатите, а не в предефиниране на началните условия [13, 14].

Конкурентните мерки, подобно на контролните, също трябва да бъдат внимателно обмислени, за да постигнат преследваната цел. Практиката в повечето от страните в Европейския съюз показва, че при предлагането на обществена стока от рода на здравните услуги не е възможна напълно свободна и всеобхватна пазарна дейност. Това предполага, че прилагането на пазарни механизми ще бъде успешно само в такива здравни сектори и дейности, където те ще бъдат обвързани както със строго наблюдение и оценка, така и с ясни условия към участниците в пазара [15]. Но решението за възприемане на рамка, която е по-пазарно ориентирана в един или друг подотрасъл на здравната система, не означава по-ограничена, а по-различна дейност. Някои изследователи [16, 17] стигат до извода, че за надзора на договарянето и на други пазарни практики се изисква по-голяма компетентност от необходимата за осъществяване на контрол върху здравните услуги.

Библиография

1. Борисов, В. Нерешени или нерешими стратегически дилеми на здравеопазването. – „Здравен мениджмънт“, 6, 2006, № 4.
2. Борисов, В. Стратегически здравен мениджмънт: философия и практика. С. Филвест, 2006.
3. Борисов, В. и Ц. Воденичаров. Реалности на здравната реформа. С., Филвест, 2000.
4. Борисов, В. и Ц. Воденичаров. Доброволното здравно осигуряване. С., 2001.
5. Воденичаров, Ц. и др. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване. – Здравен мениджмънт, 5, 2005, № 2, 5-14.
6. Гладилков, Ст. Икономическият начин на мислене в здравеопазването. – Здравен мениджмънт, 5, 2005, № 4, 10-19.
7. Дракър, П. Практика на мениджмънта. С., „Класика и стил“, 2004.

8. Кирил ов, К. Маркетинг в здравеопазването. С., Арсо, 2001.
9. Национална стратегия за демографско развитие на Република България (2006 – 2020) www.ncedi.government.bg.
10. Основи на болничното управление. Под ред. на М. Попов, С., Македония прес, 2000.
11. Попов, Н. и В. Петков, Развитие на пазара на доброволното здравно осигуряване в контекста на българската икономика. – Здравен мениджмънт, 6, 2006, 41-44.
12. Попова, С. Социалноетични измерения на здравния мениджмънт. С., Пъблиш СайСет-Еко, 2004.
13. Чамов, К. Стратегическа рамка и ценностна система на Европейската здравна политика. – Здравен мениджмънт, 6, 2006, №4, 24-29.
14. Шипковенска, Е., М. Дякова и Д. Кръшков. Модели на здравно осигуряване в Европа и регулирана предприемаческа дейност в системата на здравеопазване. – Здравен мениджмънт, 8, 2008, № 3, 57-65.
15. Enthoven, A. Reflection on the Management of the NHS. London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.
16. Ketti, D. F. Sharing Power: Public Governance and Private Markets. Washington, Booking Institution, 1993.
17. Kotler, Ph. Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation and Control. 8th edition. New Jersey, USA, Prentice Hall Int., 1994.
18. Saltman, R. B. et I. Figueras. European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997.
19. Shipkovenska, E., Tz. Vodenicharov et M. Dyakova. Investing in Health and Market Regulation in the European Healthcare Systems. – In: Management of Health Care Practice. A Handbook for Teachers, Researchers, Health Professionals and Decision Makers. Lage, Hans Jacobs, 2008, 84-100.
20. Young, D. W. et R. B. Saltman. The Hospital Power Equilibrium – Physician Behavior and Cost Control. Baltimore, I. Hopkins University Press, 1985.

✉ *Адрес за кореспонденция:*
 Д-р Стайко Спиридонов, дм
 Медицински комплекс "Хигия"
 ул. „Св. Иван Рилски“ № 3
 4400 Пазарджик
 e-mail: office@higia-bg.com

✉ *Постъпила – 17.09.2009 г.*

ОФЕРТИ ЗА РЕКЛАМНО УЧАСТИЕ В ИЗДАНИЯТА НА ЦМБ:

1. Отпечатване на многоцветна рекламна страница:
 - на корица – 600 лв.;
 - в книжното тяло – 480 лв.
2. Отпечатване на черно-бяла реклама и/или текст за 1 страница – 120 лв.
3. Разпространение на готова вложка със списание – 0.50 лв./брой.
4. Отпечатване на черно-бяло рекламno каре 10/17 см – 60 лв.

При отпечатване на повече от една реклама се правят отстъпки по договаряне.

По желание на рекламодателя многоцветните реклами могат да бъдат придружени от безплатно отпечатване на 1 страница текст след съгласуване на съдържанието му с редколегията.

Всеки рекламодател получава книжки от списанието.