Политически, икономически и социален контекст на здравните реформи в страните на Централна и Източна Европа

Л. Катрова, И. Калтър, К. Майда, М. Маркъс, Цв. Катрова

Ключови думи: здравни реформи, модели на икономически преход, европейска интеграция, глобализация.

Рубрика:Изследвания, анализи, обзори.

Резюме

Здравните реформи в страните на Централна и Източна Европа в последното десетилетие на миналия век, разглеждани като устойчива смяна на законодателството, финансирането и реализирането на здравни дейности, се развиват в условията на радикални политически, икономически и социални промени от национален, европейски и глобален мащаб. На основата на сравнителен преглед на моделите на икономически преход и преструктуриране на здравните служби в Чехия, Полша, Унгария и България, се защитава тезата, че здравеопазването в тези страни, също както и техните икономики, преминава през стадии на либерализация, приватизация и стабилизация. Въвеждането на пазарни подходи в здравеопазването на страните от Централна и Източна Европа, съчетано с бързата смяна на обществените взаимоотношения, пораждат сериозни предпоставки за конфликт между интереси и ценности от различна йерархия – национални традиции, европейски критерии, глобалните принципи. Тезата е подкрепена с анализ на документи, включващи официална статистика, закони и наредби, научни публикации, изследвания на Световната банка и Европейския съю

Адреси за кореспонденция:

1.Д-р Лидия Георгиева Катрова, Доктор, Гл. ас. Катедра по СМОСЗ на Стоматологичен факултет, МУ -София Ул.“Георги Софийски”, № 1,1431 София. Тел: (02) 5169 310/321 мобилен: 088569742. e.-mail: Lydia_katrova@yahoo.com.

2. Ian Coulter, PhD. Sociologist, Professor, Health Consultant at RAND,
1700 Main Street, PO Box 2138, Santa Monica, CA, 90407-2138 USA
tel: 310-393-0411/6759, e mail: coulter@rand.org

3. Carl Maida, PhD Anthropologist, Professor, Division of Public Health and Community Dentistry, UCLA, Room 63-045A CHS, Box 951668, Los Angeles, CA USA, tel: 310-825-6849, e mail cmaida@ucla.edu

4. Marvin Marcus, MPH Professor and Chair Division of Public Health and Community Dentistry, UCLA, Room 63-045A CHS, Box 951668, Los Angeles, CA USA, tel: 310-825-6849. e mail: mamarcus@ucla.edu

5. Цветелина Емилова Катрова, Бакалавър, Икономика и Бизнес администрация. София 1517, Суха река, бл. 19, вх. Б, ап. 143. Тел/факс: 945-43-62

Title: Political, Economic, and Social Contexts of the Health Reforms in the Countries of Central and Eastern Europe

***Authors**: L. Katrova, I. Coulter,C. Maida, M. Marcus, Tz. Katrova*

Key Words (author's): Health Reforms Patterns of Economic Transition, European Integration Process, Globalization.

Topic: Studies, Analyses, Reviews

Abstract:
The Health Reforms in the countries of the Central and Eastern Europe, during the last decade of the 20-th century viewed as sustainable changes of the legislation, the financing, and the delivery of health services, have been influenced by the radical political, economic and social transformations, occurring in these countries. This process has its national, European and global dimensions. Based on a comparative analysis of the patterns of economic transition and the mechanism of health system restructuring in Check Republic, Poland, Hungary and Bulgaria it had been found that the Health Reforms follow the same steps of liberalization, privatization and stabilization as the overall transformation in these countries do. The implementation of market approaches in the Health Systems along with the fast changing social relations, generate prerequisites for conflicts between interests and values on different levels: national traditions, European criteria, and global principles. The above thesis is supported by a document analysis, including official statistics, laws and regulations, and research papers from World Bank and European Union sources.

Address for correspondence:
1. Lydia Katrova, DDS, MPH, PhD, Ass. Professor, Dept. of Public Health, Faculty of Stomatology, Medical University- Sofia, Bulgaria.
1, Georgi Sofiiski Street, 1431 Sofia, Tel: (02) 5169 310/321,
Mobile: 088569742, e.-mail: Lydia_katrova@yahoo.com.
2. Ian Coulter, PhD. Sociologist, Professor, Health Consultant at RAND,
1700 Main Street, PO Box 2138, Santa Monica, CA, 90407-2138 USA
tel: 310-393-0411/6759, e mail: coulter@rand.org
3. Carl Maida, PhD Anthropologist, Professor, Division of Public Health and Community Dentistry, UCLA, Room 63-045A CHS, Box 951668, Los Angeles, CA USA, tel: 310-825-6849, e mail cmaida@ucla.edu
4. Marvin Marcus, MPH Professor and Chair Division of Public Health and Community Dentistry, UCLA, Room 63-045A CHS, Box 951668, Los Angeles, CA USA, tel: 310-825-6849. e mail: mamarcus@ucla.edu
5.Tzvetelina Katrova, Bachelor, Economics and Business Administration,
Souha Reka, Bl. 19, Vh.B, apt. 143. 1517 Sofia Tel/fax: 945-43

Въведение

След края на Втората Световна война страните от Централна и Източна Европа (ЦИЕ), следвайки принципите на равенство в разпределението[1], създадоха Национални Здравеопазни Системи, основани на централизирано бюджетно финансиране, които се развиваха възходящо до 80-те години на 20 век. През последното десетилетие несъответствието между инвестирани средства и здравни резултати показа необходимостта от законодателни и структурни промени. Тези промени прерастнаха в *радикални реформи*[2]*, в процеса на изграждане на гражданско общество и на пазарна икономика по примера на развитите демокрации в Западна Европа*[3]. (Фиг. 1)

В същото време социалните модели в европейските страни, в това число и здравеопазването, бяха поставени на преоценка. В съответствие с *принципите на Римския договор* [9, 17] започна дебат за нова дефиниция на понятията "достъп до здравни грижи", "защита на правото на здраве", "свободен пазар на здравните услуги"[7, 12,16,].

В *глобален мащаб* водеща тенденция в националните здравни политики от втората половина на 20 век е наличието на *международно сътрудничество*, както по линията на между-държавните отношения[4], така и по линията на неправителствените организации[5] Друга обща тенденция в развитието на здравеопазването в този период е *чувствителното и трайно ограничаване на ролята на държавния и разширяването на ролята на частния сектор* в реализирането на здравните дейности.[16].

Теза

Здравните реформи в страните на Ц И Е трябва да се разглеждат в по-широк контекст[6], като резултат от социални явления, протичащи в три главни измерения – национално (местно), Европейско (регионално) и световно (глобално). Тези явления протичат едновременно, но не винаги водят до еднопосочни промени. Може да се наблюдават процеси както с положителен (ускоряване на технологичния прогрес и развитие на пазара на здравните услуги), така и с отрицателен ефект (неясноти и конфликти) в хода на дефиниране на целите и приоритетите на националната здравната политика и изграждане на адекватна здравеопазна система.

---

[1].Осигуряват се основните потребности на населението от здравни грижи в рамките на държавно организирана и държавно управлявана здравна служба.

[2] Изразяват се в устойчива смяна в законодателството, механизмите на финансиране и разпределението на ресурсите за покриване на здравните нужди на населението.

[3] През 1993 г. Европейският съвет в Копенхаген взе историческото решение относно разширяване на Обединена Европа "Всяка страна от Централна и Източна Европа, която изяви желание, може да стане член на ЕС. Приемането и ще се осъществи веднага щом тя е в състояние да поеме задълженията си по членството и да е изпълнила икономическите и политически условия за това" [17].

[4] Вертикалната интеграция се изразява основно чрез участието на държавите на правителствено ниво в специализираните структури на ООН (СЗО, ФАО, ЮНЕСКО).

[5] Хоризонталната интеграция представлява равнопоставено участие на организации от различен ранг. В този смисъл държавата е просто участник, а не разпоредител.

[6] Понятието "контекст" е дефинирано като съвкупност от условия и водещи влияния, моделиращи процесите, които се развиват в дадена област;

Методика

Цел и задачи

Целта на изследването е да разгледа взаимното влияние на политическите, икономическите и социалните промени, в прехода от тоталитарно управление към демокрация и от централизирана планова икономика към свободен пазар върху реформите в здравеопазването на страните от Централна и Източна Европа, като се отчитат влиянията на европейската интеграция и глобализацията.

Във връзка с това се поставят следните ***задачи:***

1. Да се разгледат моделите на икономически преход в страните от ЦИЕ
2. Да се разгледат механизмите на здравните реформи.
3. Да се дискутират предизвикателствата пред националните здравни служби от европейски и глобален характер

Методи:

Изследването се основава на анализ на вторични данни за четири страни с характерни модели на икономически преход[7]- Полша, Чехия, Унгария и България. Използвани са източници на статистическа информация от Световната банка (СБ), Европейския съюз (ЕС), Световната Здравна Организация (СЗО), документи и научни публикации [1, 17, 19, 20, 21].Сравнително са представени някои статистически показатели за страни в преход от други региони[8] както и за страни с различни модели на здравеопазване[9]. В работата са засегнати три основни дискусионни пункта: икономически, политически и законодателни рамки на реформата.

Резултати и обсъждане

1. Икономически и политически рамки на реформата

1. 1. Общи черти на прехода, отражения върху здравеопазването

Страните от Ц И Е в годините между края на Втората Световна война и края на Студената война бяха развили централизирани планови икономики с доминиращи индустриален и аграрен сектори, и сравнително слабо развити сектори на услугите. Специализацията в рамките на Съвета за Икономическа Взаимопомощ (СИВ) изключваше истинска конкуренция[10]. [11, 15]. По подобие на икономиката, цялостната здравна грижа за населението беше осигурявана от огромна здравна мрежа с недостатъчно модерно оборудване и консуматив.В тази здравна мрежа работеха,високо квалифицирани специалисти ,с недостатъчен по брой и структурапомощенперсонал. *В резултат от това, здравеопазването днес трябва да преодолява несъответствието между огромната и зле*

[7] Анализът на началните резултати от икономическите реформи в страниете от първата вълна определи моделите на икономически преход както следва: Полша-“favoring the small”, Унгария-“selling to the rich”, Чехия-betting on the firm” Zysman, 1995. Enlarging Europe, Berkley, BRIE, Berkley Press.

[8] Азиатски (Южна Корея), Иберийски(Испания);

[9]КанадаФранция, Германия, Обединеното Кралство, САЩ;

[10] Различните страни са участвали в пазара в рамките на специализацията си, но не са имали поощрение за инициативи за разгръщане на пазар вътре в самите страни

поддържана инфраструктура, свръхпроизводството на кадри и неразвития пазар на здравни услуги[11].

1.2. Модели на икономически преход

Когато се анализира сравнително преходът в страните от ЦИЕ обикновено се дискутират два модела – "***Азиатски" и "Иберийски***" (Не случайно се говори за "японска болница" и за "испански опит"[12]).

В началото на 90-те години на 20 век, анализаторите предричаха бързо реорганизиране на икономиките на страните от Ц И Е, подобно на групата от Югоизточна Азия[13], които достигнаха бързо натрупване, на инвестиции във финансов капитал, човешки ресурс, технологичен трансфер, висока продуктивност.[8]. Противно на очакванията, дори и най-успешните икономики на региона[14], започнаха много по-бавен преход. Защо стана така? В страните на Югоизточна Азия държавата запази участието си в управлението на икономиката, като ефективно подкрепяше износа и индустриалната специализация на националните компании в силно конкурентни области, въпреки натиска на глобалните пазари. Източноевропейските правителства, обратно, имаха много ограничен капацитет да ръководят процеса на икономическо обновление. Данъчните системи не бяха добри и им липсваха подготвени управленски кадри за новите условия [7, 8]. Неразвитите капиталови пазари и стресовете на макроикономическата дестабилизация демотивираха натрупването на капитали в тези страни. Точно обратното, изнасянето на значителни капитали извън техните граници и намаляването на покупателната способност на населението, влошиха сериозно условията за бърза реконструкция и растеж. Разликата в двата моделае съществена и тя основно се корени в *различната роля на държавата* в тях. Стабилното участие на държавата в азиатския модел на преход потенцира несамо икономическото развитие в тези страни, но и създава предпоставки за повишаване на дела повишаването на дела за здравни разходи. От друга страна, вече е доказано, че бързото нарастване на брутния вътрешен продукт встраните от Юго-Източна Азия в преходния период, корелира със стабилното подобряване на здравните показатели за населението на страните от региона [1, 7, 8, 14, 25]. Друга основна разлика между тези две групи страни е *нивото на индустриализация преди започването на прехода* – Най общо може да се каже, че преходът потенцира индустриализацията в азиатските страни, докато началните фази на преструктуриране в ЦИЕ страни сринаха техните икономики.[15].[14]. Трета основна разлика в прехода на двете групи страни се корени и в радикалната *смяна на собствеността* в бившите социалистически страни [9].

През втората половина на 90-те години на 20 век, анализаторите на прехода в И Ц Е започнаха да откриват сходни характеристики с модела на преход, който следват страните от Южна Европа [16].[17] Преди приемането им в ЕО подобно на Източна Европа, Испания и

[11] Това е една от основните причини да се наложи и преструктурирането на здравеопазването**.**

[12] Бележката моя

[13] Южна Корея, Тайван, Сингапур, Китай;

[14] Унгария, Чехия, полша;

[15] Важни производства бяха затворени след приватизацията. Противно на невижданото натрупване на ресурси и инвестиции в Южна в Източна Европа дори и селското стопанство намали обема и номенклатурата на производство.

[16]Испания и Португалия;

Португалия също бяха *национализирали голяма част от тежката си индустрия*. Освен това, те също поддържаха големи индустриални и аграрни сектори със *сравнително слабо развит сектор на услугите.* Страните се управляваха от *диктаторски режими*.[18] Разликата между тях и страните на Ц И Е е в по-ранното им приемане в ЕО и по-бързото адаптиране на техните икономики в условията на европейския пазар. В резултат, техният жизнен стандарт се подобри по-бързо, докато *жизненият стандарт* в страните на Централна и Източна Европа се влоши значително [15]

1.3 Особености на икономическия преход[19] и социални последици

Всяка от страните от Централна и Източна Европа имат свой специфичен модел на преход, свързан до голяма степен с тяхната предварителна степен на подготвеност (икономическата специализация в рамките на СИВ)[20] и близост до Западна Европа като география, история и култура.. В резултат на тези два фактора процесите на преход не протекоха хомогенно, както се очакваше, и така след отваряне на границите вътрешните пазари не само, че не се разшириха, но се деформираха непредсказуемо [11, 15].

След настъпването на демократичните промени в страните на прехода от ЦИЕ излязоха на повърхността процесите на социална стратификация и диференциация, базирани на афишираните вече материални, културни и политически неравенства. Преразпределянето на собствеността разслои обществото, което от своя страна постави по нов начин въпроса за преструктурирането и на социалната сфера, включително здравеопазването.

1.3.1.Полша

Основното преимущество на Полша, в момента на започване на политическите промени (средата на 90-те), беше запазването на частната собственост върху 70% от земеделието и около 30% от дребния бизнес През 1987 г. новото правителство започна с незабавна либерализация на пазара, съчетана с пакет от монетарни мерки, познати под името "шокова терапия". Въвеждането на монетарния модел,[21] изигра стабилизиращата си роля и правителството започна приватизационния процес с относително закъснение (през 1996). Полският модел на приватизация беше наречен от анализаторите "Да помогнеш на малкия"[22]. Първата вълна на приватизация засегна все още държавните малки и средни

---

[17] В Испания държавата беше основен собственик на най-големите предприятия и имаше централизирана планова икономика [4, 5];

[18] Нивото на заетост в държавния неаграрен сектор през 1988 в Португалия е все още 14.5%, а в Испания 7.5%. В аграрния сектор –респективно , 21% и 36% И в двете страни вносът на капитали е бил строго контролиран, както и собствеността на чуждите компании. [4, 5];

[19] Моделите, следвани от Чехия, Полша, Унгария и България ще бъдат разгледани сравнително, чрез динамиката на основните процеси на прехода. либерализация, приватизация и стабилизация, които са и предпоставки за приемането в европейската общност. (Зисман, 1995).

[20] В рамките на СИВ, Чехия, Полша и Унгария бяха специализирани в производство на автомобили, машини за тежката индустрия, бившия СССР—авио индустрия, други, България, - селско стопанство, лека промишленост, химически торове туризъм. и т.н.;

[21] Девалвиране на националната валута на 40%, фиксинг на курса, либерализация на цените с изключение на цените на петрола, транспорта, жилищата и стоките за първа необходимост в бита;

[22] "favouring the small", …..

предприятия. Последва касова приватизация на малък брой едри държавни предприятия с участие на чужди и местни инвеститори.. Третата вълна на приватизация се осъществи след преструктуриране на държавни предприятия и продажбата им на външни купувачи или на колективите на предприятията. Тази позиция даде шанс на дребния бизнес да се развива със стабилни темпове. По този начин се разви секторът на услугите, бяха привлечени чуждестранни инвеститори, създадоха се смесени дружества. *За три години БВП от частния сектор достигна 37,4% а общо ръстът на БВП достигна 5%, заетостта не се намали драстично [15, 17, 18]*.

2.3.2.Унгария

Радикалните политически промени в Унгария започнаха със серия последователни стъпки за реконструкция и модернизация на съществуващите държавни предприятия в периода 70-.80-те години на миналия век. Възобновяването на предприятията изигра благоприятна роля по време на прехода тъй като привлече чуждестранни частни кредитори. [7, 17]. Приватизацията се осъществи чрез касовото раздържавяване на най-значимите държавни предприятия за да привлече стратегически инвеститори. Моделът беше наречен, "Да продадеш на богатия"[23] В този случай либерализирането на пазара започна преди политическите промени и новото правителство се изправи пред сериозна финансова криза, когато трябваше да връща дълговете. Стабилизацията беше постигната през 1988-89 с временната помощ на Международния Валутен Фонд (МВФ). Втора стабилизационна програма беше на МВФ въведена през 1995. Тъй като директните чуждестранни инвестиции бяха използвани като нструмент в първата фаза на приватизацията 1989-95, Унгария стана водеща по ръст на преки чуждестранни инвестиции (ПЧИ), (Табл.1) [7, 17].

2.3.3. Чехия

Икономическият преход на Чехия (Чехословакия, до разделянето) беше наречен от анализаторите "Залагане на силната страна"[24] [7, 8] Той включва основно консервативна данъчна политика, силно държавно контролиране на приватизационния процес и относително запазване на жизнения стандарт на населението. Този подход беше възможен, тъй като страната беше свободна от сериозни външноикономически задължения и имаше *стабилна макроикономическа рамка. Най-характерният момент от чешкия модел на приватизация е раздържавяване на големите държавни предприятия чрез масова приватизация с бонове*. Контролът на приватизационния процес позволи да се натрупат реални финансови средства, с които беше укрепена банковата система. Бяха извършени малък брой касови продажби.[25]. Освобождаването на цените беше извършено една година след започване на масовата приватизация, като националната валута беше девалвирана. Бързото стартиране на програми за малък и среден бизнес предопредели по-ниското ниво на безработица в сравнение с другите страни от групата. Елемент от контрола на държавата по отношение на инвеститорите и капиталовите пазари беше приемането на закона за лустрацията[26]. Социалните напрежения бяха в голяма степен намалени. Първите признаци на икономически растеж са регистрирани през 1994 година. [11, 17].

2.3.4. България

[23] "Selling to the rich"…

[24] "Betting on the strong"

[25] Най-големите предприятия, които бяха продадени на чужди компании бяха Шкода, на Фолксваген, Тютюневата промишленост на Филип Мориц и голям дял от телекомуникациите на Холандско-Швейцарски консорциум;

[26]Разкриване на връзките на елита с бившите служби на Държавна сигурност;

Икономическите реформи в България след 1989 година започват с либерализация на пазара. В този период държавата страдаше от значителен вътрешен и външен дълг и инфлацията доби неконтролируемо развитие. За три години (1989-1992) БВП достигна стана минус 25%.[27] Тъй като мерките за оздравяване на банковия сектор бяха отложени фалитите на банките доведоха до нова вълна на обедняване на населението. Закон за лустрацията беше обсъждан, но не беше приет. Връщането на собствеността върху земята, продължило почти десет години попречи за бързото му преструктуриране и загуба на традиционни пазари на селскостопанска продукция. Приватизацията на държавните предприятия беше започната по чешкия модел с приватизационни бонове. Първата вълна обхвана 63% от държавната собственост с масова приватизация. Втората и третата вълна включваха вече механизмите на касово раздържавяване и прехърляне на собствеността върху работническо-мениджърски дружества *Закъсналата приватизация, особено на малки и средни предприятия създаде условия за повишаване процента на безработицата и обеднявянето на населението, особено в малките градове*.[28]. [5, 6, 10]. От 1 юли 1997година , в България беше въведен Финасов съвет, като мярка на МВФ за стабилизиране на икономиката. Още на следващата година инфлацията беше сведена до 13%. През 2000 година левът беше девалвиран до нивото на германската марка (1:1000). Подобряване на икономическия климат започна едва след 1999 година [17].

2. Социална и икономическа рамка на здравните реформи

2.1. Основни характеристики и направления на здравните реформи

В тези икономически и политически условия реформиращите се здравеопазни системи в страните от ЦИЕ в преходния период следват схемата на либерализация, приватизация и стабилизация на пазара на здравните грижи в условията на демократизиране на институциите и установяване на плурализъм на собствеността върху здравните заведения (Фиг. 2). Те се развиват в три основни направления:

1. Възприемане на плуралистичен модел на предлагане на здравни грижи; с узаконяване на различни форми на собственост
2. Създаване на независим от държавата публичен финансов фонд (Здравно-осигурителна каса) за покриване на разходите за здравеопазване;
3. Законодателно дефиниране на автономията на здравните професии и преструктуриране на здравната служба.

2.2. Механизми на здравните реформи,

В повечето от страните е въведен универсален единен финансов посредник между производителите на здравен продукт – лекарите и потребителите – населението. В най-

[27] нивото на инфлация достигна през 1993 година 360% и най-високата точка беше през 1996-около 2000% [20, 21, 22];

[28] Нивото на безработица през 1996 година в малките селища и всред малцинственото население достигна до 60% [21];

голяма степен този механизъм се доближава до Германския модел[29]. Приватизацията на здравните заведения в повечето страни е в ход, като процесът е по-интензивен в амбулаторния сектор, отколкото в болничния сектор [4, 16, 23].Успоредно с това се наблюдава децентрализация в управлението на публичните здравни заведения тъй като държавата делегира (или възнамерява да делегира) правомощията си на органите на местната власт. Децентрализацията обикновено предхожда приватизацията (Таблица 2).

Като се сравни ***хронологията на реформите*** в различните страни, се зябелязва, *че либерализацията на пазара на здравните услуги е първата стъпка във всички страни без оглед на икономическото състояние и модела на икономически преход*. Типът на здравно-осигурителна система е също сходен за всички страни в преход. Разликата,която се открива между отделните страни, е свързана с темповете на въвеждане на финансовата стабилизация чрез изграждането на националните здравно-осигурителни фондове и смяната на собствеността чрез приватизация на здравната мрежа [16, 20,22, 23

Смяната на собствеността се извършва чрез комбинация на разновидностите на два основни модела: участие на колективите от специалисти, обединени в търговски (акционерни) дружества, участие на външни за системата купувачи, включително и международни инвеститори [16].

2.3. *Социално-икономически проблеми на реформите*

В България *закъснялата приватизация и липсата на бизнес поощрения* за частния сектор в здравеопазването за един период от около 10 години (април 1991 година – Юли 2000 година) направи възможно дублирането на здравната служба и изтощаването на материални и човешки ресурси в *екстензивно изграждане на частния сектор*. Последното от своя страна лиши както публичните здравни заведения, така и здравните специалисти (лекари, стоматолози и фармацевти) на частна практика от свободни средства и *пълноценно участие в раздържавяването* на съществуващата материално-техническа база и недвижима държавна собственост в здравеопазването[30].

Финансирането на здравния сектор в ЦИЕ страни е вече независимо от държавата, както по отношение на събиране на средствата, така и по отношение на начина на реализирането им за здравни дейности. При определяне на здравната политика както беше показано по-горе, медицинските елементи на здравните системи, започват да губят приоритет под натиска на правни и икономически съображения. *Задачата на правителствата и политическите сили да прокарат единна стратегия за защита на населението се усложнява.*

3. Предизвикателствата пред националните здравни служби от европейски и глобален характер

3.1. *Социален или пазарен подход в здравната политика (Фиг. 3)*

[29] Публичен здравноосигурителен фонд за универсално покриване на здравните разходи, основан на принципите на солидарността и разделената отговорност между работещите, работодателите и държавата
[30] Бележката моя, Съобщениена конференцията:Глобализациятаи границите на политичното" 13-14. 12. 2002 София, Нов Български Университет

Радикалната смяна на механизмите на политическа и икономическа власт и последвалата от това промяна в принципите на преразпределение на ресурсите в социалната сфера от една страна даде възможност за рационализиране на обществените разходи за здравеопазни дейности. От друга страна, внасянето на пазарни елементи в осигуряването на здравните дейности в условия на сериозни икономически трудности и отдръпването на държавата създаде още по-благоприятни условия за въвеждане на "*финансово посредничество" с навлизането на чужди капитали.*

Либерализирането на пазара на лекарствата, успоредно с кризата в националните производства на лекарства даде приоритет на външните участници (производители и разпространители на лекарства). Цените на лекарствата в тези страни почти достигнаха нивото на цените в ЕО и в света, докато *цените на квалифицираната помощ останаха многократно по-ниски.* Като се добавят разходите за ваксини, за поддържане на хронично-болните, както и за внос на тежко оборудване за болничния сектор, става ясно, че *средствата за здравеопазване, събрани от националните здравно-осигурителни фондове не просто "изтичат в частния сектор", а "излизат навън"*[31]*. [3, 16, 24]*.

3.2. Национални приоритети и глобални предизвикателства

В глобалното общество стремежът за осигуряване на достъп до адекватни приемливи и достъпни здравни грижи, не корелира задължително с националните ограничения.и приоритети. Националните здравни служби трябва да действат в условия на тотална конкуренция, както по отношение на инвестициите, така и по отношение на пазарите на здравни услуги, като в същото време трябва да намират начини и форми за осигуряване на грижи за населението, което "е изключено от този пазар".Освен това от отговорните институции се очаква не просто гарантиране на определен обем дейности за населението вътре в съответната държава, но и съблюдаване на правата на гражданите, както в пределите на страната, така и в границите на региона (ЕО), а може би много скоро също и във всяка точка на света [1, 13, 14].

Балансът между принципите на колективна социална сигурност в контекста на Европейската интеграция и развитието на свободния пазар в контекста на глобална мобилност се очертава като основно предизвикателство за здравната политика в страните от Централна и Източна Европа в началото на 21 век. Към настоящия момент, а и в близкосрочен план може да се твърди, че този баланс е много крехък. Особено в страна като България, която определено влоши здравните и демографските си показатели и разполага с недостатъчни средства за покриване на нуждитне на населението от здравни грижи.

[31] В макроикономически план е доказано, че подобряването на здравното състояние на населението на една страна резултира в подобряване на нейните икономическите показатели (ръст на БВП и финансова стабилност) [11]

Заключение

Политическите и икономическите фактори в национален, Европейски и глобален мащаб упражняват комплексно влияние върху формирането на новите здравеопазни системи в страните от ЦИЕ в преходния период. От една страна те ускоряват инфраструктурните и социалните реформи чрез либерализиране на пазара и демократизиране на отношенията между субектите и обектите на управление в условията на силна конкуренция. От друга страна, с въвеждането на външни модели на обществени взаимоотношения, с появата на нови центрове на власт, се пораждат сериозни предпоставки за конфликт на икономически интереси и ценностни идентификации (солидарност, разделена отговорност, доверие в институциите).В заключение бих могла да формулирам два въпроса:

1. Наистина ли здравните реформи, които в момента протичат в страните на Централна и Източна Европа, в частност в България, ни доближават до модела на здравеопазване на "държавите на благоденствие" или следват диктата на глобалния пазар на "социални услуги"?
2. Ако е вярно по-скоро второто, как ще бъде осигурен достъпът на населението до здравни грижи в икономическата и социална среда, коментирана по-горе и кой ще плати цената?

Таблица 1.
Динамика на преките чуждестранни инвестиции в икономиките на ЦИЕ

страна	Общо	Естествен прираст	Ръст на преките чуждестранни инвестиции (милиони US $)									
	(милион)	(%)	1988	1990	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
България	8.20	-5.1	-	4	41	105	90.0	109.0	505.0	537.0	806.1	1,003
Полша	38.70	0.00	15	89	678	1,875	3,659	4,498	4,908	6,365	7,270	9,338
Чехия	10.30	0.00	-	-	-	878	2,568	1,435	1,286	2,734	5,093	3,690
Унгария	10.00	-5.00	-	900	1,479	1,144	4,519	2,274	2,167	2,037	1,950	1.410

Източник: Световна банка (данните за 2000 са приблизителни)

Таблица №2:
Хронология на здравните реформи в страните на Централна и Източна Европа

Страна	Възстано-вяване на частната практика	Децентрали-зация на управлени-ето	Въвеждане на здравно-осигурител-ни фондове	Въвежда-не на частни осигурителни фондове	Реформа на болничната помощ	Признаване на професио-налната автономия
България	1991	1998	2000	2000	2001	1998
Чехия	1992	1992	1992	1992	1995	1994
Унгария	1989	1990	1992	1993	1993	1994
Полша	1991	1991	1999	1999	2000	1998

Източник: Изследване на здравната политика в Европа

Фигури:

1. Модел на прехода
2. Механизми на здравната реформа
3: Промени в здравната политика

Таблици:

1. Динамика на преките чуждестранни инвестиции
2. Хронология на здравните реформи

Благодарности:

Настоящата теоретична разработка беше възможна благодарение на финансовата подкрепа под формата на стипендията за 2001 IADR John Clarkson fellowship for Public Health и на методичната и научна колаборация с колегите от Стоматологичния факултет катедра по Обществено здраве на Калифорнийския Университет в Лос Анжелес: /Division of Public Health and Community Dentistry at the UCLA School of Dentistry и the UCLA International Center for Dental Health Policy, Research and Development/.

Л и т е р а т у р а

1. B h a r g a v a, A. et al. Modeling the Effects of Health on Economic Growth. Geneva: WH O, Global Program on Evidence Discussion Paper, 2000, 163-167.
2. B l o o m, D.E. J.G. Williamson, Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia - The World Bank Economic Review. 12, 1998. No3, 419-455.
3. B M J. Private Health Care in developing countries - BMJ 2001; 323:463-4.
4. B o r r u s, M., and J. Zysman. Europe Adapting to a World Economy: The New Dynamics in: Enlarging Europe: The Industrial Foundations of a New Political Reality John Zysman, Andrew Schwartz, (eds.) Berkeley; JAS Publications, 1998, pp. 43, 65.
5. B u l g a r I a n National Bank: Official Bulletin for 1992-1999.
6. B u l g a r I a: Selected Issues and Statistical Appendix, 2000, IMF Staff Country Report No 00/54.
7. C o m I s s o, E. Implicit Development Strategies in Central and East Europe and Cross National Production Networks. The Industrial Foundations of a New Political Reality John Zysman, Andrew Schwartz, (eds.) Berkeley; JAS Publications, 1998, 380-420.
8. E I c h e n g r e e n, B. R. Kohl The External Sector, the State and the Development in Eastern Europe.The Industrial Foundations of a new Political Reality John Zysman, Andrew Schwartz, (eds.), Berkeley; JAS Publications, 1998, pp. 169, 182, 184, 189, 195.
9. E u r o p e a n Council Directives Numbers 78/686/EEC and 78/687/EEC. Official Journal of the European Communities 1978;21:L233. ISSN 0378-6978.
10. G u l d e, A-M. The role of the currency board in Bulgaria's stabilization. and development, Center for co-operation with the economies in transition France, Sept 1999, 1-. 19.
11. G u e r r I e r i, P. Trade Patterns, Foreign Direct Investment, and Industrial Restructuring in Central and Eastern Europe. The Industrial Foundations of a new Political Reality. John Zysman, Andrew Schwartz, eds, Berkeley; JAS Publications, 1998, pp. 131, 135, 139, 153.
12. I s a E u r o p e a n health care policy emerging? BMJ 2001;323:248.

13. H e a l t h and human rights. BMJ 2001;322:1435-6.
14. H o l l I n g s w o r t h, R. R.Hanneman. The Effect of Human Capital and State Intervention on the Performance of Medical Systems - Social Forces, The University of North Carolina Press.1996, 75, No2, 459-484.
15. K u r z, C., V. Wittke, Using Industrial Capacities as a Way of Integrating the Central and East European Economies in: Enlarging Europe, A Brie Kreisky Forum Project, Jas Publications 1998, UC Berkeley. Pp. 63-94.
16. M I l l s, A.J. M. Kent, J. Ranson, The Design of Health Systems. Health Care: an International Study, Robert Kohn and Kerr L. White, (eds). Aspen publishers, Inc 2001, 515, 516.
17. P o l I t I c a l Documents related to the Enlargement Process: Strategy Paper 2001. EUROPA-Enlargement-Key Documents on Enlargement 2000. The European Commission..
18. T h e challenges of EU Eastern Enlargement, Second Annual Conference, European Institute, Open Society Foundation, Published by East-East Program. Sofia October 2000.
19. W H O. Exploring Health policy development in Europe, cases studies and countries profiles. WHO, Copenhagen RB, 2000.28-140.
20. W H O. Health Systems improving performance. The World Health Report 2000, Geneva, WHO,2001, 192-195.
21. W o r l d B a n k. Knowledge for development. World Development Report. Oxford, England: Oxford University Press, 2000
22. W I d s t r o m, E. K. Eaton. Systems for the provision of Oral Health Care, Workforce and Costs in the EU and EEA. , Helsinki, National Research and Development Center for Welfare and Health, STAKES 1996.
23. W I d s t r o m, E., K.A. Eaton. Oral health care in transition in Eastern Europe. B. D. J.. 190. No 11. 2001, 580-584.
24. Z a r r I l l i, S. C. Kinnon, International trade in health services. Geneva, Switzerland: UNCTAD/WHO, 1998.
25. Z y s m a n, J. E. Doherty. Reorganizing the European Economy: Lessons of East Asia for Central and Eastern Europe -. Berkley roundtable on the international economy (BRIE), University of California, BRIE 1995, Working paper No 83.